

Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal

Quality and integral health care for women and children management in the public healthcare system of Belo Horizonte: the experience of the Perinatal Committee

Gestión de la calidad y de la integralidad del cuidado en salud para la mujer y el niño en el SUS-Belo Horizonte: la experiencia de la Comisión Perinatal

Sônia Lansky¹

RESUMO

A gestão da linha de cuidado integral para gestantes e recém-nascidos é iniciativa inovadora da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, fórum interinstitucional com participação do movimento social. A avaliação sistemática dos hospitais, fechamento das maternidades de baixa qualidade, investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, a gestão do cuidado integral, incluindo a regulação da assistência hospitalar, ainda incipiente no país, são algumas iniciativas destacadas. Ações específicas para implementação das práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas foram desencadeadas, como o *Termo de Compromisso das Maternidades do SUS-BH* e o *Contrato de Gestão* baseado em indicadores da humanização do parto e nascimento e o *Movimento BH pelo Parto Normal*, envolvendo diversas entidades parceiras. A ampla participação dos atores responsáveis possibilitou a construção coletiva e permanente de acordo ético no município, com responsabilização do gestor e diretores dos serviços pela assistência humanizada

e de qualidade, contribuindo no impacto significativo sobre a mortalidade materna e infantil e nos índices de cesariana no SUS. Esta experiência

pode ser expandida e contribuir na redução da mortalidade materna, infantil e perinatal no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Perinatal. Gestão de serviços de saúde. Mortalidade materna. Mortalidade infantil

ABSTRACT

The continuity of care to all pregnant women and newborns is an innovative initiative of the Perinatal Health Commission of Belo Horizonte City, a forum that includes the Municipal Health Department, other institutions and the social movement. The comprehensive health care approach since prenatal to birth care, a systematic assessment of quality of care within maternity hospitals and also a surveillance system of stillbirth, infant and maternal deaths are some initiatives highlighted. The implementation of evidence-based obstetrics and neonatal health care practices was reinforced by an innovative mechanism such as the *Term of Commitment* of public maternity hospitals, as well as by a monitoring system of maternity-hospitals indicators. The *Movement BH for Normal Birth* was built in partnership with universities, health professional's organizations, councils of health and social movements. This comprehensive participatory system is involving all groups with an agenda for them to take responsibility and build together an ethical approach for health care practices in the city, assuring quality and humanization of childbirth care. A significant impact on maternal, perinatal and infant mortality was registered, as well as a reduction on c-section

¹ Pediatra, Doutora em Saúde Pública, Coordenadora da Comissão Perinatal e do Comitê de Prevenção de Óbitos BH-Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Consultora da Política Nacional de Humanização – Ministério da Saúde

rates within public maternities. This experience can be expanded and contribute to decrease maternal and infant mortality in the country.

KEY-WORDS: Perinatal care. Health services management. Maternal mortality. Infant mortality

RESUMEN

La gestión del cuidado integral para gestantes y recién nacidos es una iniciativa innovadora de la Comisión Perinatal de Belo Horizonte, fórum interinstitucional con participación del movimiento social. La evaluación sistemática de los hospitales, el cierre de las maternidades con baja calidad, la investigación de las muertes maternas, infantiles y fetales, la gestión del cuidado integral, incluyendo la regulación de la asistencia hospitalaria, todavía incipiente en el país, son algunas iniciativas que se destacan. Se iniciaron acciones específicas para implementar prácticas obstétricas y neonatales basadas en evidencias científicas como el *Termino de Compromiso de las Maternidades del SUS-BH* y el *Contrato de Gestión* basado en indicadores de la humanización del parto y el nacimiento y el *Movimiento BH por el Parto Normal*, incluyendo diversas entidades. La amplia participación de los actores responsables permitió la construcción colectiva y permanente del acuerdo ético en el municipio, con responsabilidad del gestor y directores de los servicios por la asistencia humanizada y de calidad, contribuyendo de forma significativa en la reducción de la mortalidad materna e infantil y en los índices de cesárea en el Sistema Único de Salud. Esta experiencia puede expandirse y contribuir con la reducción de la mortalidad materna, infantil y perinatal en el Brasil.

