



**Guia para
Elaboração do
Plano de Redução
do Óbito Materno,
Infantil e Fetal**





CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente

Synésio Batista da Costa

Vice-Presidente

Carlos Antonio Tilkian

Conselheiros

Cleriane Lopes Denipoti, Eduardo José Bernini, Elizabeth Maria Barbosa de Carvalhaes, Euclésio Bragança da Silva, Fernando Vieira de Figueiredo, Fernando Vieira de Mello, Humberto Barbato Neto, José Eduardo Planas Pañella, José Ricardo Roriz Coelho, Luiz Fernando Brino Guerra, Maria Rosemary França Vianna, Morvan Figueiredo de Paula e Silva, Rubens Naves e Vitor Gonçalo Seravalli

Conselho Fiscal

Almir Rosas Augusto Laranja, Bento José Gonçalves Alcoforado e Sergio Hamilton Angelucci

Secretaria Executiva

Victor Alcântara da Graça

FICHA TÉCNICA

Textos

Cecília Kayano Morais - Coordenadora Executiva e Maria Inês Rosseli Puccia - Coordenadora Pedagógica - Centro de Estudos de Saúde Coletiva (Cesco) da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

Colaboração

Juliana Mamona, Maria Lucilene de Almeida Santos e Victor Alcântara da Graça

Revisão de Texto e Copy Desk

Eros Camel | © Camel Press

Projeto gráfico, diagramação e arte-final

Eric Barioni

ISBN

978-65-87569-19-2

Impressão

Coktail Gráfica e Editora

Tiragem

50 exemplares



Guia para Elaboração do Plano de Redução do Óbito Materno, Infantil e Fetal

1ª edição

São Paulo

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2023

Carta do Presidente

Visando o combate à mortalidade infantil em regiões que possuem um alto índice de óbitos infantis por causas evitáveis, a Fundação Abrinq criou, em 2018, o Programa Mortalidade Zero. Para alcançar tal objetivo, o programa desenvolve uma série de ações em conjunto com os municípios parceiros, sendo elas:

1. Promoção de ações intersetoriais:

- Auxílio à construção de um plano de redução do óbito infantil por grupo de trabalho (GT) composto por representantes das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência;
- Fortalecimento/criação de Comitê de Vigilância do Óbito Infantil.

2. Aprimoramento da atenção básica em saúde oferecida às mulheres, gestantes e bebês:

- Formações com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde;
- Formação para o estímulo à criação de grupos de gestantes/puérperas.

3. Conscientização de mulheres, gestantes, puérperas e sociedade sobre temas relacionados à gravidez e ao puerpério:

- Fomento de ações educativas durante a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM).

O principal propósito do programa é propor formalmente estratégias viáveis e alinhadas às necessidades de saúde da população para o enfrentamento à mortalidade infantil e, conseqüentemente, à mortalidade materna. Nesse sentido, a presente publicação pretende oferecer subsídios para que as equipes de gestão municipal, regional e estadual possam elaborar e implementar, concentrando os esforços necessários para a implantação e utilização de protocolos clínicos atualizados e validados segundo a prática de assistência em saúde baseada em evidências, um Plano em seus territórios de responsabilidade, fundamentando-se nos objetivos e metas do Programa Mortalidade Zero da Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, e na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 42, de 13 de dezembro de 2018, que aprovou as diretrizes e estratégias para elaboração do *Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância*, no contexto da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Tenha uma boa leitura!



Synésio Batista da Costa
Presidente



Sumário

1. Introdução	06
2. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e as metas para a mortalidade materna e infantil	10
3. Metodologia	20
3.1. Passo 1: composição do Grupo de Trabalho Intersetorial.....	20
3.2. Passo 2: diagnóstico da saúde materno-infantil	24
4. Mortalidade materna.....	25
5. Mortalidade infantil.....	27
6. Mortalidade fetal	29
7. Seleção dos indicadores	30
7.1. Passo 3: mapeamento dos equipamentos de saúde, educação e proteção	33
7.2. Passo 4: elaboração de estratégias de intervenção	35
7.3. Passo 5: matriz para elaboração e monitoramento do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal	44
7.3.1. Organização da matriz	44
7.3.2. Ações sugeridas para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.....	47
Referências bibliográficas	57
Anexos	64
Anexo I - Arcabouço legal e jurídico para o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal.....	64
Anexo II – Modelo de matriz para o Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.....	68



1

Introdução

A mortalidade infantil e a mortalidade materna representam graves problemas de saúde pública em nosso país. É consenso que os óbitos de crianças e mulheres no ciclo gravídico puerperal são evitáveis na grande maioria dos casos e, considerando-se um amplo arcabouço jurídico-político, a exemplo da Constituição Federal (CF), das Leis Orgânicas da Saúde, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de decretos, resoluções e portarias ministeriais (Anexo 1), a prevenção destas ocorrências é uma prioridade para as políticas públicas sociais.

Acrescenta-se que as mortes de crianças ou mães são inaceitáveis e devem ser apreendidas enquanto violações de direitos fundamentais da pessoa humana. O direito à vida e à saúde em seu mais alto grau, assim como à liberdade, ao respeito e à dignidade, à segurança e à convivência familiar, são garantidos por uma série de declarações e tratados internacionais junto aos quais o Brasil é signatário, de forma que estes compromissos, assumidos internacionalmente, devem subsidiar políticas, programas e ações de enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal.

Desta forma, é necessário compreender que a ocorrência destes eventos é diretamente proporcional aos determinantes sociais desfavoráveis, assim como às iniquidades na atenção em saúde, a exemplo da precariedade das ações de planejamento familiar, da atenção ao pré-natal e ao parto, do acompanhamento inadequado do crescimento e desenvolvimento infantil, da baixa cobertura vacinal, além de problemas no sistema de referência e contrarreferência entre a atenção básica e os serviços de média e alta complexidades em saúde (Bitencourt *et al.*, 2013).

Por outro lado, a distribuição dos óbitos infantis e maternos acompanha de maneira inversa a distribuição da riqueza e o desenvolvimento socioeconômico do país, conferindo valor de

impacto aos determinantes sociais sobre a magnitude e a distribuição dos indicadores de mortalidade (Bitencourt *et al.*, 2013).

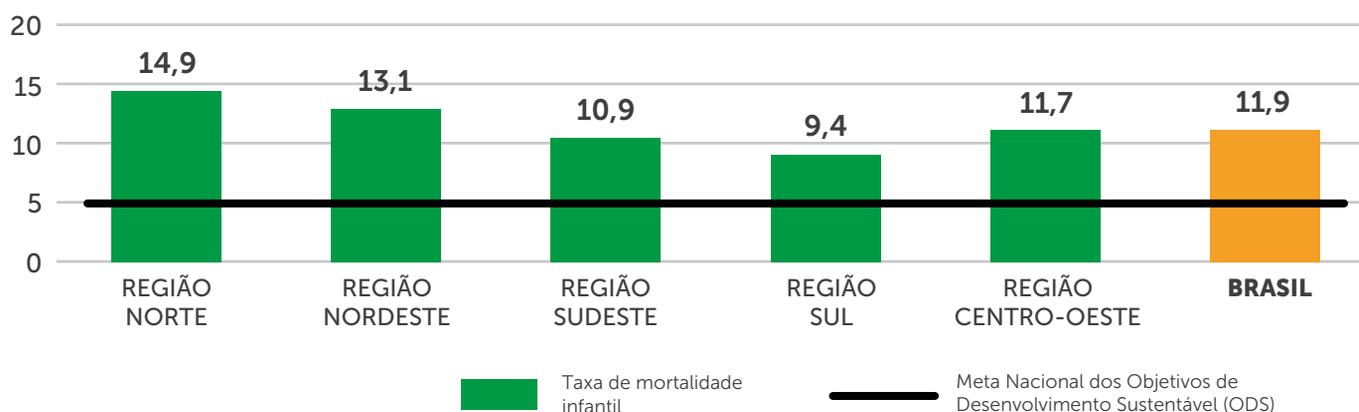
Nesse contexto, a razão de mortalidade materna e a taxa de mortalidade infantil incluem-se entre os indicadores mais sensíveis para a avaliação das condições de saúde e vida de uma dada população. Ou seja, quanto maior a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil e a razão da mortalidade materna, piores serão as condições de saúde das pessoas que compõem a população analisada.

No Brasil, a distribuição regional destes eventos é heterogênea. De acordo com as figuras 1 e 2 (a seguir), verifica-se que as taxas mais elevadas de mortalidade infantil e de mortalidade materna concentram-se nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, evidenciando a maior vulnerabilização da população com baixo poder socioeconômico. As iniquidades notabilizam-se ainda mais quando são agregados outros fatores vulnerabilizantes atribuídos aos diferentes grupos populacionais em uma mesma região, como baixa escolaridade materna, desemprego e renda insuficiente, falta de moradia digna, com esgotamento sanitário adequado, coleta de lixo e acesso a água potável, os quais são sempre atravessados por injustiças raciais (Bitencourt *et al.*, 2013).

FIGURA

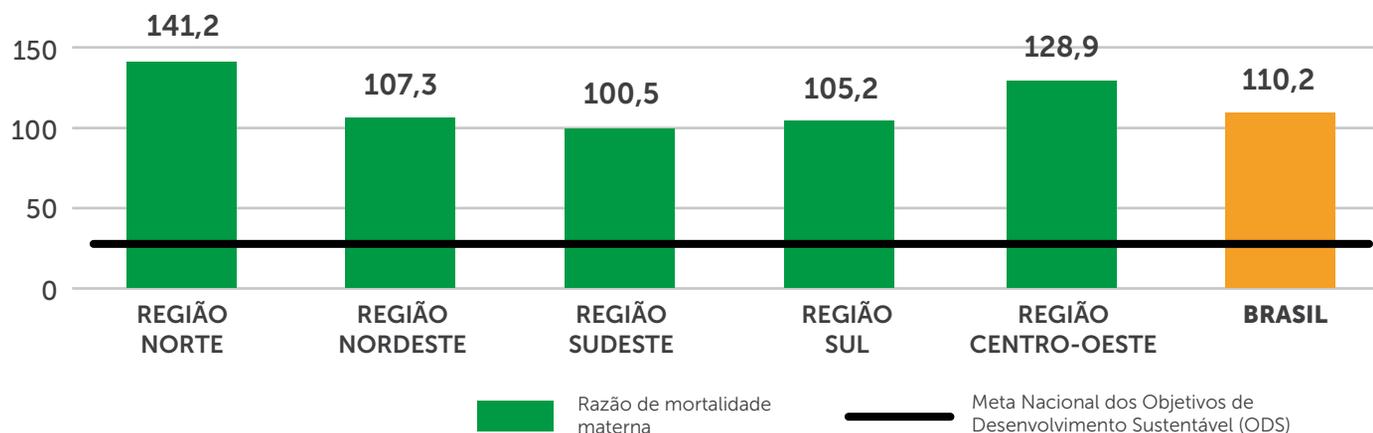
1

Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano de idade) para cada mil nascidos vivos - Brasil e grandes regiões, 2021



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Razão de mortalidade materna para cada 100 mil nascidos vivos - Brasil e grandes regiões, 2021 (dados preliminares)



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A determinação destes eventos é, portanto, multifatorial. Além das condições socioeconômicas desfavoráveis inclui determinantes individuais como: maior vulnerabilização entre os extremos da idade materna (abaixo de 15 anos e acima de 35 anos), histórico reprodutivo, morbidade materna associada ao aumento do risco obstétrico e neonatal, malformações congênitas, estado nutricional materno e infantil comprometidos e baixo peso ao nascer, além de condições e hábitos danosos à saúde como uso abusivo de álcool e outras drogas, situação conjugal insegura, desigualdades de gênero e discriminação étnico-racial, entre outras (Bitencourt *et al.*, 2013).

Portanto, as ações para o enfrentamento destes problemas exigem maior complexidade em termos de políticas públicas, bem como a disponibilidade de recursos, o que pressupõe a necessidade de esforço intersetorial conjunto entre a sociedade civil organizada e a saúde pública brasileira. Tal esforço inclui a elaboração de uma agenda de compromissos e projetos compartilhada entre o poder público, a sociedade civil e o controle social (Conselhos de Saúde), sob a responsabilidade e interlocução de gestores e equipes de saúde, no sentido da vigilância e prevenção da mortalidade materna e infantil.

Cabe destacar que esta ampla mobilização pela redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil também integra uma agenda de compromissos internacionais, atualmente vinculada à Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), um plano de ação global baseado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa o alcance de um mundo melhor para a população de cerca de 200 países que integram a ONU.



2

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e as metas para a mortalidade materna e infantil

Durante a Cúpula de Desenvolvimento Sustentável da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2015, os 193 países membros da ONU, representados por seus governos, sociedade civil organizada, iniciativa privada e institutos de pesquisas, ratificaram o documento *Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, que se propõe a dar continuidade à Agenda do Milênio (2000-2015).

