

COMISSÃO PERINATAL DE BELO HORIZONTE PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E PERINATAL – 747/02

1-Objetivos e metas mais importantes do programa

Promover equidade na assistência de saúde à mulher e à criança, garantindo o direito de acesso ao atendimento de qualidade e em tempo oportuno e diminuindo as desigualdades em saúde existentes 2- Reduzir a mortalidade materna: a meta é reduzir a taxa de mortalidade para 20 óbitos/1000.000 nascidos vivos (NV), conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde. 3-Reduzir a morbidade-mortalidade infantil e perinatal: a meta atual é reduzir a mortalidade infantil para menos que 10 óbitos/1000 NV e a mortalidade perinatal para menos que 10 óbitos perinatais por mil nascidos (óbitos fetais e neonatais precoces) em 2 anos. 4- Promover a saúde da mulher e criança , prevenindo os agravos em saúde, incentivando a humanização do atendimento.5- Responsabilizar o gestor municipal e gestores dos serviços de saúde em promover o nascimento saudável, bem como assistir adequadamente os problemas que podem acontecer na gravidez e parto.6- Qualificar a assistência à gestante e ao recém-nascido(RN), adequando o atendimento no pré-natal, puerpério e nas maternidades, de maneira a assegurar segurança para a mulher e o bebê.7- Promover a humanização da assistência à gestante e recém-nascido, incentivando a mudança nas práticas obstétricas no sentido de evitar os procedimentos desnecessários de rotina, estimulando a participação ativa da mulher e da família no processo do nascimento e promovendo a vinculação desta com o bebê logo nos primeiros momentos de vida, com a estruturação do alojamento conjunto, da internação conjunta e o Cuidado Canguru.

2-Funcionamento do programa

Esta Comissão tem como atribuição elaborar o planejamento da assistência perinatal no município, para adequar a oferta dos serviços à necessidade da população; avaliar a assistência realizada, elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência qualificada à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, para reduzir a mortalidade materna, perinatal e infantil por causas evitáveis; monitorar a assistência oferecida e divulgar aos órgãos competentes e à sociedade em geral os resultados do trabalho realizado, bem como as recomendações para a execução das intervenções consideradas necessárias.

As atividades foram iniciadas em 1993 com a ampliação da assistência pré-natal no município, que passou a ser oferecida em todos os 130 Centros de Saúde da cidade. Foram estabelecidas rotinas da assistência pré-natal e ao puerpério, com o acolhimento imediato da gestante no momento em que esta procura o serviços de saúde. Houve inserção do enfermeiro na assistência pré-natal, a garantia de continuidade do pré-natal com agendamento das consultas, o acesso ao pré-natal de alto risco pela Central de Marcação de Consultas; a garantia de realização dos exames preconizados, a disponibilização dos medicamentos e de multimistura para a gestante desnutrida e nutrízes, a disponibilização de material educativo (bolsa e agenda da gestante, além de folders informativos) e a realização de atividades em grupos operativos na unidade de saúde. A partir de 1999, reconhecendo-se a importância da integralidade da assistência - já que a realização do pré-natal não garante os resultados positivos desejados se a assistência de qualidade nas maternidades não é adequada - foi iniciada avaliação sistemática das maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS-BH), de maneira a melhorar a qualidade do atendimento. Das 16 maternidades conveniadas ao SUS-BH, apenas 11 demonstraram capacidade de atender a gestante e o recém-nascido com segurança. Com base nesta avaliação, em maio de 2000 foi estabelecido *o fluxo de atendimento de qualidade* para a gestante e RN. O Centro de Saúde passou a ser a porta de entrada exclusiva para o pré-natal, com o referenciamento e a vinculação da gestante desde o primeiro dia de pré-natal a uma das 11 maternidades consideradas de qualidade, que passaram a ter o compromisso e responsabilidade sobre a gestante. A maternidade deve acolher a gestante imediatamente evitando a sua peregrinação em busca de assistência no momento do parto (o que coloca em risco a vida da mãe e do bebê), avaliá-la e iniciar assistência imediata. Se não for possível

proceder a internação definitiva, a maternidade é responsável pela transferência da gestante em transporte adequado e responsável para outro local identificado pela Central de Internação. Protocolos para subsidiar o trabalho da Central de Internação foram elaborados, melhorando os encaminhamentos e possibilitando monitorar a atuação dos serviços.