PALABRAS-CLAVE: Atención perinatal. Gestión de servicios de salud. Mortalidad materna. Mortalidad infantil

Introdução

A redução da mortalidade materna e infantil faz parte dos compromissos de todos os níveis de governo e é um dos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas¹, por seu apelo social e expressão das condições de vida da população. Essas mortes precoces estão concentradas na população pobre e são em grande parte evitáveis por ação dos serviços de saúde. No contexto brasileiro, a desigualdade econômica e social se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada no pré-

natal, no parto e ao recém-nascido. Neste cenário, podemos dizer que a desigualdade na mortalidade infantil, perinatal e materna é também responsabilidade do sistema de saúde e, para a sua redução, os serviços de saúde devem ser mais acessíveis e eficientes onde os riscos são maiores.

A maior parte desses óbitos ocorre entre o período intraparto e nas 48 horas seguintes, cerca de 40% dos óbitos infantis ocorrem no primeiro dia de vida, demonstrando a estreita relação com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido (RN) durante o período *pré-parto, parto, atendimento imediato à criança no nascimento e à puérpera*². No entanto, esse período não recebeu a devida atenção do sistema de saúde, que ainda opera de forma desarticulada e não produz resultados compatíveis com o nível do conhecimento atual na área de obstetrícia e neonatologia. Ainda é frequente a descontinuidade da atenção pré-natal até o final da gestação e o parto, assim como a peregrinação das gestantes em trabalho de parto em busca de vaga hospitalar e o seu atendimento em condições inadequadas, seja pela não regionalização da assistência, pela inexistência de transporte apropriado ou pela baixa qualidade dos serviços disponíveis. É necessário o reconhecimento da importância da qualificação da atenção hospitalar, uma vez que não faltam leitos para assistência ao parto de risco habitual no país, 98% dos partos são hospitalares e cerca de 80% assistidos por médicos. No entanto, a assistência hospitalar - incluindo estrutura, pessoal e processo de atendimento - persiste sem acompanhamento e avaliação de qualidade.

Cerca de 25% dos óbitos perinatais e grande número de seqüelas em bebês decorrem da asfixia intraparto, sobretudo em crianças com peso adequado ao nascer e em gravidez de baixo risco, demonstrando o seu grande potencial de prevenção³. Por sua vez, no Brasil as causas de morte maternas se relacionam principalmente à doença hipertensiva na gravidez, hemorragia, infecção puerperal e ao aborto, consideradas evitáveis em quase sua totalidade.

Este paradoxo perinatal brasileiro decorre do distanciamento entre o conhecimento e a sua disponibilização para toda a população. São oportunidades perdidas de ação de saúde e

de vidas perdidas por causas evitáveis, fruto da desigualdade e segregação econômica e social dos recursos e ações de saúde.

Muitos dos problemas maternos durante a gravidez afetam igualmente o RN e, na maioria das vezes, dependem de um melhor funcionamento dos recursos já disponíveis na rede de assistência. O SUS - Belo Horizonte assumiu a responsabilidade do sistema de saúde no diferencial na mortalidade e vem procurando implantar uma assistência digna de saúde para toda a população. Neste texto é apresentada a experiência de organização da linha de cuidado integral e qualificado de saúde para a gestante e recém-nascido no município. Este trabalho procura promover uma mudança na cultura da sociedade e na prática dos serviços, assumindo o direito de acesso a serviços de saúde de qualidade. O intuito é apresentar o percurso de uma experiência de gestão de sistema de saúde que pode ser expandida para benefício das mulheres e crianças deste país, com a redução da mortalidade evitável e promoção da qualidade de vida.