O plano de ação da Agenda 2030 está estruturado em quatro grandes eixos:

- A declaração de compromissos e metas assumidas, fundamentadas na visão e nos princípios pactuados;
- Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (figura 3, a seguir) que, de maneira integrada e articulada, visam erradicar a fome e a pobreza, promover o bem-estar, a inclusão social, um meio ambiente sustentável e a cultura de paz e segurança, além de atingir o desenvolvimento econômico e a boa governança;
- O acompanhamento e a avaliação sistemática dos resultados dos indicadores estratégicos realizados pelas instâncias oficiais acreditadas e confiáveis, com abrangência entre os níveis regionais, nacionais e globais;

- A implementação da Agenda 2030 com ênfase nas disposições previstas no ODS 17 (figura 3), incluindo-se algumas metas de outros objetivos, que demandam alto grau de engajamento entre governos, sociedade civil, iniciativa privada e instituições de pesquisas no âmbito global.

FIGURA

3

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Organização das Nações Unidas (ONU)

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



Obs.: esta foto, de autor desconhecido, está licenciada em CC BY-SA.

<https://ppplusofonia.blogspot.com/2017/01/ods-objetivos-de-desenvolvimento.html>

As ações de saúde que integram a Agenda 2030 tomam parte do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) - Saúde e Bem-Estar - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, sintetizado nas seguintes metas (Estratégia ODS, 2023):

- 3.1 *Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos;*
- 3.2 *Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por mil nascidos vivos;*
- 3.3 *Até 2030, acabar com as epidemias de síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis;*
- 3.4 *Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;*
- 3.5 *Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;*
- 3.6 *Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas;*
- 3.7 *Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;*
- 3.8 *Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;*
- 3.9 *Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo;*
- 3.a *Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado;*
- 3.b *Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (Acordo Trips - tratado internacional que prevê normas mínimas para a proteção de patentes, marcas comerciais, direitos autorais e outros direitos de propriedade intelectual) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos;*
- 3.c *Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde, nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento;*
- 3.d *Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.*

Para acompanhar a implementação da Agenda 2030 no Brasil, foi criada a Comissão Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, vinculada à Secretaria de Governo da Presidência da República, a qual designou o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea) para prestar assessoria técnica aos seus trabalhos.

A Agenda 2030 do Ipea (2019) apresenta propostas de adequação das metas globais dos ODS à realidade brasileira, destacando-se as seguintes proposições para a saúde materna e infantil:

Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos;

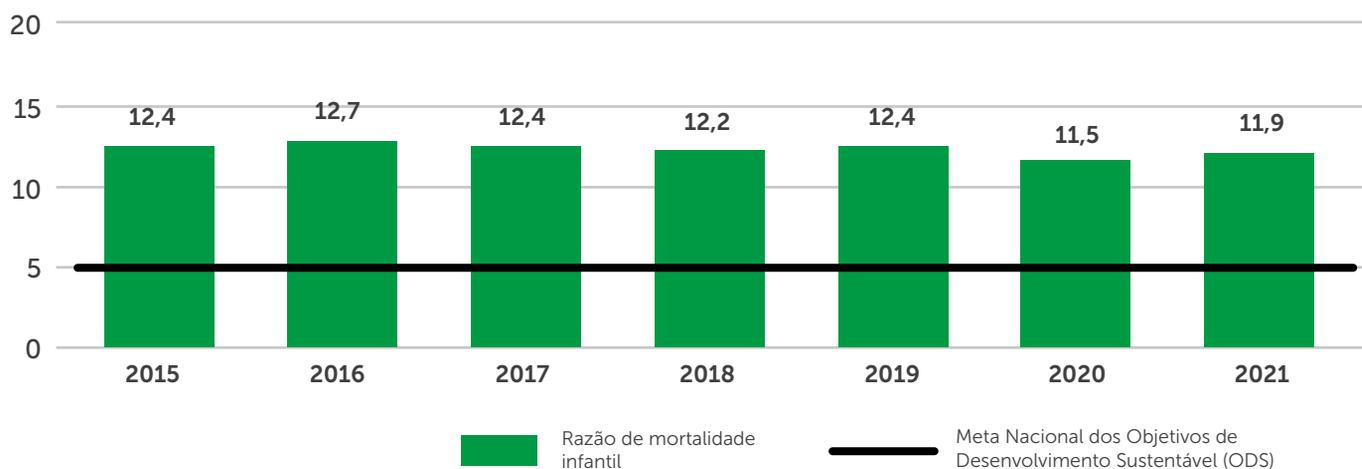
Meta 3.2 – Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo oito por mil nascidos vivos.

O monitoramento dos indicadores tem evidenciado que, desde 2015, quando foram pactuados os ODS, a taxa de mortalidade infantil no Brasil vem se mantendo estável, com redução em 2020, ano em que ocorreu a pandemia de Covid-19 (figura 4, a seguir). Esta redução foi influenciada pela queda concomitante do número de nascimentos no país entre 2019 e 2020 (figura 5).

FIGURA

4

Taxa de mortalidade infantil para cada mil nascidos vivos - Brasil, 2015 a 2021 (dados preliminares)



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

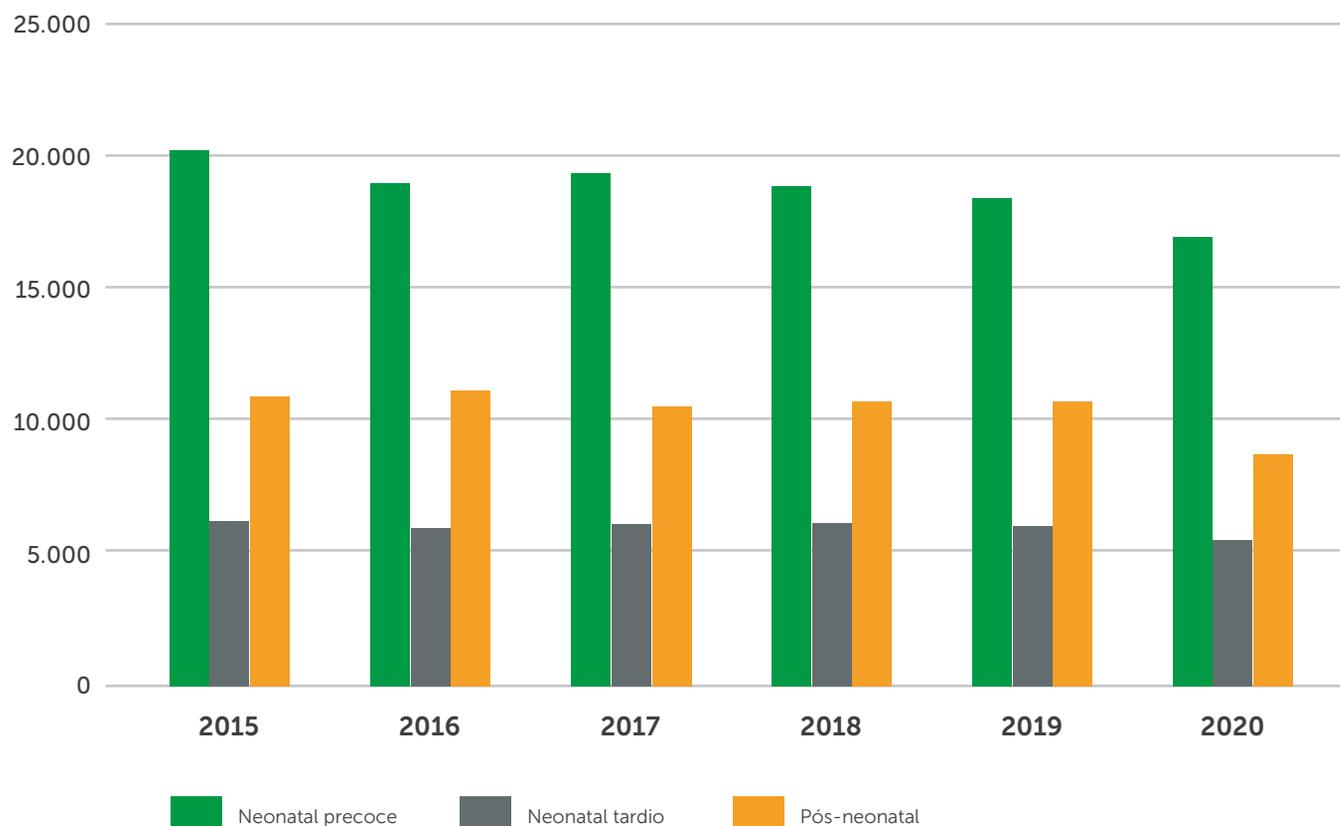
Número de nascidos vivos - Brasil, 2000 a 2021



Fonte: Observatório da Criança e do Adolescente – Fundação Abrinq - Brasil, 2023.

Entretanto, a análise da mortalidade infantil, segundo seus componentes, mostra a tendência de queda nos óbitos pós-neonatais (de 28 a 364 dias) mais expressiva do que no componente neonatal (de 0 a 27 dias), que responde por mais da metade dos óbitos infantis do período, com reflexos em uma taxa de mortalidade infantil neonatal aproximada entre nove e dez óbitos por mil nascidos vivos no período, segundo estimativas do Ipea (2019), conforme é possível se verificar na figura 6.

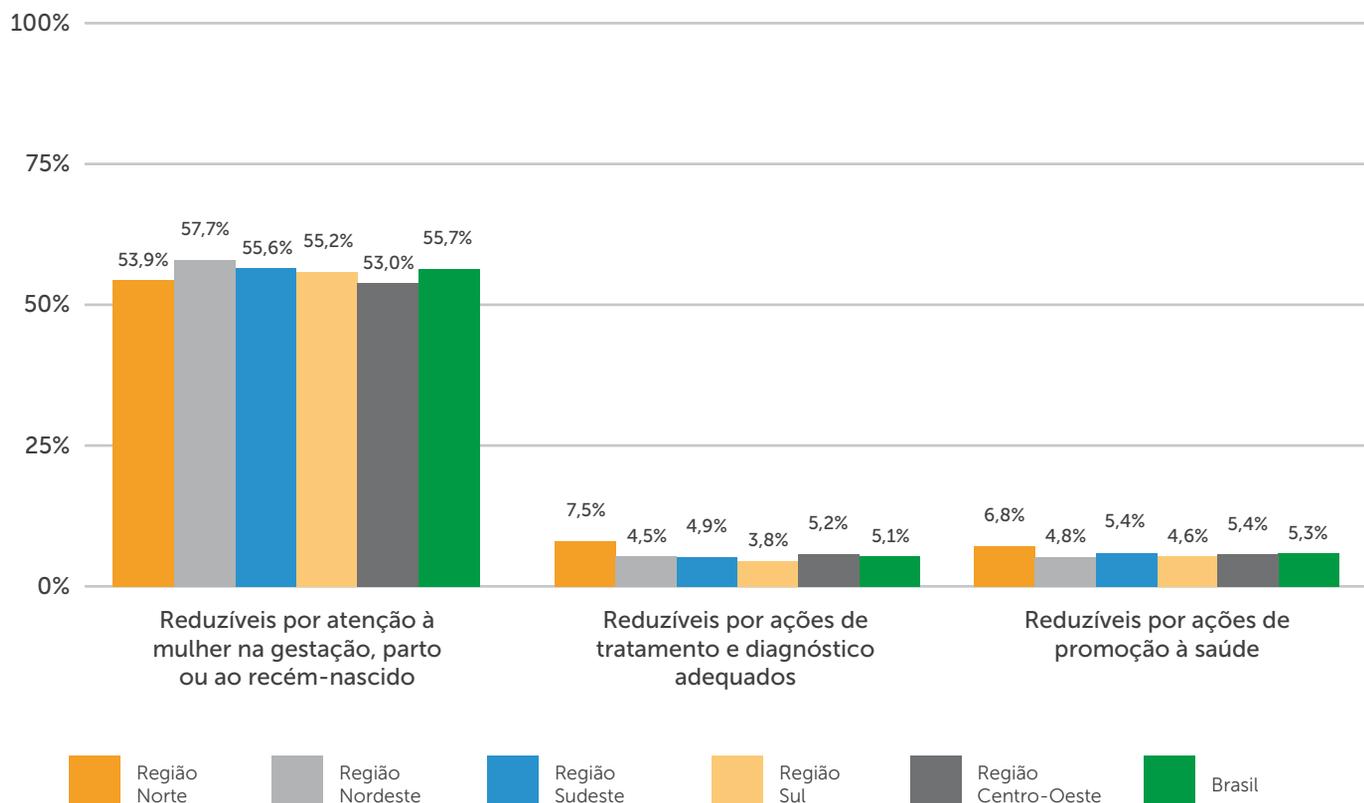
Óbitos infantis por local de residência, segundo componentes (neonatal precoce, de 0 a 6 dias de vida; neonatal tardio, de 7 a 27 dias e pós-neonatal, de 28 a 364 dias) - Brasil, 2015 a 2020



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

O Ipea (2019) acrescenta que 60% dos óbitos em crianças de 0 a 4 anos de idade poderiam ter sido evitados com a implementação de melhorias na atenção à saúde materna e aos recém-nascidos (figura 7, a seguir), sendo as principais causas de óbitos relacionadas às condições socioeconômicas desfavoráveis e às fragilidades da atenção ao pré-natal e ao parto, que resultam em maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer e iatrogenias (estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico) durante o período neonatal (Silva *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2022).