A partir desta medida houve redução progressiva dos partos nos hospitais de baixa qualidade, até a interrupção total do seu atendimento em 2001. Houve ainda grande investimento pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) em leitos para recém-nascido de alto risco, de acordo com o planejamento realizado: as maternidades foram equipadas com unidades de reanimação neonatal e houve ampliação de 36 leitos de cuidados intensivos neonatais e 46 leitos de berçário de cuidados intermediários entre 1999 e 2002, adequando-se o número considerado necessário de leitos para recém-nascidos de risco do município. A Comissão atua também junto à Comissão Perinatal Metropolitana, criada em 2001 e inspirada na experiência de BH, para equacionar o acesso à assistência perinatal de qualidade e em todos os níveis de complexidade na região metropolitana. Outra frente de atuação é no incentivo da humanização da assistência, colocando a mulher e a família no foco da atuação dos serviços, incentivando sua participação ativa no processo do nascimento, evitando-se a realização de procedimentos desnecessários, além da redução do elevado índice de cesáreas.

3-O programa faz parte de uma iniciativa ou política mais abrangente?

Sim, a Comissão Perinatal foi estruturada como iniciativa integrante do Projeto Vida da Secretaria Municipal de Saúde em 1993, que propunha a redução da mortalidade infantil e a melhoria da assistência à mulher no município. Na mesma linha, o BH Vida, iniciado em 1999, atua na ampliação da assistência da população com a estruturação das Equipes de Saúde da Família, estreitando as relações de responsabilidade dos serviços de saúde sobre a população e aprimorando as propostas de promoção da saúde, com atendimento prioritário à gestante e à criança.

4-Identifique o público-alvo do programa

Em Belo Horizonte nascem cerca de 35.000 crianças por ano. O público alvo do trabalho da Comissão Perinatal é a população de mulheres gestantes dependentes do SUS-BH e os seus bebês, estimada em 28.699 por ano (70 a 80% da população SUS-dependente; 28.699 partos pelo SUS realizados em 2001). Estes são os beneficiários diretos do programa. Devemos, no entanto, considerar também os seus familiares, que sofrem consequências dramáticas com as perdas prematuras (e na maioria das vezes preveníveis), como no caso da ocorrência da morte de uma mulher relacionada com a gravidez, o parto e o puerpério, a morte intra-útero do feto no final da gravidez ou a morte do bebê nos primeiros dias de vida.

5-Gasto orçamentário anual do programa:

O município de Belo Horizonte está em gestão plena de Sistema de Saúde e portanto os recursos utilizados neste trabalho vêm do Fundo Municipal de Saúde (verba federal) e do Recurso Orçamentário do Tesouro Municipal (R\$323.322.976,00 e R\$152.578.643,00 em 2001, respectivamente). Para efeito de cálculo aproximado do recurso anual utilizado especificamente neste programa, usamos como referência: a produção ambulatorial de consultas de pré-natal e puerpério, os exames laboratoriais, custeio da assistência ambulatorial; assistência ao parto e internação de recém-nascido; a folha de pagamento e o custeio dos leitos para RN de alto risco no Hospital Sofia Feldman e na Maternidade da Santa Casa:

Total Transferência Ministério da Saúde (FMS) – R\$138.449.321,00

Ambulatorial	R\$ 2.410.116,69
AIH obstetrícia	R\$ 12.205.547,91
AIH internação RN	R\$ 6.050.276,69
Programa de Humanização do pré-natal e nascimento	R\$ 180.000,00

Total	R\$ 20.845.941,29
Percentual estimado do recurso do FMS	15%
Total Transferência Tesouro Municipal – R\$152.578.643,00	
FOLHA / ROT (estimado ano base - 2000 PBH)	R\$ 3.769.319,40
Hospital Sofia Feldman	R\$ 4.224.000,00
Santa Casa	R\$ 600.000,00
Total	R\$ 8.593.319,40
Percentual estimado do recurso do Tesouro Municipal	5%

* estimativa feita sem considerar gastos com obras e outros que indiretamente beneficiam o programa.

6- Quantas pessoas estão diretamente envolvidas na operação de seu programa? Quantos homens e mulheres realizam funções de direção e quantos realizam funções de execução?

Integram a Comissão Perinatal e operam o programa:

- da SMSA: um Gerente da Regulação da SMSA; uma coordenadora geral da Comissão; um representante da Gerência de Epidemiologia e Informação; um representante da Coordenação de Atenção à Criança; um representante da Coordenação de Atenção à Mulher; um representante do Setor de Controle e Avaliação Ambulatorial ; um representante do Setor de Controle e Avaliação Hospitalar / Supervisão Hospitalar; um representante da Auditoria; um representante do setor de Vigilância Sanitária. (9 pessoas, sendo 2 homens e 7 mulheres).