Os desafios para a gestão da linha de cuidado integral em saúde perinatal

De modo geral, no Brasil, vários são os desafios que se apresentam para o alcance de patamares mais dignos de saúde e redução dos índices de mortalidade materna e infantil:

- ◇ Primeiramente, assumir os óbitos maternos, infantis e fetais como óbitos evitáveis, de responsabilidade dos serviços de saúde, e dar visibilidade ao problema. Mobilizar, sensibilizar e compromissar cada serviço de saúde e cada profissional para produzir o melhor resultado possível, integrando-se aos esforços dos demais e operando de maneira articulada para alcançar o objetivo comum de prover assistência qualificada para a população da cidade.
- ◇ Avançar para um padrão de qualidade único para qualquer indivíduo, superando a discriminação na assistência por classe social e a dicotomia da prática profissional diferenciada na clínica privada e na pública.
- ◇ Planejar globalmente a assistência,

com integração entre os serviços de atenção pré-natal e ao parto, de baixo e alto risco.

- ◇ Ampliar o acesso e qualificar a assistência pré-natal, importante fator de proteção para a morte materna, perinatal e infantil. Garantir o acolhimento imediato e o atendimento apropriado à realidade da população mais vulnerável, muitas vezes com maior dificuldade para reconhecer riscos, procurar assistência e negociar seus direitos junto aos serviços e profissionais de saúde. Garantir o acompanhamento contínuo da gestante e banir a inaceitável “alta do pré-natal”.
- ◇ Acolher a gestante no momento do parto, evitando sua peregrinação em busca de assistência.
- ◇ Acolher o recém-nascido: a peregrinação das mães com seus bebês em busca de assistência é também frequente. Não raro as unidades de saúde “devolvem” a criança à maternidade onde nasceu e vice-versa, perdendo-se oportunidade de intervenção.
- ◇ Qualificar a assistência ao trabalho de parto, parto, pós-parto e ao RN, principalmente nos hospitais privados-conveniados ao SUS, cuja qualidade é de maneira geral questionável em termos da estrutura (recursos básicos como medicamentos e equipamentos) e da disponibilidade e preparo da equipe.
- ◇ Ampliar a utilização de recursos eficazes e simples, como, por exemplo, o adequado *acompanhamento do trabalho de parto e a utilização do partograma*. Muitas vezes a falta de leito de cuidado intensivo é apontada como a causa de morte materna, fetal ou infantil. No entanto, após análise das circunstâncias dos óbitos, oportunidades perdidas de ação de saúde na atenção básica (pré-natal, puerpério e acompanhamento do RN) e atenção hospitalar são frequentemente responsáveis pelo desfecho negativo. É também inadequada a utilização de corticosteroide no trabalho de parto prematuro e de surfactante para o prematuro.
- ◇ Qualificar o cuidado imediato nas

complicações do parto/nascimento, como a reanimação e estabilização materna e neonatal, condição *sine qua non* para o funcionamento de qualquer serviço, dada a imprevisibilidade das complicações do trabalho de parto, esperadas em cerca de 15% dos partos, mesmo nas gestações de baixo risco. Não raro mulheres e crianças em situações clínicas graves são transferidas sem sequer receber o primeiro atendimento recomendado.

◇ Garantir o direito de acompanhante para a gestante, via de regra não cumprido nos hospitais, apesar de favorecer a evolução do trabalho de parto e os resultados para a mãe e bebê.

◇ Ampliar acesso e qualificar o pré-natal e parto de alto risco, corrigindo o déficit de leitos de UTI para o RN e para a mulher, e hierarquizar a assistência. O atendimento de crianças muito prematuras deve ocorrer em centros especializados, preferencialmente hospitais gerais e, caso necessário, o referenciamento deve ser materno e não neonatal.

◇ Regionalizar a assistência, facilitando o acesso e o transporte adequado para a gestante e o RN.

◇ Garantir a continuidade da assistência após a alta hospitalar: manter a vigilância à saúde da puérpera e do RN, com visitas domiciliares e retornos freqüentes ao serviço de saúde, já que este é um período de grande vulnerabilidade.

◇ Organizar o acompanhamento do RN de alto risco e promoção de sua qualidade de vida, que demanda abordagem especializada.