Proporção de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por causas evitáveis segundo grupo de causa - Brasil e grandes regiões, 2021

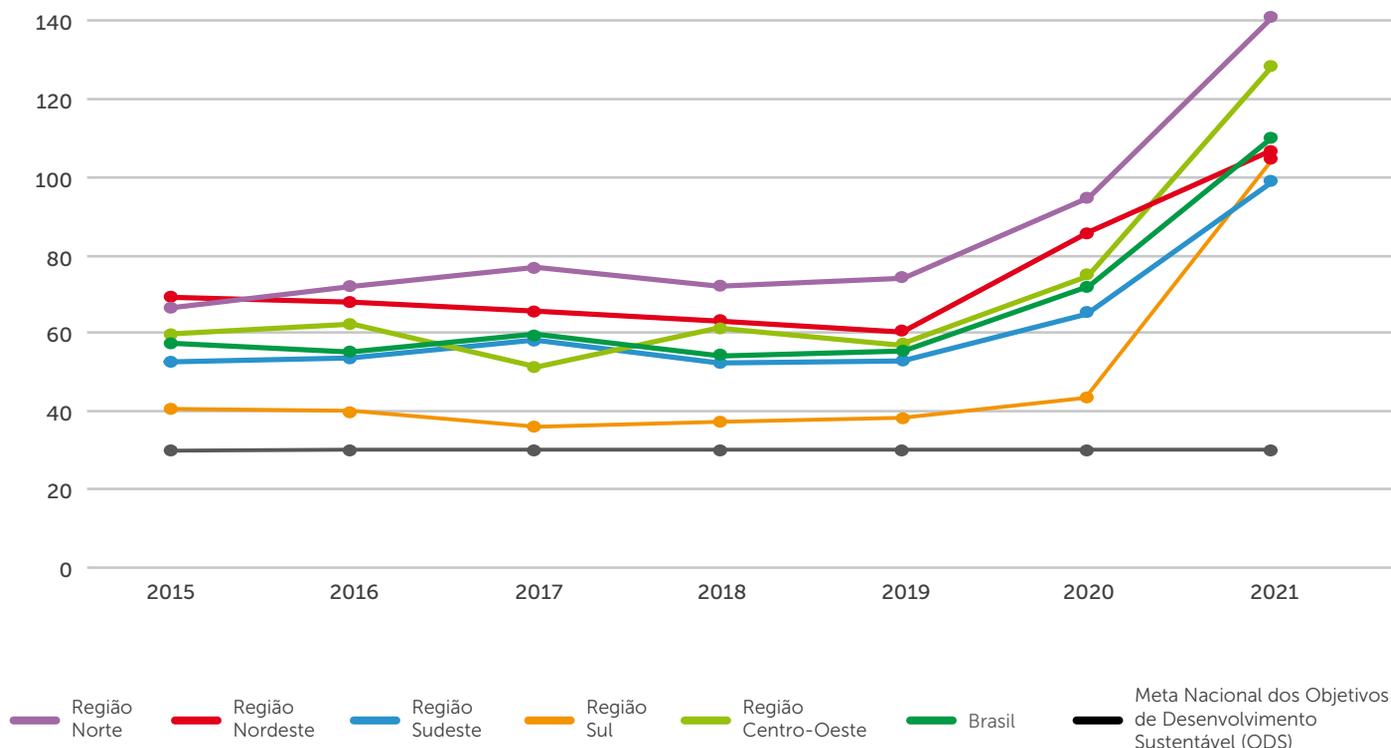


Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Diante deste cenário, é imperativo que os indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade materna sejam avaliados conjuntamente. Da mesma forma, as medidas de enfrentamento propostas devem estar integradas, com interlocução ampliada entre equipes da gestão, atenção e vigilância em saúde, de forma compartilhada com demais representações do poder público e da sociedade civil, conforme será abordado mais adiante.

Em relação à razão de mortalidade materna, verifica-se a estagnação do indicador desde 2015, com pequena elevação entre os anos de 2016 e 2017, e de aumento brusco entre 2020 e 2021 em razão do contexto pandêmico da Covid-19, conforme a figura 8.

Razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos - Brasil, 2015 a 2021 (dados preliminares)



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Analisando a série histórica 2015-2021, fica evidente que a pandemia de Covid-19 provocou impactos profundos na razão de mortalidade materna, que atingiu o patamar de 110,2 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2021, considerando todo o território nacional. Entretanto, as repercussões da pandemia na razão de mortalidade materna foram ainda mais significativas nas Regiões Norte e Centro-Oeste (figura 8).

Em parte, este problema pode ser explicado pelo fato de as gestantes terem sido incluídas tardiamente no grupo de risco para a infecção. Contudo, ocorreram falhas importantes no acompanhamento pré-natal e na atenção ao parto, em virtude das demoras na obtenção do cuidado obstétrico, fortemente influenciadas pelas barreiras impostas para atendimento nos

serviços de saúde durante as fases mais críticas da pandemia no país. Ademais, houve atraso excessivo na indicação da imunização das gestantes e puérperas contra a Covid-19, além de informações contraditórias e sem fundamentação científica, que corroboraram para que as próprias mulheres evitassem a busca oportuna por cuidados, a exemplo da imunização.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020), a pandemia não justifica de forma isolada e completa o impacto na mortalidade materna. Ou seja, a despeito da infecção por Covid-19 ter atuado como importante causa indireta de óbitos maternos durante os anos de 2020 e 2021, o contexto pandêmico agravou a capacidade de resposta do sistema de saúde às situações de risco obstétrico e neonatal - as chamadas causas obstétricas diretas de mortalidade materna, com destaque para as síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas (hemorragia pós-parto, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia) e as infecções, com destaque ao abortamento que pode ser decorrente do quadro hemorrágico ou infeccioso (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) 2023; Rodrigues, Cavalcante & Viana, 2019).

Neste sentido, faz-se necessário analisar as mortes maternas neste período, a partir de dois mecanismos distintos. Por um lado, o impacto da Covid-19 como causa indireta dos óbitos maternos. Por outro, as mortes por causas diretas (causas obstétricas e suas complicações na gravidez, parto e puerpério) que poderiam ter sido evitadas, mas ocorreram em razão das barreiras de acesso e interrupções dos atendimentos nos serviços durante a pandemia, tanto na atenção primária em saúde como nos serviços de média e alta complexidades, a exemplo da insuficiência de leitos de terapia intensiva, indisponibilidade de recursos, equipes e equipamentos médicos de urgência e emergência.

Desta forma, as expectativas e previsões de cumprimento da Agenda 2030 pelo Brasil e vários países em desenvolvimento tornaram-se mais pessimistas, exigindo ações robustas e políticas públicas mais efetivas para o enfrentamento deste problema global que é a mortalidade materna. A análise da tendência da mortalidade materna, realizada pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz, 2023), indicou a necessidade de redução da razão da mortalidade materna da ordem de 11,6% ao ano, a partir de 2020, a fim de atender a meta de redução pactuada na Agenda 2030. Esta taxa é praticamente intangível, considerando-se a série histórica da mortalidade materna e todos os esforços empreendidos para melhorar a saúde materna desde o ano 2000 (IFF/Fiocruz, 2023).

Ao cenário assombroso em relação ao alcance das metas, soma-se, ainda, o fato de que estamos lidando com indicadores subdimensionados, tendo em vista que o sub-registro e a subinformação dos óbitos representam os principais entraves para a sua identificação. Mais frequente nos municípios com extensas áreas rurais, onde os cartórios são distantes e a população é menos esclarecida sobre implicações legais, o sub-registro decorre de sepultamentos em cemitérios clandestinos, sem a exigência de certidões de óbitos, especialmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

Nesse contexto, além da capacidade de resposta do sistema de saúde frente às doenças emergentes, reemergentes e endemias, a exemplo da pandemia de Covid-19, faz-se necessário implementar medidas reconhecidamente eficazes para a melhoria da atenção à saúde sexual e reprodutiva como um todo, tais como: planejamento reprodutivo, início precoce do pré-natal, realização dos exames básicos e avaliação oportuna, identificação e monitoramento de riscos gestacionais, assistência ao parto em consonância com as boas práticas obstétricas, atenção integral ao puerpério, incluindo suporte ao aleitamento materno e à contracepção, e orientações para o retorno ao trabalho, além da garantia de direitos sexuais, reprodutivos e sociais das mães trabalhadoras e das mães adolescentes.

Contudo, a implementação de tais medidas requer um diagnóstico acertado da realidade de cada município, um processo que é potencializado pela vigilância dos óbitos maternos e infantis, tendo em vista que essa prática é fundamental para a identificação de problemas específicos de cada contexto assistencial e a proposição de medidas para a prevenção de novas ocorrências adequadas à realidade local. Portanto, justifica-se que estados e municípios empreendam esforços para a elaboração de planos de redução do óbito materno, infantil e fetal nos territórios sob sua responsabilidade, incluindo-se a possibilidade de planos regionais em algumas localidades representadas por municípios pequenos e menos populosos.

Nesse contexto, este guia tem por propósito instrumentalizar as equipes de gestão municipal, regional e estadual para a implantação do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, fundamentando-se nos objetivos e metas do Programa Mortalidade Zero da Fundação ABRINQ pelos Direitos da Criança e do Adolescente, e em conformidade com a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº42, de 13 de dezembro de 2018, que aprovou as diretrizes e estratégias para elaboração do Plano de Enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da Agenda 2030 dos (ODS).



3

Metodologia

3.1. Passo 1: composição do Grupo de Trabalho Intersetorial

O enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal tem como principal estratégia, atuar sobre os fatores de evitabilidade dos óbitos maternos e infantis, tendo em vista que a grande maioria deles ocorre por causas evitáveis e socialmente injustas.

Entende-se que a análise da ocorrência dos óbitos maternos e infantis sob as perspectivas da determinação social destes eventos e das vulnerabilidades pode resultar na proposição de políticas, ações e programas, no contexto do plano de redução destes eventos, mais focalizadas nas necessidades das mulheres e crianças. Este olhar diferenciado e compartilhado com demais setores permite ampliar a atenção à saúde, de forma a reconhecer as condições de maior fragilidade e exposição aos agravos e adoecimento, intrinsecamente relacionadas às especificidades de cada território e grupo social (Ayres, 1999).

O conceito de vulnerabilidade na área da saúde refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também que se referem ao coletivo, ao contexto, ao social, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (Sánchez e Bertolozzi, 2011, p. 321).

Ou seja, a redução dos indicadores de saúde está condicionada à adoção de estratégias que atuem sobre a vulnerabilidade individual, social e programática de mulheres e crianças, resultando em melhorias das condições de vida da população (geração de empregos, aumento da renda de escolaridade materna, programas de habitação popular, saneamento básico, segurança pública, e enfrentamento da violência doméstica e sexual, entre outras), conforme segue ilustrado no quadro 1.

QUADRO 1

Abrangência dos programas, projetos e ações do Plano de Redução da Mortalidade Materna e Infantil sob a perspectiva das vulnerabilidades

Vulnerabilidade	Conceito	Abrangência
Individual	Grau, qualidade e capacidade de elaboração das informações que as mulheres e famílias agregam na vida cotidiana, para o autocuidado e prevenção de doenças	Nível de escolaridade materna; Ocupação materna; Reconhecimento dos direitos de cidadania; Exposição a situações de violência; Condições de autonomia e independência na tomada de decisões; Desigualdades de gênero, raça/etnia, classe social, deficiências; Valores e crenças individuais e familiares; Extremos de idade materna: acima de 35 anos e abaixo de 15 anos; Uso abusivo de álcool e outras substâncias; Redes de apoio familiar.
Social	Recursos sociais disponíveis ou não, que determinam ou restringem o acesso das mulheres e famílias às informações, serviços e bens culturais relativos ao exercício dos direitos de cidadania, à saúde e condições de dignas de vida	Local e tipo de moradia; Saneamento básico e água potável disponível; Rede de Atenção à Saúde; Energia elétrica e coleta de lixo; Transporte público e condições de acessibilidade; Creches, educação básica, alfabetização de adultos e formação profissional; Segurança pública; Assistência social e proteção social; Cultura, esporte e lazer; Redes de apoio comunitárias.

Vulnerabilidade	Conceito	Abrangência
Programática	Políticas, programas e ações empreendidas pelo poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil, para o enfrentamento das desigualdades sociais, controle de doenças e agravos à saúde, a partir de processos de gestão e monitoramento efetivo dos programas	Programas de geração de emprego e renda, e cooperativas de crédito, entre outros; Programas de proteção social, cultura, esporte e lazer; Programas da rede municipal e/ou estadual de ensino e formação profissional; Ações e programas da segurança pública; Inclusão e participação nos programas da rede de saúde (Estratégia da Saúde da Família, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, imunização, parto humanizado, promoção do aleitamento materno, banco de leite humano, educação em saúde, atenção às urgências e emergências maternas, neonatais e infantis, atenção às situações de violência doméstica e sexual, abortamento previsto por lei etc.); Conselhos Tutelares; Conselhos de Direitos da Infância, Juventude e de Direitos das Mulheres; Assistência judiciária.

No entanto, sob a perspectiva das responsabilidades específicas do campo da saúde, cabe destacar que a evitabilidade dos óbitos requer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção em saúde nas áreas de planejamento familiar, pré-natal, parto e cuidados neonatais, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o aleitamento materno, imunização, além da incorporação tecnológica no Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecimento dos sistemas de referência e contrarreferência, regulação e regionalização da saúde.