- outras entidades: um representante da maternidade e do berçário de cada hospital integrante do fluxo de qualidade para assistência à gestante e ao recém-nascido; um representante dos hospitais pediátricos; um representante da Associação Mineira de Hospitais; um representante da Sociedade Mineira de Pediatria; um representante da Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia; um representante da Pastoral da Criança de Belo Horizonte; um representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança; um representante do Conselho Municipal de Direitos da Mulher; dois representantes do Comitê de Mortalidade Materna; dois representantes do Comitê de Mortalidade Infantil. (23 pessoas, sendo 11 homens e 12 mulheres).

Atualmente três mulheres exercem a função de coordenação no programa: coordenação geral da Comissão Perinatal, do Comitê de Prevenção do Óbito Materno e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal. Na execução do programa estão envolvidos diretamente um grande número de funcionários da rede de atenção primária de saúde da SMSA (cerca de 200 gineco-obstetras e uma grande parte dos enfermeiros que atuam na assistência pré-natal do total de 700 na rede), além de outros profissionais das equipes dos Distritos Sanitários, gerentes de unidades de saúde, auxiliares de saúde, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) e da rede hospitalar (obstetras, pediatras, enfermeiros, auxiliares de saúde, outros profissionais de saúde, diretores de unidades, supervisores hospitalares).

7- Indique todas as organizações (públicas e privadas) participantes e o papel de cada uma:

-Secretaria Municipal de Saúde-Prefeitura de Belo Horizonte: Coordenação da Comissão Perinatal e dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno e de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal; atua no planejamento, controle-avaliação e monitoramento da assistência perinatal;

-Pastoral da Criança: integra a Comissão Perinatal e atua como parceira da SMSA no Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal, além do planejamento e avaliação das ações.

-Sociedade Mineira de Pediatria: integra a Comissão Perinatal e atua como parceira da SMSA no Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal, além do planejamento e avaliação das ações.

-Conselho Municipal de Saúde: integra a Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.

-Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: hospital público federal, integra a Comissão Perinatal e atua como parceiro no Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal, através do seu Centro de Extensão, contando atualmente com 5 estagiários voluntários, dos cursos de medicina, fonoaudiologia e terapia ocupacional

- da UFMG.
- Hospital Odilon Behrens: hospital público municipal, integra a Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Hospital Júlia Kubistcheck e Maternidade Odete Valadares: hospitais públicos estaduais, integrantes da Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Hospital Sofia Feldman, Hospital Evangélico, Santa Casa de Misericórdia de BH, Hospital Felício Rocho: maternidades filantrópicas conveniadas ao SUS-BH, integrantes da Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Hospital Dom Bosco, Maternidade, Hospital Santa Lúcia: maternidades privadas conveniadas ao SUS-BH, integrantes da Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Associação dos Hospitais de Minas Gerais: integra a Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia: integra a Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Coordenadoria de Direitos da Mulher: integra a Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente: integra a Comissão Perinatal; planejamento e avaliação das ações.
 - Associação Brasileira de Enfermagem: integra o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal; planejamento e avaliação das ações.

As ações da Comissão Perinatal são desenvolvidas na Atenção Básica da rede municipal de Saúde de Belo Horizonte e na rede hospitalar de assistência à gestante e ao recém-nascido, com a participação de toda a rede hierarquizada de assistência: desde os leitos de obstetrícia para atendimento ao parto de risco habitual, os leitos para gestante e recém-nascido de alto risco e as unidades de terapia intensiva neonatal/adulto. As ações de cada instância de trabalho se articulam em uma rede integrada e hierarquizada de assistência, onde cada unidade tem explicitada e acordada suas atribuições e responsabilidades, de maneira que, no resultado final da cadeia de atividades seja claramente identificada pela Comissão Perinatal, que exerce a coordenação da rede de assistência, a participação de cada instância. A Central de Marcação de Consultas coordena, regula e avalia as indicações de pré-natal de alto risco encaminhadas pela rede básica; a Central de Internação coordena, regula e avalia as solicitações de vaga para gestante e recém-nascidos que demandam assistência específica não contemplada pela rotina de vinculação da gestante à maternidade, principalmente nos casos de gestação/RN de alto risco.