◇ Garantir a não separação de mãe e bebê após o nascimento, ainda freqüente no setor privado, por conveniência dos profissionais e das instituições hospitalares. Aumentar os índices de aleitamento materno, implementar o alojamento conjunto, o Cuidado Canguru e o direito garantido pelo Estatuto da Criança de acompanhamento contínuo, sem restrição de horário.

◇ Melhorar a saúde da mulher antes da gestação, que com freqüência apresenta “desgaste” e stress crônico pela situação de pobreza, discriminação social e racial e maior dificuldade de acesso à assistência, o que repercute sobre sua condição de saúde. Incentivar as medidas de proteção à gravidez e à criança, como estabilidade no emprego, licença maternidade, horário/local para amamentação, entre outros.

◇ Estruturar os Comitês Hospitalares, Municipais e Estaduais de Prevenção das Mortes Materna, Fetal e Infantil.

◇ Incentivar e expandir as boas práticas e humanização da assistência ao nascimento e evitar intervenções desnecessárias: redução das cesarianas desnecessárias, evitar como rotina dos serviços a tricotomia, episiotomia, ocitocina antes do parto, restrição de mobilidade e ingestão de líquido durante o trabalho de parto.

◇ Resgatar a participação ativa da mulher e da família para superar o enfoque do nascimento como um ato médico-cirúrgico, que muitas vezes compromete a ética profissional e os resultados perinatais. Com freqüência os interesses e necessidades da mulher e de sua família são suplantados pela conveniência dos profissionais e instituições hospitalares.

◇ Incentivar a atuação multidisciplinar na assistência ao parto com a participação da enfermagem obstétrica e promover a iniciativa *doulas* e a participação / controle social.

O percurso

A Comissão Perinatal foi estruturada como iniciativa integrante do *Projeto Vida* para redução da mortalidade materna e infantil, em 1993. É um fórum interdepartamental na Secretaria de Saúde (SMSA) e interinstitucional, de discussão permanente, com caráter técnico e educativo, deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao RN. Tem a atribuição de planejar, avaliar, monitorar, normatizar e divulgar a gestão das ações de saúde, envolvendo a rede integral de assistência - planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, apoio pediatrico

e terapêutico e atenção hospitalar de baixo e alto risco - para adequação dos serviços à necessidade da população, mulheres e famílias pobres e ainda pouco informadas sobre os seus direitos e as responsabilidades dos serviços de saúde. Trabalha para a construção de um acordo ético no município, responsabilizando os gestores da saúde e os diretores dos serviços em relação à assistência da gestante e do RN.

Integram a Comissão setores estratégicos da SMSA, que vêm atuando conjuntamente desde 1999, imprimindo um caráter de continuidade das ações, muitas vezes determinante para o sucesso ou fracasso das iniciativas da gestão local de saúde: Coordenação de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Epidemiologia, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Supervisão Hospitalar e Vigilância Sanitária. Os participantes externos são: todas as maternidades do SUS-BH, Associação Mineira de Hospitais (setor privado), Sociedades Mineiras de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Conselho Regional de Medicina, Rede Feminista de Saúde, Pastoral da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Direitos da Criança e Conselho Municipal de Saúde. A composição atual com ampla representação dos setores envolvidos na área perinatal é fruto de ampla negociação, que ocorre nas reuniões ordinárias mensais da Comissão desde 1999. A Comissão está vinculada à Gerência de Regulação da Secretaria de Saúde e engloba os Comitês de Prevenção do Óbito Materno e Infantil e Fetal. É iniciativa pioneira no país, reunindo a gestão municipal, serviços públicos, setor privado e o controle social.