Portanto, a elaboração do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal requer o envolvimento de uma equipe mínima com representantes das diversas áreas do governo que atuam na formulação de políticas, bem como na gestão de serviços de atenção à saúde materna e infantil, incluindo-se as áreas correlatas à secretaria ou coordenadoria de saúde dos municípios, além de representantes das áreas de educação, assistência social, cidadania e planejamento urbano, entre outras.

Cabe destacar a necessidade de indicação de representantes que detenham poder decisório e que possam promover as articulações necessárias para a implementação das ações previstas no Plano.

Para a composição mínima do grupo de trabalho intersetorial, recomendam-se as seguintes representações:

- Gabinete da Secretaria da Saúde;
- Área de planejamento e regulação em saúde;
- Vigilância em saúde: epidemiológica e sanitária;
- Coordenadoria da atenção básica;
- Área técnica da saúde da mulher;
- Área técnica da saúde da criança;
- Gestores da referência hospitalar para atenção ao parto e gestação de alto risco;
- Equipe técnica do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) e/ou do Comitê de Óbito Hospitalar e/ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), dentre outros profissionais que atuem na investigação hospitalar dos óbitos;
- Gestores ou representantes das áreas técnicas de média e alta complexidades;
- Educação permanente em saúde;
- Gestores da Secretaria da Educação;
- Gestores da Secretaria de Assistência Social e/ou Cidadania;
- Gestores da área de planejamento urbano e/ou infraestrutura.

Por outro lado, é importante contar com a participação de representantes da sociedade civil organizada, que atuam na proteção e no cuidado à infância e na defesa dos direitos das crianças e das mulheres. Entretanto, caberá a cada município, na medida de suas possibilidades, a inclusão das seguintes representações:

- Conselho Municipal ou Estadual de Saúde;
- Conselhos de Defesa dos Direitos da Mulher e da Criança;

- Movimento de mulheres;
- Ministério Público;
- Conselho Regional de Medicina;
- Conselho Regional de Enfermagem;
- Sociedades científicas (ginecologia e obstetrícia, pediatria e enfermagem obstétrica, entre outras);
- Universidades e faculdades que ofereçam cursos de medicina e enfermagem;
- Instituições de apoio aos trabalhadores rurais.

3.2. Passo 2: diagnóstico da saúde materno-infantil

O diagnóstico situacional busca identificar os problemas e as fragilidades da atenção à saúde materna e infantil no território de abrangência (município ou região de saúde), no período recente, dos últimos três a cinco anos, sob a perspectiva ampliada de análise das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

Desta forma, incluem-se no diagnóstico os indicadores sociodemográficos, epidemiológicos e assistenciais desde o planejamento familiar até o primeiro ano de vida da criança, incluindo-se as situações de abortamento.

É de fundamental importância a contribuição das análises dos indicadores e relatórios dos comitês de mortalidade materna, infantil e fetal, que oferecerão subsídios importantes para a compreensão da magnitude dos óbitos, bem como as principais causas associadas às ocorrências.

Para fins da elaboração do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é necessário considerar alguns conceitos importantes sobre estes eventos, que estão diretamente relacionados à compreensão dos fatores que levaram à ocorrência dos óbitos (causas) e a identificação de medidas de intervenção sobre a sua evitabilidade (prevenção), conforme será abordado a seguir.



4

Mortalidade materna

A razão de mortalidade materna é definida pelo número de óbitos maternos, em relação ao número de nascidos vivos, entre a população de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), residentes em determinado território no ano selecionado para a análise.

De acordo com a definição da 10^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10¹), o óbito ou morte materna é compreendido como “a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

É importante destacar que os casos de morte materna tardia² (que ocorre por causas obstétricas após 42 dias e antes de um ano do desfecho da gestação), bem como de morte materna por sequela de causa obstétrica direta³ (que ocorre um ano ou mais após o parto) não se incluem no cálculo do coeficiente de mortalidade materna.

Segundo a CID-10, entende-se por morte materna obstétrica direta⁴ aquela que decorre de “complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas

1 As mortes maternas correspondem ao capítulo XV da CID-10 “Gravidez, Parto e Puerpério” (excluídos os códigos O96 e O97).

2 Código O96 da CID-10.

3 Código O97 da CID-10.

4 Códigos da CID-10: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0.

causas” (por exemplo, eclampsia, descolamento prematuro de placenta, infecção puerperal, complicações do abortamento); a morte materna obstétrica indireta⁵, por sua vez, ocorre em função de “doenças que estavam presentes antes da gravidez ou que surgiram durante a gravidez, não provocadas por causas obstétricas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez” (por exemplo, Covid-19, síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), doença cardíaca, pneumonia, malária). Quando a causa da morte materna é desconhecida, ela é classificada como “não especificada” (Brasil, 2009b; Bitencourt, *et al.*, 2013).

A despeito de algumas diferenças regionais, as principais causas atribuídas à morte materna são decorrentes das síndromes hipertensivas da gravidez, hemorragias (descolamento prematuro de placenta, hemorragia pós-parto e aborto) e infecções (sepse, infecção puerperal e aborto, por exemplo). As mortes obstétricas indiretas respondem por cerca de 25% dos óbitos maternos e são atribuídas a diversas causas, desde as infecciosas (Covid-19, Aids e pneumonias, por exemplo), câncer, até as causas externas, incluindo-se as causas violentas (IFF/Fiocruz, 2023).

5 Códigos da CID-10: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, a34, B20 a B24 (estes últimos, após criteriosa investigação).



5

Mortalidade infantil

O coeficiente ou taxa de mortalidade infantil é definida pelo número de óbitos de menores de 1 ano de idade, em relação ao número de nascidos vivos, entre a população residente de um determinado território, no ano selecionado para a análise.

É um indicador que estima o risco de uma criança morrer ainda no seu primeiro ano de vida por diferentes causas, que pressupõem uma ampla variedade de intervenções de acordo com os respectivos componentes da mortalidade infantil, dentre os quais (Brasil, 2009a):

- **Mortalidade Neonatal Precoce:** óbitos de recém-nascidos entre 0 e 6 dias de vida decorrentes de causas relacionadas às condições de saúde materna, malformações congênitas graves e prematuridade extrema, além das deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto;
- **Mortalidade Neonatal Tardia:** óbitos de recém-nascidos com idade entre 7 e 27 dias de vida decorrentes de causas relacionadas à assistência inadequada ao recém-nascido de risco, além das deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto, malformações congênitas e condições de saúde maternas;
- **Mortalidade Infantil Pós-Neonatal:** óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até 11 meses e 29 dias decorrentes de causas relacionadas aos determinantes sociais desfavoráveis, inadequações de infraestrutura, acesso e qualidade da atenção à saúde da criança e causas externas.

As afecções perinatais decorrentes de asfixia (P21), prematuridade e baixo peso ao nascer (P07), malformações congênitas (capítulo XVII da CID-10), as doenças infecciosas, como sepse (a40 e a41) e doenças diarreicas (a00 a a09), além das afecções respiratórias como pneumonias, bronquiolite (J10 a J21), asma (J45) e causas externas (capítulo XX da CID-10) responderam pelas principais causas de óbitos em 2020 (Brasil, 2023).



6

Mortalidade fetal

Refere-se ao número de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm) por mil nascimentos totais, na população residente do território e ano selecionados.

A mortalidade fetal estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida, de modo a expressar a proporção destes eventos por causas relacionadas às condições de saúde materna e malformações congênitas, além das deficiências da assistência ao pré-natal e, juntamente com os óbitos neonatais precoces, compõem a mortalidade perinatal.

A mortalidade perinatal constitui um importante indicador do risco estimado de óbitos fetais e de recém-nascidos na primeira semana de vida, decorrentes de causas relacionadas às condições de saúde materna, malformações congênitas graves e prematuridade extrema, além das deficiências na atenção ao pré-natal e ao parto. Ambos os indicadores podem ser comprometidos pela subenumeração dos óbitos fetais e pela omissão da idade gestacional nas declarações de óbitos dos neomortos, incluindo-se o critério definidor anterior da CID-10, que considerava 28 semanas como idade limítrofe para óbitos fetais.

7

Seleção dos indicadores

Portanto, o diagnóstico da saúde materno-infantil deve fundamentar-se em critérios definidores para a seleção de indicadores e informações pertinentes às especificidades do território e dos grupos sociais nele inseridos. Estes critérios serão acordados pelas equipes de gestão da saúde municipal, regional e/ou estadual, e da coordenação técnica dos comitês de mortalidade.

De toda forma, a critério das possibilidades de cada município, recomenda-se a utilização dos principais indicadores da saúde materna e infantil, tais como:

- População de mulheres em idade fértil;
- Taxa de fecundidade;
- Número de nascidos vivos;
- Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal;
- Proporção de nascidos vivos, segundo idade materna;
- Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes;
- Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto;
- Taxa de cesarianas;
- Taxa de cesarianas, segundo Grupos de Robson;
- Taxa de episiotomias;
- Taxa de partos induzidos;
- Proporção de gestantes que iniciaram consulta de pré-natal no primeiro trimestre;

- Incidência de sífilis na gestação ou número de casos de sífilis na gestação notificados no período em questão;
- Incidência de sífilis congênita ou número de casos de sífilis congênita notificados no período em questão;
- Proporção de gestantes que foram testadas para vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis durante o pré-natal;
- Proporção de internações por complicações de aborto;
- Cobertura de planejamento familiar: cirurgias de laqueaduras e vasectomias realizadas, inserções de dispositivo intrauterino (DIU) e número de diafragmas disponibilizados;
- Taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade infantil segundo componentes neonatal (tardio, precoce) e pós-neonatal;
- Razão de mortalidade materna;
- Taxa de mortalidade infantil, segundo componentes;
- Taxa ou número absoluto de óbitos fetais;
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) investigados;
- Proporção de óbitos infantis (menores de 1 ano de idade) investigados;
- Proporção de óbitos maternos segundo causas obstétricas diretas, indiretas e não especificadas;
- Proporção de óbitos infantis, segundo lista de mortes evitáveis, segundo método adotado;
- Proporção de óbitos infantis segundo peso ao nascer;
- Proporção de óbitos infantis segundo idade gestacional;
- Proporção de óbitos de crianças com asfixia ao nascer (Teste de Apgar inferior a sete no quinto minuto);
- Proporção de óbitos maternos, infantis e fetais e/ou respectivas taxas de mortalidade, segundo instituição de ocorrência;
- Proporção de óbitos infantis por grupos de causa (CID, 10a revisão);
- Proporção de óbitos considerados evitáveis;
- Cobertura vacinal da vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (DTpa) em gestantes;

- Cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano de idade, segundo as vacinas previstas no calendário nacional de vacinação;
- Proporção de crianças que realizaram os exames da triagem neonatal.

Nesta etapa diagnóstica deve ser incluída uma análise crítica acerca das ações e dos programas desenvolvidos pela rede de atenção à saúde, seja no âmbito do município como no âmbito da rede regionalizada, de maneira a explorar as vulnerabilidades programáticas na atenção à saúde das mulheres e crianças.

É de grande importância para o diagnóstico identificar os problemas, as fragilidades e as melhorias já alcançadas nas áreas estratégicas relacionadas aos respectivos indicadores e informações selecionados para o diagnóstico situacional, contemplando as seguintes áreas de atenção à saúde materna e infantil:

- **Atenção básica:** planejamento familiar, atendimento ao pré-natal e puerpério, puericultura, programa de imunização, ações de educação em saúde (saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, aleitamento materno e puericultura), ações de promoção à saúde (visitas domiciliares da Estratégia Saúde da Família (ESF), busca ativa de faltosos, identificação dos casos de vulnerabilidade e risco, matriciamento, campanhas e programas específicos dos municípios, entre outras);
- **Média complexidade:** referência de pré-natal de alto risco, atendimento à gestante soropositiva para o HIV e acompanhamento do seu recém-nascido, atendimento ao parto e ao recém-nascido (referências, programas de humanização da atenção, disponibilidade de enfermeiros obstetras para assistência ao parto sem distocia, disponibilidade de neonatologista na sala de parto, disponibilidade do Programa Mãe Canguru e credenciamento na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, entre outros), atendimento ao recém-nascido de risco, exames de apoio diagnóstico e terapêutico, referência e contrarreferência das especialidades para seguimento das gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças de risco, atendimento às mulheres em situação de violência e aborto inseguro, referência para abortamento previsto por lei, existência de banco de leite humano e agência transfusional, entre outros;
- **Alta complexidade:** referência e contrarreferência para atendimento das urgências e emergências maternas, neonatais e infantis, disponibilidade de leitos de terapia intensiva,

serviço de diálise, medicina fetal, oncopediatria, cirurgia geral e pediátrica, e serviços de atendimento aos casos de infertilidade, entre outras especialidades;

- **Vigilância à saúde:** estruturação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), comitê de prevenção dos óbitos maternos, infantis e fetais, vigilância epidemiológica (sistema de informação dos agravos de notificação de: HIV, sífilis e hepatites em gestantes e recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade; doenças imunopreveníveis; violência contra mulheres e crianças; Covid-19; Zika vírus etc.).