8- Envolvimento da comunidade e do público-alvo:

Integra a Comissão Perinatal um representante do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, instância representativa da população usuária do SUS no município, das entidades que atuam na área da saúde e dos profissionais de saúde escolhidos em processo amplo e democrático durante as Conferências Municipais de Saúde, além de representantes da Secretaria Municipal de Saúde. Participam também da Comissão Perinatal representante do Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente e representante da Coordenadoria de Direitos da Mulher, possibilitando a interferência nas questões de interesse destas populações. A Comissão Perinatal faz parte do Fórum da Maternidade, estruturado em 2000 pela Rede Saúde e outras entidades feministas.

9- Quando foi concebido o programa /participantes:

A Comissão Perinatal foi constituída em 1993, contando com a participação de várias áreas da Secretaria Municipal de Saúde, além de outras organizações da sociedade civil (participantes listados anteriormente). Está vinculada à Gerência de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e conta com duas estruturas: o Comitê de Prevenção do Óbito Materno e o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal. Esta é uma iniciativa pioneira no país, havendo poucas experiências que congregam as principais áreas envolvidas na assistência de saúde (desde diferentes setores da gestão municipal de saúde, rede de serviços públicos, até o setor privado) em um fórum permanente de planejamento, avaliação e decisão sobre a assistência perinatal.

10- Etapas-chave da implementação:

Inicialmente foi decisiva a opção da constituição de um fórum amplo e democrático, com caráter técnico, educativo e definidor das políticas de saúde municipais dirigidas à assistência da gestante e recém-nascido. Em segundo lugar foi fundamental o esforço na qualificação da rede própria, a rede básica de assistência e o hospital municipal. Um marco no processo foi a decisão de organizar a rede de assistência ao parto em 1999, com a avaliação sistemática dos hospitais, com o estabelecimento de critérios mínimos de qualidade e segurança para o atendimento, culminando com a restrição do atendimento em 11 maternidades apenas, apesar de 16 maternidades serem conveniadas ao SUS. A construção de um acordo ético entre os hospitais para o acolhimento imediato da gestante na primeira maternidade por ela procurada para assistência foi fundamental para a mudança da postura dos serviços em relação aos direitos da gestante e recém-nascido, derrubando o mito da obrigatoriedade do atendimento apenas no período expulsivo do parto e estreitando a relação e a responsabilização dos serviços sobre a população. O investimento em equipamentos e a ampliação dos leitos para recém-nascido entre 2000 e 2002 foi decisivo para melhorar o acesso das crianças a este tipo de assistência. A constituição dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno e do Óbito Infantil e Perinatal na estrutura da Comissão a partir de 2002 adicionam a possibilidade de monitoramento e retorno em tempo oportuno da avaliação de eventos-sentinela (óbitos evitáveis) para a tomada de decisão sobre medidas de adequação da assistência para a prevenção de novas ocorrências indesejáveis. O apoio à estruturação da Comissão Perinatal Metropolitana e a elaboração de protocolos de atendimento da gestante e RN se constituem como avanços para a regionalização e regulação da assistência perinatal.

11- Principais obstáculos:

Os principais obstáculos dizem respeito à possibilidade de mudança das práticas predominantes nos serviços de saúde - herança de uma cultura de muitos anos de discriminação no atendimento da população dependente do serviço público de saúde - e a dificuldade de se construir uma nova relação de igualdade de direitos e baseada no princípio da equidade. O processo de trabalho predominante tem ainda o enfoque principal colocado na instituição e nos profissionais de saúde, e não na mulher e/ou sua família, o que dificulta a sua participação ativa no processo do nascimento, com a realização de intervenções excessivas e muitas vezes prejudiciais (taxa elevada de cesáreas, além de outros procedimentos questionáveis na rotina de atendimento). A falta de uma política nacional e estadual de saúde baseada na regionalização da assistência é um grande obstáculo, o que resulta na sobrecarga deste atendimento na capital, em decorrência do pequeno investimento realizado por outros municípios e pelo Estado. Esta questão tem sido negociada na Comissão Perinatal Metropolitana. Para superar estes obstáculos tem sido realizados fóruns permanentes de discussão e avaliação da situação e seminários / cursos para sensibilização e capacitação dos profissionais.