O trabalho foi iniciado com a reorganização da atenção básica. O planejamento familiar foi implantado em 1994, ação pioneira no país na ocasião, com a disponibilização de práticas educativas e dos métodos contraceptivos em todos os centros de saúde. Houve grande investimento na qualificação da assistência pré-natal, com estabelecimento de rotinas para a assistência, acolhimento imediato da gestante, inserção do enfermeiro na atenção, a garantia de continuidade com agendamento das consultas e ampliação do acesso ao pré-natal de alto risco pela Central de Marcação de Consultas, a partir da unidade básica de saúde. Todos os exames

preconizados foram implantados, incluindo a pesquisa de toxoplasmose na gravidez. Há disponibilização dos medicamentos e da multimistura para a gestante desnutrida e a nutriz, além de material educativo (bolsa e agenda da gestante, folder do pré-natal e do puerpério com orientações gerais) e 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 desejados se não há qualidade da assistência ao parto, foi iniciada avaliação sistemática das maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS-BH). 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 é responsável por acolhê-la imediatamente evitando a sua peregrinação em busca de assistência no momento do parto, devendo avaliá-la e iniciar assistência imediata. Se não for possível proceder à internação definitiva, a maternidade é responsável pela transferência da gestante em transporte adequado para outro local identificado pela Central de Internação.

A partir desta medida houve redução progressiva dos partos nos hospitais de baixa qualidade, até a interrupção total do atendimento em 2001. Nesse momento o apoio dos demais hospitais, aumentando a sua capacidade de atendimento, foi decisivo; foi intensa a negociação com diretores hospitalares e suas associações e foi realizada ampla divulgação para a população da importância das novas medidas. A construção de um acordo ético entre os hospitais para o acolhimento imediato da gestante na primeira maternidade por ela procurada, fonte de grande resistência por parte dos serviços - que alegavam falta de condições de trabalho e freqüente superlotação - foi fundamental para a mudança da postura

dos serviços em relação aos direitos da gestante e do recém-nascido. Assim, derrubou-se o mito da obrigatoriedade do atendimento apenas no período expulsivo do parto, estreitando-se a relação de responsabilização dos serviços sobre a população.

Houve grande investimento pela Secretaria Municipal de Saúde em leitos para recém-nascido de alto risco, com adequação dos equipamentos nas maternidades e ampliação de 36 leitos de cuidados intensivos neonatais e de 46 leitos de berçário de cuidados intermediários entre 1999 e 2002, um aumento próximo a 100%, equacionando-se o déficit anterior.

Desde 1997 todos os óbitos maternos são investigados e desde 2002 também os óbitos infantis e fetais, com identificação de possíveis falhas na assistência e de medidas de prevenção. O Comitê Infantil e Fetal atua em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, contribuindo para a formação dos profissionais. Esta iniciativa adiciona a possibilidade de monitoramento, retorno em tempo oportuno da avaliação de eventos-sentinelas (óbitos evitáveis) para a tomada de decisão sobre medidas de adequação da assistência e prevenção de novas ocorrências indesejáveis. É ação pioneira no país, assumindo o óbito fetal também como óbito evitável, e foi utilizada como referência para a construção da proposta do Ministério da Saúde em 2004.

Outra frente de atuação é o incentivo à humanização da assistência, que coloca a mulher e a família no centro da atuação dos serviços, incentivando sua participação ativa no processo do nascimento, a redução de procedimentos desnecessários e do elevado índice de cesáreas, e incentiva o alojamento e a internação conjunta, além do Cuidado Canguru. Nesse sentido têm sido realizados diversos encontros, seminários e visitas às maternidades, em conjunto com o movimento social organizado, para apoio às iniciativas de humanização da assistência à gestante, parturiente, puerpera e ao RN.