E, neste sentido, o Plano deve elencar as ações prioritárias que necessitam ser implementadas, de maneira a explorar e descrever o mais detalhadamente possível, os recursos estratégicos pertinentes, incluindo-se os recursos políticos que demandarão a gestão das articulações internas ao governo (por exemplo, aumento da cobertura de tratamento para sífilis congênita, implantação do plano de parto, do programa zero morte materna por hemorragia, escore de risco obstétrico, neuroproteção neonatal, monitorização cerebral do recém-nascido de risco, método canguru, avaliação de desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida e ampliação do horário da sala de vacinas, entre outros protocolos) e externas com a sociedade civil (por exemplo, articulação da rede de enfrentamento da violência doméstica e sexual, atendimento integrado à população em situação de rua, prevenção da gravidez na adolescência, redução de danos no uso abusivo de álcool e outras drogas etc.).

7.1. Passo 3: mapeamento dos equipamentos de saúde, educação e proteção

Após a realização do diagnóstico da saúde materno-infantil, que contempla a identificação das referências de atendimento à saúde e assistência social, é recomendável apresentar um mapa completo dos equipamentos de saúde, educação e proteção (assistência social, cidadania e segurança) que compõem a rede de atenção à saúde materno-infantil no município e/ou região.

Para além de uma representação espacial dos equipamentos disponíveis para atendimento, bem como os fluxos de atendimento existentes, o propósito desta ação é de constituir e fortalecer o

sentido do trabalho em rede, considerando-se a corresponsabilização dos diversos atores que integram o grupo intersetorial do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Trata-se de um esforço coletivo no sentido de garantir a proteção social de mulheres e crianças, com vistas à defesa dos direitos, particularmente o direito à vida, à saúde, à liberdade e à segurança, no contexto de uma sociedade democrática, conforme abordado anteriormente.

Sugere-se, portanto, que além dos equipamentos de interesse à saúde materno-infantil que integram a rede de atenção à saúde do SUS, incluindo-se as referências regionais, também sejam considerados os equipamentos da educação, a exemplo das creches, escolas municipais e estaduais de ensino fundamental e ensino médio, além dos programas de alfabetização de adultos, programas de educação profissionalizantes, programas de inclusão educacional de pessoas com necessidades especiais, serviços de referência psicopedagógica e interlocução com o Programa Saúde na Escola, entre outros.

Com relação aos equipamentos de proteção, devem ser contemplados todos os serviços e recursos disponíveis no município, incluindo-se as referências regionais, como: Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), plantão social, abrigos, albergues, repúblicas, casas de passagem, serviços de acolhimento à população de rua (incluindo programas específicos para crianças e adolescentes), programas de apoio sociofamiliar, apoio à adoção, benefícios sociais (Bolsa Família, aluguel social e auxílio-transporte, entre outros), sistemas de informação sobre pessoas desaparecidas, centros de referência para mulheres em situação de violência, abrigos para mulheres e crianças em situação de violência, programas socioeducativos para dependentes químicos e serviço de atendimento a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto ou em regime de internação educacional (incluindo apoio aos egressos destes serviços ou programas), além dos planos municipais de assistência social e de promoção, proteção e defesa do direito a convivência familiar e comunitária.

Por fim, devem constar os órgãos autônomos de defesa e proteção, como os Conselhos Tutelares, Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCAs), Conselhos dos Direitos das Mulheres, Conselhos de Saúde e de Assistência Social, Defensoria Pública, órgãos de defesa do consumidor e ouvidoria municipal, bem como os equipamentos de segurança pública disponíveis no município e região, como as delegacias de polícia, delegacias de defesa da mulher e plantões policiais, entre outros.

Ainda cabe recomendar que o mapeamento dos equipamentos contemple uma breve análise crítica acerca dos avanços e das fragilidades da linha de cuidado à saúde materna e infantil, bem como as necessidades de adequações que deverão ser contempladas pelo Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no território em questão.

7.2. Passo 4: elaboração de estratégias de intervenção

Esta etapa de elaboração de estratégias de intervenção é de fundamental importância, tendo em vista que se refere à construção do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal propriamente dito.

A partir da identificação das lacunas na atenção à saúde materno infantil, conforme detalhado no passo anterior, o grupo técnico intersetorial deverá concentrar esforços para propor medidas de enfrentamento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas das crianças, mulheres e famílias, de forma a subsidiar a tomada de decisões compartilhadas de abrangência intersetorial (quadros 2 e 3, a seguir).

QUADRO 2

Determinantes mais comuns e frequentes que estão associados ao óbito materno, neonatal e fetal, segundo a linha de cuidado em saúde nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal

Determinantes associados ao planejamento reprodutivo

Barreiras de acesso à informação sobre direitos reprodutivos e ao atendimento de rotina, indisponibilidade de exames, métodos contraceptivos, situações de vulnerabilidade

Linha de Cuidado em Saúde

Acolhimento, utilização de protocolos, matriciamento dos casos de vulnerabilidade individual e social com atuação intersetorial, educação permanente em saúde e enfrentamento das vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Determinantes associados ao planejamento reprodutivo

Linha de Cuidado em Saúde

Determinantes associados à atenção ao pré-natal

Barreiras de acesso à informação, plano de parto e educação perinatal, falhas no atendimento, indisponibilidade de exames, medicamentos, falhas na identificação do risco gestacional, baixa cobertura vacinal de gestantes, violência obstétrica, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Acolhimento, utilização de protocolos, identificação do risco gestacional em cada consulta pré-natal, garantia de exames, medicamentos e insumos para o cuidado em saúde, implementação de linha de cuidado materno-infantil, matriciamento dos casos de vulnerabilidade individual e social com atuação intersetorial, educação permanente em saúde e enfrentamento das vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Determinantes associados à atenção ao parto

Barreiras de acesso ao hospital de referência para o parto, falhas no referenciamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, remoção e transporte, intervenções excessivas e desnecessárias no parto, violência obstétrica, dificuldades no manejo das situações de risco obstétrico e neonatal, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Acolhimento, utilização de protocolos de boas práticas obstétricas e neonatais, identificação oportuna das situações de risco obstétrico e perinatal, garantia de exames, medicamentos (sulfato de magnésio, por exemplo), sangue, hemoderivados e insumos para o cuidado em saúde, leitos (incluindo cirúrgicos), implementação de linha de cuidado materno-infantil e enfrentamento das vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Determinantes associados à atenção ao neonato

Barreiras de acesso para assistência, indisponibilidade de medicamentos, insumos, exames e leitos para cuidados intermediários e de terapia intensiva, dificuldades no manejo das situações de risco neonatal, profissionais insuficientes e/ou despreparados para o cuidado

Utilização de protocolos de boas práticas neonatais desde a sala de parto, identificação oportuna das situações de risco perinatal, garantia de exames (incluindo triagem neonatal), medicamentos (surfactante, por exemplo), sangue, hemoderivados e insumos para o cuidado em saúde, banco de leite humano, leitos (incluindo cirúrgicos), implementação de linha de cuidado materno-infantil e enfrentamento das vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Determinantes associados ao planejamento reprodutivo

Linha de Cuidado em Saúde

Causas externas

Identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao Instituto Médica Legal (IML)

Vulnerabilidades individuais e sociais

Baixa escolaridade materna, desemprego, condição de pobreza ou pobreza extrema, exclusão social de mães e/ou mulheres em situação de rua ou privadas de liberdade, violência doméstica e sexual, uso abusivo de substâncias, desigualdades relacionadas ao gênero, raça e etnia e deficiências

Vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Falhas na gestão do cuidado (monitoramento do seguimento dos protocolos e dos indicadores de processo e resultado), cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, regulação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (incluindo cirurgias eletivas e de urgência) e leitos de internação ou de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde da criança, banco de leite, recursos humanos e equipes incompletas, entre outras

Fonte: adaptado de Bitencourt, *et al.*, 2013.

QUADRO 3

Determinantes mais comuns e frequentes que estão associados aos óbitos infantis pós-neonatais, segundo a linha de cuidado em saúde

Determinantes/Nível de Atenção à Saúde

Atenção básica à saúde da criança

Barreiras de acesso na assistência, no acolhimento, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na imunização, no atendimento em situações agudas, exames e medicamentos, e situações de vulnerabilidade

Linha de Cuidado em Saúde

Acolhimento, utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado, matriciamento dos casos de vulnerabilidade individual e social, e atuação intersetorial, além do aprimoramento da gestão do cuidado

Determinantes/ Nível de Atenção à Saúde

Linha de Cuidado em Saúde

Atenção hospitalar e de urgência e emergência em saúde da criança

Barreiras de acesso ao atendimento não programático na atenção básica, serviços de urgência e emergência, falhas no acolhimento e na classificação de risco, indisponibilidade de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos e insumos para o cuidado, e profissionais insuficientes e/ou despreparados para o Cuidado

Acolhimento e classificação de risco adequada e oportuna, utilização de protocolos de boas práticas em saúde da criança baseados em evidências, garantia de exames, medicamentos, sangue, hemoderivados e insumos para o cuidado em saúde, banco de leite humano, leitos (incluindo cirúrgicos), implementação de linha de cuidado materno-infantil e enfrentamento das vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Causas externas

Identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao Instituto Médica Legal (IML)

Vulnerabilidades individuais e sociais

Baixa escolaridade materna, desemprego, condição de pobreza ou pobreza extrema, exclusão social de mães e/ou mulheres em situação de rua ou privadas de liberdade, violência doméstica e sexual, uso abusivo de substâncias, desigualdades relacionadas ao gênero, raça e etnia e deficiências

Vulnerabilidades programáticas do sistema de saúde

Falhas na gestão do cuidado (monitoramento do seguimento dos protocolos e dos indicadores de processo e resultado), cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, regulação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (incluindo cirurgias eletivas e de urgência) e leitos de internação ou de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde da criança, banco de leite, recursos humanos e equipes incompletas, entre outras

Fonte: adaptado de Bitencourt, *et al.*, 2013.

Neste sentido, propõe-se um diálogo estreito e articulado com as instâncias que realizam a vigilância dos óbitos maternos e infantis, para que as propostas a serem contempladas no Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal sejam efetivas em relação à reversão dos indicadores mais desfavoráveis e socialmente injustos no campo da saúde sexual, reprodutiva, materna e infantil.

Faz-se necessária, portanto, uma análise aprimorada dos fatores de evitabilidade dos óbitos maternos, infantis e fetais que atualmente é referendada por alguns modelos conceituais distintos para a saúde materna e para a saúde infantil.

A utilização destes referenciais pode resultar em maior dinamicidade e efetividade dos processos de trabalho das equipes que atuarão no enfrentamento da mortalidade materna e infantil, por causas evitáveis, em resposta aos problemas e fragilidades identificados na etapa diagnóstica da saúde materno-infantil.

Desta forma, em se tratando da análise da evitabilidade dos óbitos maternos, o *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno* (Brasil, 2009b), por exemplo, recomenda a avaliação de barreiras de acesso, restrições nos atendimentos e falhas assistenciais, segundo fatores:

- Culturais e religiosos: que influenciaram direta ou indiretamente no acesso à informação por parte das mulheres e famílias, no reconhecimento do problema e tomada de decisão oportuna para buscar cuidado, incluindo a recusa de atendimento;
- Profissionais: em número insuficiente ou despreparados e desatualizados para o cuidado à saúde materna, perinatal e infantil, segundo os protocolos de boas práticas baseadas em evidências científicas;
- Institucionais: relacionados às deficiências nos processos de gestão do sistema e de gestão do cuidado em saúde;
- Sociais: considerando-se neste critério inúmeros fatores de caráter sociodemográfico, econômico, ambiental e político, que resultam em maior vulnerabilização individual, social e programática das famílias em situação de exclusão social;
- Intersetoriais: problemas de infraestrutura urbana, como transporte, programas de habitação popular, saneamento básico, segurança pública e, em especial, programas sociais de apoio e proteção das mulheres e crianças em situação de vulnerabilidade social.

No entanto, estes fatores propostos na matriz do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2009b) podem ser agregados ao *Modelo das Três Demoras* (Thaddeus & Maine, 1994), que tem sido bastante utilizado no Brasil e outros países para a proposição de melhorias à saúde materna, partindo-se do pressuposto de que muitas mortes maternas podem ser evitadas, se as mulheres obtiverem cuidados obstétricos de emergência, no momento oportuno e no local de referência adequado (Pacagnella, 2011).

Trata-se de um modelo de fácil aplicabilidade, que permite a identificação mais precisa das causas relacionadas à ocorrência dos óbitos maternos, segundo a demora pela procura por cuidado de saúde por parte da família ou paciente; demora no acesso ao serviço de saúde de referência em decorrência de problemas relacionados às pacientes, familiares e ao próprio sistema de saúde e, por fim, a demora em receber a assistência adequada, associada às falhas nos serviços de saúde (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2023)) (Quadro 4).