12- São utilizadas como medidas de avaliação do programa até o momento:

Queixas das usuárias e dos Centros de Saúde, com pronta devolução ao serviço de origem com propostas de adequação; avaliação diária da demanda e solicitações feitas à Central de Internação de leitos para recém-nascido de alto risco e leitos para gestantes, com atuação da Comissão para a tomada de decisões em tempo real; relatórios periódicos da Central de Internação com informações sobre o município de origem das solicitações feitas e os encaminhamentos efetivados, incluindo percentual de cancelamento dos pedidos por óbito; acompanhamento pelo sistema de informação hospitalar do número de partos realizados em cada estabelecimento; relatórios do SISPRENATAL com registro de cobertura e todo o atendimento de pré-natal e puerpério realizado por Centro de Saúde; relatórios da supervisão hospitalar que atua diretamente e diariamente na rede hospitalar; relatórios da Vigilância Sanitária da SMSA; relatórios do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos com análise do perfil dos nascimentos por hospital e por área de abrangência dos C.S.; relatórios do Sistema de Informação sobre Mortalidade, com dados do município, por hospital e por área de abrangência do C.S. e o monitoramento de todos os óbitos maternos, infantil e perinatal pelos Comitês de Prevenção do Óbito Materno e do Óbito Infantil e Perinatal.

13-A mais importante conquista:

A redução das taxas de mortalidade: taxa de mortalidade materna que passou de 66 óbitos por 100.000 NV em 1997 para 47 em 2001 e a grande redução da mortalidade infantil, que passou de 18/1000 NV para 14,1 entre 1999 e 2001, às custas da queda de 30% na mortalidade neonatal precoce, que anteriormente apresentava-se estabilizada.

14-Inovações:

Constituição de fórum interdepartamental na SMSA e interinstitucional de discussão permanente, de planejamento, avaliação e tomada de decisões, construindo um acordo ético no município em relação à assistência da gestante e do RN e responsabilizando os gestores (municipal da saúde e os diretores dos serviços) na garantia de oferta de assistência de qualidade; avaliação sistemática da qualidade dos hospitais (iniciativa ainda incipiente na gestão do SUS no país, que ainda tem sua atuação muito limitada ao controle de contas) com redirecionamento do fluxo de assistência apenas para os serviços de qualidade tendo como consequência o fechamento dos demais serviços; a constituição do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal que investiga também os óbitos fetais de crianças com peso acima de 1500g, experiência pioneira no país; a ação integrada do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal com o Comitê de Prevenção do Óbito Materno, que fazem parte da estrutura da Comissão Perinatal; a redução da mortalidade materna e neonatal precoce, atestando a efetividade das ações realizadas.

15-Impacto sobre a pobreza:

A promoção da equidade vai de encontro ao principal objetivo de redução das desigualdades em saúde, neste caso a redução da mortalidade materna e infantil. A mortalidade materna e a mortalidade infantil são em grande parte consideradas evitáveis e se concentram nas camadas mais pobres da população - reflexo da dificuldade da população em obter acesso em tempo oportuno a serviços de saúde de qualidade - o que torna uma obrigação do gestor da saúde a resolução do problema, com a organização de uma rede de assistência que garanta acesso universal e equânime a todos os níveis de complexidade necessários de assistência.

16- Impacto sobre a cidadania: Primeiramente este trabalho tem como objetivo a preservação da vida da criança e da mulher, evitando a perda prematura de mulheres em plena idade fértil e de crianças viáveis ainda dentro do útero materno ou no primeiro ano de vida - ou seja, o direito à vida. Estas mortes devem ser consideradas evitáveis, passíveis de prevenção pela atuação dos serviços de saúde. Este trabalho promove uma mudança na cultura da sociedade e na prática dos serviços, incentivando a busca pelo direito assegurado na Constituição Federal de que todo cidadão tenha acesso a serviço de saúde de qualidade e que este é um dever do Estado. Ainda, deve-se ressaltar a defesa da humanização da assistência à mulher e à criança, que têm o direito, junto com a sua família, à participação ativa no processo do nascimento.

17- Não se aplica.

18- Deficiência mais significativa do programa:

Apostamos a regulação da assistência, que permita alcançar uma melhor utilização da rede de assistência disponível para produzir resultados ainda mais satisfatórios para a população como um dos itens prioritários para investimento este ano pela Comissão Perinatal. Para isto já contamos com um plano de ação para estruturação da Central de Regulação e capacitação dos médicos reguladores para que as respostas sejam cada vez mais adequadas à necessidade colocada pelo cidadão. É necessário ainda estruturar em toda a rede um sistema de avaliação da satisfação da usuária dos serviços (pré-natal, parto, berçário, UTI e puerpério), proporcionando um monitoramento contínuo da assistência, levando em conta a opinião da população de forma sistematizada; esta ação está em início previsto para este ano. É ainda desejável ampliar a captação da gestante no primeiro trimestre de gravidez e a cobertura de atendimento da puérpera.