QUADRO 4

A influência das *Três Demoras* (Thaddeus & Maine, 1994) na obtenção do cuidado obstétrico oportuno

FASE 1: demora na decisão de procurar cuidado de saúde (família/paciente)

Demora na identificação da condição

Demora na tomada de decisão para buscar o cuidado

Recusa do cuidado ou tratamento oferecido

Conhecimento insuficiente acerca dos sinais de risco e sua gravidade. Baixa escolaridade, barreiras socioculturais e/ou religiosas, que afetam a decisão de procurar cuidados e utilização de serviços de saúde

FASE 2: demora no acesso ou obtenção de um serviço de saúde adequado para o cuidado

Ausência ou inadequação dos serviços de saúde

Dificuldade com transporte

Barreiras geográficas

Indisponibilidade ou baixa cobertura de serviços de saúde. Dificuldade de acesso aos serviços por problemas de infraestrutura urbana para o transporte, e do próprio sistema de saúde, incluindo custos gerais e falhas de comunicação (sistema de referência e contrarreferência)

FASE 3: demora em receber assistência adequada no serviço de referência

Demora na realização do diagnóstico

Falhas na regulação do sistema de saúde

Equipes insuficientes e despreparadas para o cuidado

Demora na transferência do caso

Demora para o instituir tratamento adequado

Falhas na gestão do cuidado e dos serviços de saúde

Atrasos na identificação dos riscos maternos, neonatais e infantis, na prestação de cuidados oportunos em conformidade com os protocolos assistenciais e de humanização do cuidado, incluindo problemas de infraestrutura dos sistemas de saúde (medicamentos, insumos, exames etc.)

Fonte: adaptado de Thaddeus & Maine, 1994; Pacagnella, 2011; Governo do Estado do Ceará, 2022.

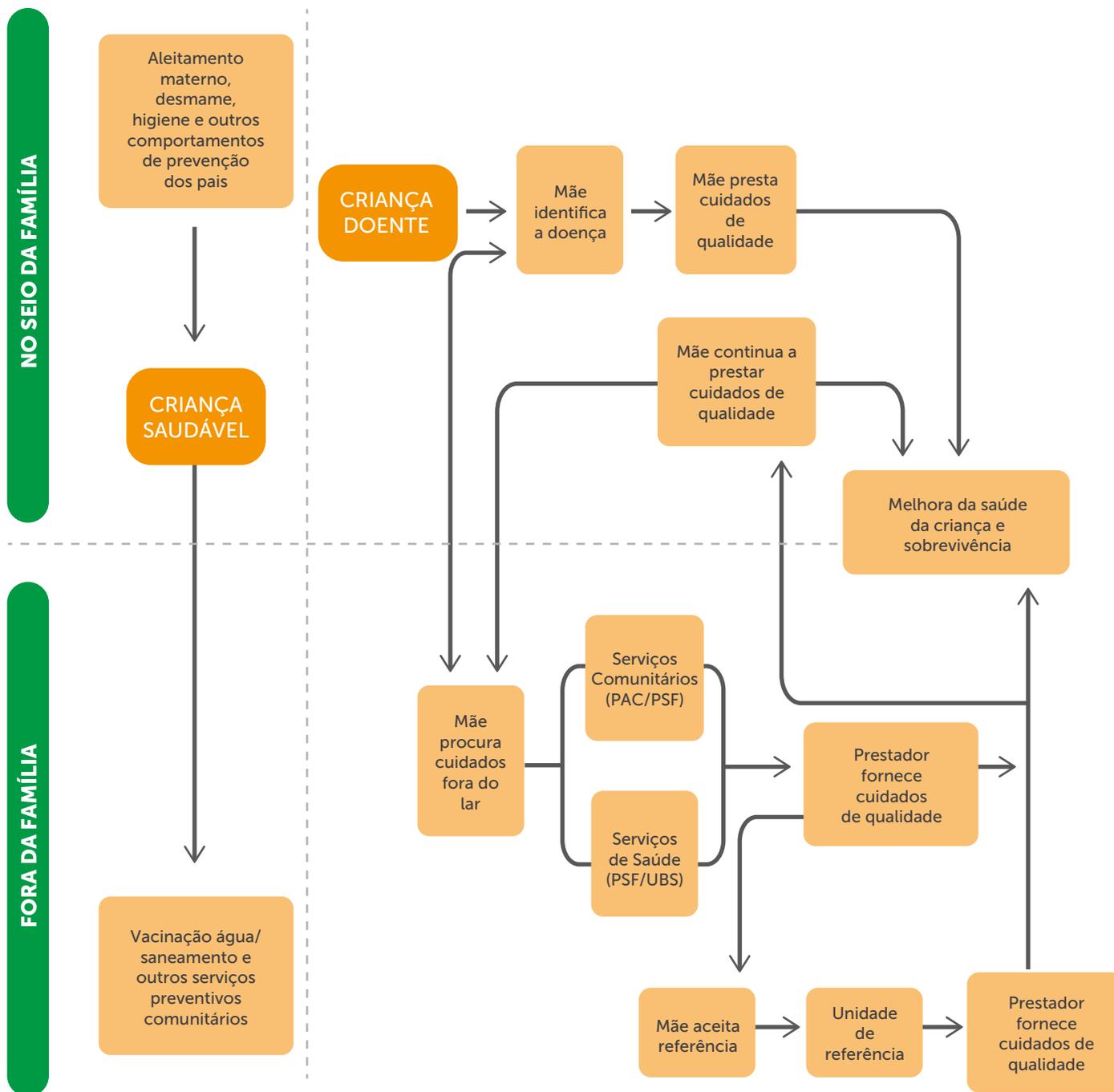
Verifica-se ainda que, embora o Modelo das Três Demoras seja aplicável à saúde materna, entende-se que este referencial de análise também pode ser utilizado de forma complementar, para a análise dos óbitos neonatais e fetais.

No entanto, cabe destacar que, em se tratando da mortalidade infantil, o presente guia propõe que as equipes técnicas envolvidas com a elaboração do Plano e/ou com a vigilância dos óbitos propriamente ditos, ampliem suas perspectivas de análise para o cuidado contínuo de recém-nascidos e crianças entre a rede de assistência à saúde, a família e a escola ou creche.

Entende-se que a prevenção e o enfrentamento da mortalidade infantil, em linhas gerais, requerem o cuidado responsável, compartilhado e continuado entre todas as instâncias que diretamente zelam pela segurança, proteção e a vida das crianças.

Neste sentido, sugere-se o modelo conceitual Caminho da Sobrevivência Infantil, proposto por Murray (1997), para análise e medidas de evitabilidade dos óbitos infantis. Trata-se de uma metodologia com ênfase no comportamento materno-infantil, que se fundamenta em estratégias para provocar mudanças nas atitudes das famílias, pais e cuidadores das crianças, com o apoio matricial dos diversos interlocutores sociais envolvidos no cuidado e proteção à infância, conforme segue sistematizado na figura 9.

Caminhos da sobrevivência infantil



Fonte: Murray, 1997; Bittencourt, et al., 2013.

Para o autor, devem ser priorizados os seguintes pontos-chave no cuidado às crianças:

- Prevenção da doença nas crianças saudáveis: aleitamento materno, alimentação adequada e/ou suplementar, cuidados básicos de higiene, imunização e prevenção da gravidez precoce;
- Reconhecimento da doença nas crianças: pais e cuidadores informados e capazes de reconhecer quando a criança está doente e precisa de cuidados à saúde;
- Procura de assistência em saúde em unidade sanitária apropriada quando a criança estiver doente: pais, cuidadores ou educadores devem procurar a unidade de saúde de referência que conta com equipe de saúde qualificada e recursos necessários ao atendimento, incluindo-se as orientações adequadas para o cuidado domiciliar;
- Prestação de cuidados de qualidade, dentro do lar, às crianças doentes: pais, cuidadores e educadores devem ser capazes de cuidar da criança no período de convalescença e após a sua recuperação, garantindo a administração de medicamentos prescritos, condições de alimentação, higiene e proteção infantil.

Ressalta-se que este referencial de análise não exclui a utilização dos métodos de análise da evitabilidade, que integram a sistematização da investigação dos óbitos infantis, pelas equipes técnicas dos comitês de mortalidade materna, infantil e fetal, tais como: a classificação adotada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), a lista de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do SUS e a classificação de Wigglesworth expandida (Brasil, 2009a).

Portanto, acredita-se que a elaboração de um plano de redução dos óbitos maternos e infantis fundamentado nestes referenciais pode resultar em medidas mais efetivas e focalizadas na qualificação da atenção à saúde materno-infantil dos municípios e regiões de abrangência.

7.3. Passo 5: matriz para elaboração e monitoramento do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

7.3.1. Organização da matriz

Esta última etapa de elaboração do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é representada pela sistematização das estratégias de enfrentamento dos óbitos com o intuito de servir como base para a implementação e o monitoramento das ações propostas.

Sugere-se a adoção de uma matriz de planejamento a ser utilizada em meio físico ou digital, que contemple os seguintes critérios:

- Áreas estratégicas de intervenção;
- Melhorias no acesso e na qualidade da linha de cuidado de atenção à saúde materno-infantil;
- Cuidado e proteção materna e infantil sob a perspectiva do fortalecimento da rede intersetorial;
- Qualificação dos processos de gestão do cuidado, da vigilância e da educação permanente em saúde.

Caberá a cada município ou regional a definição das áreas estratégicas de intervenção, de acordo com os principais problemas e fragilidades identificados pelo diagnóstico da saúde materno-infantil. No entanto, o cenário epidemiológico e sanitário nacional antecipa a necessidade de intervenções sobre: 1) o planejamento reprodutivo (com vistas à prevenção da gravidez não intencional, da gravidez precoce e do abortamento inseguro); 2) a atenção ao pré-natal, parto e puerpério; 3) a atenção neonatal; e 4) a atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida.

Por outro lado, a perspectiva da linha de cuidado permite a alocação de recursos e propostas nos respectivos níveis de atenção à saúde (atenção básica, atenção especializada de média

e de alta complexidade), de maneira a facilitar os processos de implementação de ações, gestão e avaliação do Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

Contudo, é de consenso que o enfrentamento da mortalidade materna e infantil pressupõe intervenções mais amplas sobre as vulnerabilidades das mulheres, crianças e famílias e, neste sentido, o trabalho da rede intersetorial deve ser fortalecido, sob a perspectiva de atuação cooperativa, participativa e integrada dos diversos atores sociais sobre a realidade local.

Por fim, a matriz de planejamento deve incluir ações que integrem a qualificação dos processos de gestão da saúde em nível local, regional e estadual, que contemplem as áreas transversais de gestão como administração e finanças, regulação, vigilância em saúde e educação permanente, entre outras.

Neste sentido, é recomendável que a matriz do Plano inclua elementos essenciais a serem especificados, conforme proposto no Anexo II deste guia:

- **Área Estratégica:** rol de áreas estratégicas a ser definido;
- **Nível de Atenção:** atenção básica, atenção de média ou de alta complexidade;
- **Ação Proposta:** rol de ações propostas a ser definido. Na matriz sugerida, constam quatro ações por área estratégica apenas para fins demonstrativos, podendo-se acrescentar ou suprimir ações conforme a necessidade. No entanto, recomenda-se a atribuição de identificação numérica específica para cada ação proposta, com adoção de sequenciamento geral, de forma que cada nível de atenção seja identificado pelo rol de ações sob sua responsabilidade. Também é recomendável a utilização do sistema visual de cores distintas em cada área estratégica ou nível de atenção, para facilitar a sistematização e o monitoramento das ações;
- **Indicador:** principal indicador para avaliação do impacto da ação, conforme lista de indicadores sugeridos no item 2.2 deste guia. Caso a ação proposta não seja mensurável, recomenda-se utilizar o termo “não se aplica”;
- **Intersetorialidade:** setores governamentais, organizações não governamentais (ONGs), instituições, órgãos autônomos;

- **Recursos Estratégicos:** físicos (infraestrutura, reforma, ampliação), materiais de consumo, equipamentos, humanos (contratações, transferências, promoções, capacitações) ou políticos (negociações, interlocuções e pactuações intragovernamentais, intergovernamentais, conselhos e demais setores da sociedade civil);
- **Responsável:** área, cargo ou pessoa;
- **Prazo:** especificar preferencialmente as datas previstas para a implementação das ações ou estabelecer ações de curto (de 3 a 12 meses), médio (de 12 a 24 meses) ou longo prazo (acima de 24 meses).

Informações complementares

Linhas de Ação e Atividades Potenciais Passíveis de Financiamento pelo Plano - Roteiro e Diretrizes para Elaboração do Plano Municipal para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Proesf/Pacto, disponível em https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/roteiro_e_diretrizes_para_elaboracao_do_plano_municipal_para_a_reducao_da_mortalidade_materna_e_neonatal_.pdf.

7.3.2. Ações sugeridas para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Planejamento reprodutivo	Atenção básica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ofertar grupos de planejamento familiar mensais em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) 2. Garantir que adolescentes, mulheres, homens e população LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binarie) conheçam e exerçam seus direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na proteção da saúde 3. Ofertar teste rápido de gravidez na Unidade Básica de Saúde (UBS) por livre demanda 4. Realizar aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva imediato, quando o resultado do teste de gravidez for negativo, com ênfase na prevenção da gravidez não desejada, vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), sífilis, hepatites e outras IST 5. Ampliar o número de inserções de dispositivo intrauterino (DIU) na rede básica 6. Ampliar a oferta de preservativos masculinos e femininos nas ações da Unidade Básica de Saúde (UBS) 7. Ampliar ações de promoção dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na prevenção da gravidez não desejada, vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), sífilis e hepatites no âmbito escolar, considerando-se a diversidade de gênero e sexualidade 8. Incentivar a captação e inclusão de adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade (em situação de rua, em situação de violência, em uso abusivo de álcool e drogas, profissionais do sexo, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binarie) - e em regime de cumprimento de pena)

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Planejamento Reprodutivo	Atenção básica	9. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de planejamento reprodutivo propostas
	Média complexidade	10. Ampliar o número de inserções de dispositivo intrauterino (DIU) pós-parto e pós-abortamento nas maternidades de referência 11. Zerar a fila de espera para cirurgias de laqueadura e vasectomia 12. Ampliar oferta de ultrassonografia (USG) para controle da inserção de dispositivo intrauterino (DIU) 13. Garantir que adolescentes, mulheres, homens e população LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binária) conheçam e exerçam seus direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na proteção da saúde 14. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de planejamento reprodutivo propostas
	Alta complexidade	15. Não se aplica
Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	Atenção básica	16. Incentivar a captação e inserção precoce (até 12 semanas) das gestantes no pré-natal 17. Ampliar o número de consultas de pré-natal (sete ou mais consultas por gestante) 18. Realizar busca ativa de gestantes faltosas no pré-natal e puerpério 19. Realizar os exames básicos previstos no protocolo do pré-natal 20. Ampliar oferta do Teste Rápido (TR) para vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis e hepatites para gestantes e parceiros 21. Instituir tratamento precoce e completo da gestante e parceiro para vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
<p>Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério</p>	<p>Atenção básica</p>	<ul style="list-style-type: none"> 22. Garantir oferta de ácido fólico e sulfato ferroso no pré-natal, conforme protocolo institucional 23. Incentivar a realização do pré-natal do parceiro 24. Realizar avaliação do risco gestacional em cada consulta pré-natal 25. Implantar o escore de alerta obstétrico nas unidades de saúde 26. Instituir a profilaxia da pré-eclâmpsia em tempo oportuno, conforme protocolos clínicos atualizados, validados pela prática baseada em evidências e/ou referendados pelo Ministério da Saúde (MS) 27. Instituir o diagnóstico e tratamento oportuno das síndromes hipertensivas na gestação 28. Inserir gestantes de alto risco em acompanhamento compartilhado com o pré-natal de alto risco (PNAR) e/ou referência de infectologia (gestantes soropositivas para vírus da imunodeficiência humana (HIV)) e/ou acompanhamento psicossocial e/ou ambulatoriais de especialidades 29. Manter protocolos de atendimento pré-natal de risco habitual e alto-risco atualizados, segundo práticas baseadas em evidências e diretrizes do Ministério da Saúde (MS) 30. Incentivar a atualização dos cadastros e fichas de registro de atendimentos com o preenchimento do quesito "cor" autodeclarado, identificação social e outras informações pertinentes aos grupos sociais vulneráveis 31. Estabelecer o fluxo de medicina fetal das regiões de saúde 32. Garantir a oferta de ações educativas para gestantes durante o pré-natal 33. Garantir avaliação e assistência odontológica para todas as gestantes 34. Garantir a cobertura vacinal de vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (DTpa) em gestantes

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
<p>Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério</p>	<p>Atenção básica</p>	<p>35. Garantir a realização da consulta puerperal na primeira semana pós-parto e demais consultas de seguimento em ginecologia e aconselhamento reprodutivo</p> <p>36. Estabelecer fluxos de cuidado em rede intersetorial e apoio matricial para gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade (adolescentes, em situação de rua, em situação de violência, em uso abusivo de álcool e drogas, profissionais do sexo, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ (lésbicas; gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binária) - e em regime de cumprimento de pena)</p> <p>37. Incentivar a adoção do plano de parto como estratégia de promoção da autonomia e do autocuidado por parte das gestantes</p> <p>38. Providenciar inclusão de gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade social no Programa Bolsa Família (PBF), em apoio matricial com a assistência social</p> <p>39. Assegurar assistência em segurança alimentar para as gestantes e puérperas</p> <p>40. Apoiar a erradicação da evasão escolar das mães adolescentes em apoio matricial com as áreas de educação e assistência social</p> <p>41. Assegurar o direito de as gestantes conhecerem e visitarem previamente a maternidade de referência (vinculação)</p> <p>42. Garantir que as gestantes e puérperas conheçam e exerçam direitos previstos em lei (acompanhante no parto, planejamento familiar e interrupção voluntária da gravidez resultante de estupro, entre outros)</p> <p>43. Garantir vigilância dos óbitos maternos</p> <p>44. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de melhorias na atenção ao pré-natal, parto e puerpério propostas</p>

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
<p>Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério</p>	<p>Média complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> 45. Implantar escore de alerta obstétrico nas maternidades de referência 46. Implantar protocolo e ações da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto nas maternidades de referência 47. Disponibilizar abordagem de resgate e manejo das pacientes com crise hipertensiva e risco de eclâmpsia nas unidades de referência, conforme protocolos clínicos atualizados, validados pela prática baseada em evidências e/ou referendados pelo Ministério da Saúde (MS) 48. Aprimorar o sistema de regulação em saúde materna 49. Ampliar o número de partos sem distocia (parto difícil) realizados por enfermeiros obstetras e obstetras nas maternidades de referência 50. Implantar e habilitar centros de parto normal 51. Incentivar a utilização do plano de parto como estratégia de promoção da autonomia e autocuidado por parte das gestantes 52. Implementar a alta responsável na maternidade de referência 53. Garantir o sistema de porta aberta para o atendimento de gestantes e puérperas na maternidade de referência, com acolhimento e classificação de risco 54. Estabelecer fluxo de atendimento de urgência e emergências obstétricas na rede de atenção à saúde 55. Estabelecer fluxos de remoção e transporte seguro para o cuidado em saúde 56. Assegurar o direito de as gestantes conhecerem e visitarem previamente a maternidade de referência (vinculação) 57. Garantir que as gestantes e puérperas conheçam e exerçam direitos previstos em lei (acompanhante no parto, planejamento familiar e interrupção voluntária da gravidez resultante de estupro, entre outros)

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	Média complexidade	<p>58. Implementar serviço de violência sexual com atendimento 24h</p> <p>59. Garantir referência para serviço de aborto legal nas regiões</p> <p>60. Disponibilizar <i>kit</i> de aspiração manual intrauterina (Amiu) na maternidade de referência</p> <p>61. Assegurar disponibilidade de agência transfusional na maternidade de referência</p> <p>62. Garantir fluxo de investigação do óbito materno</p> <p>63. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de melhorias na atenção ao pré-natal, parto e puerpério propostas</p>
	Alta complexidade	<p>64. Garantir oferta de leitos de terapia intensiva para os casos de complicações obstétricas</p>
Atenção Neonatal	Atenção básica	<p>65. Incentivar a realização das ações do quinto dia de vida do recém-nascido</p> <p>66. Incentivar adesão ao aleitamento materno</p> <p>67. Providenciar exames da triagem neonatal não realizados na maternidade</p> <p>68. Garantir a cobertura vacinal contra tuberculose e primeira dose da vacina contra a hepatite B</p> <p>69. Identificar recém-nascidos em situação de risco e vulnerabilidade (estabelecer fluxos de seguimento dos recém-nascidos de risco e vulnerabilidades: prematuridade, baixo peso ao nascer, abandono e/ou adoção, mães adolescentes, indígenas, quilombolas, moradoras de rua, em situação de violência e/ou em uso abusivo de substâncias, em regime de cumprimento de pena)</p> <p>70. Garantir o fluxo de alta responsável</p> <p>71. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de melhorias na atenção neonatal propostas</p>

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Atenção Neonatal	Média complexidade	<p>72. Aprimorar sistema de regulação neonatológica</p> <p>73. Garantir referência de Banco de Leite Humano (BLH) e a captação de leite materno de mães doadoras</p> <p>74. Incentivar a adesão da maternidade de referência à Iniciativa Hospital Amigo da Criança</p> <p>75. Garantir a realização dos exames da triagem neonatal: auditiva ("Teste da Orelhinha"), oximetria de pulso ("Teste do Coraçãozinho"), biológica ("Teste do Pezinho"), frênulo lingual ("Teste da Linguinha") e exame do reflexo vermelho ("Teste do Olhinho")</p> <p>76. Implementar o Programa Mãe Canguru nas maternidades de referência</p> <p>77. Garantir o seguimento dos recém-nascidos com exames de triagem neonatal alterados</p> <p>78. Garantir a cobertura vacinal dos recém-nascidos contra tuberculose e hepatite B antes da alta hospitalar da maternidade</p> <p>79. Implementar a alta responsável na maternidade de referência</p> <p>80. Estabelecer fluxo de atendimento de urgência e emergências neonatais na rede de atenção à saúde</p> <p>81. Assegurar cuidado aos recém-nascidos de comunidades indígenas e quilombolas em suas diversidades étnicas e culturais, em conformidade com os programas específicos para estes grupos sociais</p> <p>82. Estabelecer fluxos de remoção e transporte seguro para o cuidado em saúde do recém-nascido de risco</p> <p>83. Assegurar fluxos de seguimento dos recém-nascidos com suspeita de síndrome congênita relacionada a sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes + Zika vírus (Storch+Z), expostas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou hepatites virais</p> <p>84. Implementar o Programa Mãe Canguru na maternidade de referência, com seguimento domiciliar do programa</p>

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Atenção Neonatal	Média complexidade	<p>85. Garantir oferta de abordagens validadas para neuroproteção neonatal</p> <p>86. Estabelecer fluxos de seguimento dos recém-nascidos de risco e vulnerabilizados (prematuridade, baixo peso ao nascer, abandono e/ou adoção, mães adolescentes, indígenas, quilombolas, moradoras de rua, em situação de violência e/ou em uso abusivo de substâncias, em regime de cumprimento de pena)</p> <p>87. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de melhorias na atenção neonatal propostas</p>
	Alta complexidade	<p>88. Garantir oferta de leitos de terapia intensiva neonatal</p> <p>89. Garantir a disponibilidade de protocolos de monitorização cerebral do recém-nascido prematuro e/ou de risco</p> <p>90. Garantir referências cirúrgicas neonatais nas regiões</p>
Saúde da criança no primeiro ano de vida	Atenção básica	<p>91. Assegurar assistência em segurança alimentar para as crianças menores de 1 ano de idade</p> <p>92. Garantir a suplementação profilática de vitamina A nos municípios aderidos ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A</p> <p>93. Garantir a oferta de suplementação profilática de sulfato ferroso para crianças de 6 a 24 meses de idade</p> <p>94. Realizar busca ativa mensal de crianças faltosas em consultas de puericultura</p> <p>95. Realizar estratificação de risco infantil em todas as consultas de puericultura</p> <p>96. Garantir atenção às doenças prevalentes na infância, segundo práticas baseadas em evidências e diretrizes do Ministério da Saúde (MS)</p> <p>97. Realizar busca ativa mensal de crianças com vacinas em atraso</p>

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Saúde da criança no primeiro ano de vida	Atenção básica	<p>98. Garantir a oferta de ações educativas para mães e cuidadores</p> <p>99. Garantir avaliação e assistência odontológica para todas as crianças menores de 1 ano de idade</p> <p>100. Estabelecer fluxos de cuidado em rede intersetorial e apoio matricial para crianças em situação de vulnerabilidade (adolescentes, em situação de rua, em situação de violência, em uso abusivo de álcool e drogas, profissionais do sexo, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais, não-binária) - e em regime de cumprimento de pena)</p> <p>101. Providenciar inclusão das famílias com crianças em situação de vulnerabilidade social no Programa Bolsa Família (PBF), em apoio matricial com a assistência social</p> <p>102. Garantir vigilância dos óbitos infantis</p> <p>103. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de melhorias propostas para a atenção a criança no primeiro ano de vida</p>
	Média complexidade	<p>104. Aprimorar sistema de regulação em saúde da criança</p> <p>105. Estabelecer fluxos de atenção às urgências e emergências infantis</p> <p>106. Estabelecer fluxos de remoção e transporte pediátrico seguro</p> <p>107. Garantir o fluxo de vigilância do óbito infantil</p> <p>108. Assegurar fluxos de seguimento ambulatorial especializado das crianças com suspeita de síndrome congênita relacionada a sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes + Zika vírus (Storch+Z), expostas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou hepatites virais</p> <p>109. Garantir o seguimento ambulatorial especializado das crianças com exames de triagem neonatal alterados</p>

Área Estratégica	Nível de Atenção	Ação proposta
Saúde da criança no primeiro ano de vida	Atenção básica	<p>110. Viabilizar o monitoramento especializado do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de risco</p> <p>111. Assegurar cuidado intra-hospitalar às crianças de comunidades indígenas e quilombolas em suas diversidades étnicas e culturais, em conformidade com os programas específicos para estes grupos sociais</p> <p>112. Estabelecer fluxos de seguimento pós-alta das crianças em situação de risco e vulnerabilizadas (prematuidade, baixo peso ao nascer, abandono e/ou adoção, mães adolescentes, indígenas, quilombolas, moradoras de rua, em situação de violência e/ou em uso abusivo de substâncias, em regime de cumprimento de pena).</p> <p>113. Viabilizar capacitações das equipes para a efetivação das ações de melhorias propostas para a atenção a criança no primeiro ano de vida</p>
	Alta complexidade	<p>114. Garantir oferta de leitos de terapia intensiva infantil</p> <p>115. Garantir referências regionais para oncopediatria</p> <p>116. Garantir referências regionais para politrauma, neurotrauma e grandes queimados</p>

Referências bibliográficas

Almeida WS. *Estimação da mortalidade infantil nos municípios brasileiros* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2016. 181 pp.

Ayres JR de CM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids*. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1999. pp. 49-72.

Bittencourt SD de A, Dias MAB, Wakimoto MD. *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EaD/ENSP; 2013. 268 pp.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. 1990 Set 20; 182 (seção I):18.055-59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 56 pp.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências*. Diário Oficial da União. 2004a Jun 17; Seção I:56.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 12 pp. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2004/marco/2-a-pacto-reducao-mortalidade.pdf/view>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 6 de junho de 2008. *Regulamenta a vigilância de óbitos maternos*. Diário Oficial da União. 2008a Jun 06; Seção I: 48-50.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Manual para investigação do óbito com causa mal definida* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b. 56 pp. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 96 pp. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 84 pp. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. *Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2010a. 143 (Seção 1): 56.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 108 pp. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 47 pp. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-investigacao-obito-infantil-fetal.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. 47 pp. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/>

[daent/cgiae/vigilancia-do-obito/documentacao/manual-preenchimento-fichas-investigacao-obito-materno.pdf](#). Acesso em 11 de abril de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis: vigilância do óbito* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/apresentacao/>. Acesso em 23 de março de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico* [internet]. 2021. 52(37:4). Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em 23 de março de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). *Óbitos infantis de mães residentes, segundo capítulo da CID-10 e regiões do Brasil em 2020* [internet]. Brasília, Ministério da Saúde. 2023. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>. Acesso em 16 de abril de 2023.

Dias BAS, Neto ET dos S, Andrade MAC. *Classificações de evitabilidade dos óbitos infantis: diferentes métodos, diferentes repercussões?* Cad. Saúde Pública [internet]. 2017. 33(5):e00125916. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125916>. Acesso em 23 de março de 2023.

Estratégia ODS. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) [internet]. 2023. Disponível em <https://www.estrategiaods.org.br/conheca-os-ods/>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Frias PG de, Szwarcwald CL, Lira PIC de. *Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2011; 11 (4): 463-470.

Fundação Oswaldo Cruz. *Roteiro e Diretrizes para Elaboração do Plano Municipal para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Proesf/Pacto* [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; c2004. Disponível em https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/roteiro_e_diretrizes_para_elaboracao_do_plano_municipal_para_a_reducao_da_mortalidade_materna_e_neonatal_.pdf. Acesso em 11 de abril de 2023.

Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. *Manual técnico para atuação dos comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal* [internet]. Fortaleza: SEPOS; 2022. 26 pp. Disponível em https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/09/Manual_Tecnico_comites_0922.pdf. Acesso em 23 de março de 2023.

Guará, IMFR. *Redes de proteção social* [internet]. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA-Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente; 2010. 96 pp. Disponível em <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Caderno ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O que mostra o retrato do Brasil?* [internet]. Brasília: IPEA; 2019. 46 pp. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetivo_3_Asegurar%20uma%20vida%20saudável%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf. Acesso em 23 de março de 2023.

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020* [internet]. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; c2023. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Laurenti, R, Mello-Jorge, MHP, Gotlieb, SLD. *A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste*. Rev. bras. Epidemiol. 2004; 7(4): 449-460.

Lima AMP de, Santos HPG dos, Luz LA da, Flores-Quispe M del P, Martufi V, Anjos EF dos, et al. *Evolution of policies related to child care within the scope of primary health care (PHC) in Brazil* [internet]. SciELO Preprints. 2022. 35 pp. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4524/8730>. Acesso em 23 de março de 2023.

Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias, MAS, Moraes Neto OL, Moura L et al. *Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2007;16(4):233-244.

Malta, DC e col. *Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010; 19(2):173-176.

Marinho C da S R, Flor TBM, Pinheiro JMF, Ferreira M F. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças*. Cad. Saúde Pública [internet]. 2020. 36(10):e00191219. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219>. Acesso em 23 de março de 2023.

Matijasevich A, Cortez-Escalante JJ, Rabello Neto D, Fernandes RM, Victora CG. *Método para estimação de indicadores de mortalidade infantil e baixo peso ao nascer para municípios do Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde [internet]. 2012 . 25(3):637-646. Disponível em <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300020>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. *Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2007; Mar;12(2):319–24. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Murray J. et al. *Ênfase comportamental na saúde materno-infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades: relatório técnico* [internet] Arlington: BaSICS; 1997. 14p. Disponível em http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNaCm891.pdf. Acesso em 17 de abril de 2023.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)*. 4. ed. v.2. São Paulo: Edusp; 1998. p. 143.

Organização Panamericana da Saúde (Opas). *Saúde Materna* [internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em 23 de março de 2023.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Indicadores de saúde*. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em 23 de março de 2023.

Ortiz LP. *Agrupamento das causas evitáveis de morte dos menores de um ano segundo critério de evitabilidade das doenças*. São Paulo: Fundação SEADE, 2000. Mimeografado.

Pacagnella, RC. *Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2011. 117 pp.

Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* [internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 pp. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. *Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal*. ReTEP [internet]. 2019 ; 11(1):3-9. Disponível em <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-análise-temporal-final.pdf>. Acesso em 22 de março de 2023.

Ruoff AB, Andrade SR, Schmitt MD. *Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa*. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(1):e67342.

Silva AB dos S, Araújo AC de M, Frias PG de, Vilela MBR, Bonfim CV do. *Avoidable deaths in the first 24 hours of life: health care reflexes*. Rev Bras Enferm [internet]. 2022; 75(1): e20220027. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0027>. Acesso em 17 de abril de 2023.

Soncin E, Santos MD, Menezes EBC, Vieira SM, França KL, Gaia PMC, et al. *Linha de Cuidado Integral sobre Saúde Materno Infantil*. Rev. Tec. Cient. CEJAM [internet]. 2023 ; 2:e202320015. Disponível em <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320015/16>. Acesso em 11 de abril de 2023.

Souza JP. *Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil*. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(12):533-5.

Thaddeus S, Maine D. *Too far to walk: maternal mortality in context*. Soc Sci Med. [internet]. 1994;38(8):1091-110. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>. doi:10.1016/0277-9536(94)90226-7. PMID: 8042057.

UNAIDS. *Novo relatório da ONU avalia implementação mundial dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)* [internet]. Brasília: UNAIDS Brasil; c2015. Disponível em <https://unaid.org.br/2015/07/novo-relatorio-da-onu-avalia-implementacao-mundial-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-odm/>. Acesso em 23 de março de 2023.

World Health Organization. *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, Unicef, UNFPA, World Bank Group and Undesa/Population Division* [internet]. Geneva: World Health Organization. c2023. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em 23 de março de 2023.

Anexos

Anexo I - Arcabouço legal e jurídico para o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal

Ano	Documento	Disposições
1948	Declaração Universal de Direitos Humanos	Direito a vida, liberdade e segurança. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais
1959	Declaração Universal dos Direitos das Crianças - Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)	Proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social, assistência médica adequadas para a criança e a mãe
1975	Programa Nacional de Imunizações (PNI)	Criado oficialmente em 1975, vem sendo reformulado e ampliado desde então
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw)	Tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)	Ampliou a atenção à saúde das mulheres, incluindo as necessidades de saúde para além da concepção, até então com hegemônica atenção ao pré-natal e ao parto
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc)	Propôs ações estratégicas para a atenção à saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, redução das doenças diarreicas e respiratórias, aumento da cobertura vacinal e diminuição do desmame precoce
1988	Constituição Federal	Conhecida como Constituição Cidadã, foi concebida em pleno processo de redemocratização do país

Ano	Documento	Disposições
1989 1990	Convenção sobre os Direitos da Criança – Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) Decreto Federal nº 99.710/1990	Convenção internacional que dispõe amplamente sobre os direitos das crianças
1990	Lei Federal nº 8.080	Regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)
1990	Lei Federal nº 8.142	Regulamenta o Controle Social e a transferência intergovernamental de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS)
1990	Lei Federal nº 8.069	Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
1993	Conferência de Direitos Humanos de Viena (Áustria)	Ratifica o compromisso de todos os Estados membros das Nações Unidas com o respeito e a ampla proteção de todos os Direitos Humanos
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher	Reconhece a violência contra a mulher como violência baseada no gênero e uma violação dos direitos humanos. Dispõe sobre as responsabilidades do Estado e os mecanismos de proteção das mulheres
1994 1999	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo e Cairo+5	Reafirma o compromisso dos Estados membro da Organização das Nações Unidas (ONU) com os direitos humanos e dispõe sobre os direitos sexuais e reprodutivos, promoção da igualdade de gênero, prevenção da violência e educação de meninas e proteção do meio ambiente
1995 2000	IV e V Conferências Mundiais sobre a Mulher de Beijing e Beijing+5	Proposições de políticas para as mulheres, reafirmando a necessidade de defesa de direitos com ênfase no conceito de gênero
1999 2011 2021	Portaria GM/MS nº 710/1999 Portaria GM/MS nº 2.685/2011 Portaria GM/MS nº 1.127/2021	Dispõem sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ano	Documento	Disposições
2000	Cúpula do Milênio das Nações Unidas	Define oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a serem alcançados até 2015, dentre os quais a promoção da igualdade de gênero, a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil
2000	Portaria GM/MS nº 569/2000	Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
2003	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism)	Amplia as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que assume a prerrogativa de Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
2004	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Estabelece as diretrizes para a implementação de políticas para a redução da mortalidade materna e neonatal, propondo a interlocução do Estado com diversos segmentos da sociedade
2006 2009	Portaria GM/MS nº 699/2006 Portaria GM/MS nº 2.699/2009	Instituem o Pacto da Saúde: Pacto de Gestão, Pacto de Defesa do SUS, Pacto pela Vida no âmbito do SUS
2006 2011 2017	Portaria GM/MS nº 648/2006 Portaria GM/MS nº 2.488/2011 Portaria GM/MS nº 2.436/2017	Dispõem sobre a Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
2011	Portarias GM/MS nº 1.459/2011 Portaria GM/MS nº 650/2011 Portaria GM/MS nº 2.351/2011	Dispõem sobre a inclusão da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
2011	Decreto Federal nº 7.508	Regulamenta a Lei nº 8.080/90, quando da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), planejamento, assistência e articulação interfederativa

Ano	Documento	Disposições
2015	Portaria GM/MS nº 1.130/2015	Inclui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
2015	Agenda 2030 das Nações Unidas	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)
2018	Resolução GM/CIT nº 42	Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da mortalidade materna e na infância, no contexto da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e dá outras providências
2021	Lei Federal nº 14.154	Altera a Lei nº 8.069, para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

Anexo II – Modelo de matriz para o Plano de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Área Estratégica (AE)	Nível de Atenção	Ação proposta*	Indicador	Intersetorialidade	Recursos estratégicos	Responsável	Prazo
AE1	Atenção básica	AP1					
		AP2					
		AP3					
		AP4					
AE1	Média complexidade	AP5					
		AP6					
		AP7					
		AP8					
AE1	Alta complexidade	AP9					
		AP10					
		AP11					
		AP12					

Área Estratégica (AE)	Nível de Atenção	Ação proposta*	Indicador	Intersectorialidade	Recursos estratégicos	Responsável	Prazo
AE2	Atenção básica	AP13					
		AP14					
		AP15					
		AP16					
AE2	Média complexidade	AP17					
		AP18					
		AP19					
		AP20					
AE2	Alta complexidade	AP21					
		AP22					
		AP23					
		AP24					

Área Estratégica (AE)	Nível de Atenção	Ação proposta*	Indicador	Intersetorialidade	Recursos estratégicos	Responsável	Prazo
AE3	Atenção básica	AP25					
		AP26					
		AP27					
		AP28					
AE3	Média complexidade	AP29					
		AP30					
		AP31					
		AP32					
AE3	Alta complexidade	AP33					
		AP34					
		AP35					
		AP36					

Área Estratégica (AE)	Nível de Atenção	Ação proposta*	Indicador	Intersectorialidade	Recursos estratégicos	Responsável	Prazo
AE4	Atenção básica	AP37					
		AP38					
		AP39					
		AP40					
AE4	Média complexidade	AP41					
		AP42					
		AP43					
		AP44					
AE4	Alta complexidade	AP45					
		AP46					
		AP47					
		AP48					

*Acrescentar ou suprimir ações conforme a necessidade, recomendando-se a atribuição de identificação numérica específica para cada ação proposta, com adoção de sequenciamento geral, de forma que cada nível de atenção seja identificado pelo rol de ações sob sua responsabilidade (por exemplo, neste modelo, as AP33 a AP48 estão atribuídas ao nível de alta complexidade em saúde).

Obs.: Utilizar cores distintas para cada área estratégica ou nível de atenção pode facilitar a sistematização das ações e o monitoramento.



Rua Araguari, 835 • 7º andar
Vila Uberabinha • 04514-041 • São Paulo - SP
55 11 3848-8799

www.fadc.org.br

 /fundabrinq

 /fundacaoabrinq