Avanços significativos vêm ocorrendo com a mudança da postura dos serviços em relação aos direitos da gestante e recém-nascido e humanização da assistência, como

a implantação do acompanhante contínuo da mulher e a definição da Doula Comunitária como modelo assistencial do SUS-BH, já em funcionamento em 6 das 7 maternidades. Grupos de trabalho específicos atuam na Comissão para agilizar a construção de consensos no trabalho e definição de normas e recomendações, como os *Grupos de Obstetrícia* e de *Neonatologia*. Em conjunto com a Vigilância Sanitária, foram definidas as normas dos serviços e do Código Sanitário Municipal. O grupo de *Controle Social* é uma ação inovadora, para mobilização, divulgação e capacitação de conselheiros e ouvidores de saúde (cerca de 400 pessoas) em direitos da mulher e da criança. A sistematização da avaliação de satisfação da usuária dos serviços de pré-natal, parto e puerpério está em implementação, com entrevista das mulheres e famílias na unidade de saúde no final do ciclo gravídico- puerperal. O *Grupo de Humanização* é composto por dez representantes de cada maternidade, decisão estratégica para ampliar a participação das equipes para além dos gerentes de obstetrícia e de neonatologia, propiciando maior envolvimento nas questões que demandam profundas mudanças culturais e de processo de trabalho nos serviços.

Os esforços de ampliação e qualificação da atenção básica de saúde culminaram com uma rede que conta com 149 Unidades Básicas e 523 equipes de saúde da família, cobrindo cerca de 80% da população. Para a promoção da qualidade de vida, além da sobrevivência do RN, foi estruturado o ambulatório municipal de acompanhamento do RN de alto risco - "Viva Bebê - e a Rede Solidária de Aleitamento Materno, com a integração do trabalho dos Bancos de Leite e do Posto Municipal de Coleta "Mama Bebê" com a rede de atenção básica de saúde.

Para o monitoramento das maternidades, são avaliados anualmente alguns indicadores básicos, como o índice de cesarianas, a prevalência de prematuridade e do baixo peso ao nascer, índice de Apgar, entre outros, além da avaliação permanente dos óbitos maternos, fetais e infantis por maternidade. Em outubro de 2006, em conjunto com a Supervisão Hospitalar (auditoria médica) foi iniciada a avaliação com *observação in loco da assistência* e entrevista com a mulher em trabalho de parto e no puerpério, além da habitual análise de

prontuários, mais uma ação pioneira na área de gestão da qualidade hospitalar, ainda incipiente na gestão do SUS no país, que se limita ao controle de contas. A Comissão atua ainda junto à Comissão Perinatal Metropolitana, criada em 2001 e inspirada na experiência de BH, para adequação da assistência perinatal regional.

Entre 1999 e 2008 houve redução importante das mortes maternas, de 66 para 47,2/ 100.000 nascidos vivos (NV), e da mortalidade infantil, de 18 para 11,5/1000 NV, com maior redução entre 1999 e 2002 (34% no componente neonatal precoce)⁴. A partir de então observamos uma estabilização desses índices, o que aponta a necessidade de maiores avanços no processo assistencial, uma vez que a cobertura de serviços se encontra em um bom patamar de organização, em termos de oferta, acesso e estrutura. Vários fatores devem ser considerados para essa situação, como o deslocamento dos óbitos fetais para o período neonatal precoce pelo aumento da viabilidade fetal e maior investimento obstétrico e neonatal em crianças cada vez menores e com malformação congênita. Por outro lado, é disseminada a prática de interrupção iatrogênica da gravidez, muitas vezes por erro de estimativa da idade gestacional, contribuindo para a epidemia de prematuridade e do baixo peso ao nascer (que passaram de 5,8% em 1996 para 9,3% em 2008 e de 10,7 para 11,5%, respectivamente em Belo Horizonte), registrada em várias localidades do país, com repercussão direta sobre a mortalidade infantil².

O aumento dos índices de cesariana ao longo da última década (de 40,0% em 1999 para 48,5% em 2006) motivou várias iniciativas. A **maternidade pública municipal e humanizada** foi estruturada em conjunto com a Universidade Federal de Minas Gerais, em agosto de 2007, contando com equipe multiprofissional (enfermeiro obstetra e médico) e ambiência adequada com quartos “PPP”, influenciando a formação dos alunos de medicina e residentes, além de outros profissionais de saúde. Nesse momento o SUS-BH se constituía apenas por maternidades públicas (5) e filantrópicas (2) e nenhum leito privado-conveniado ao SUS.

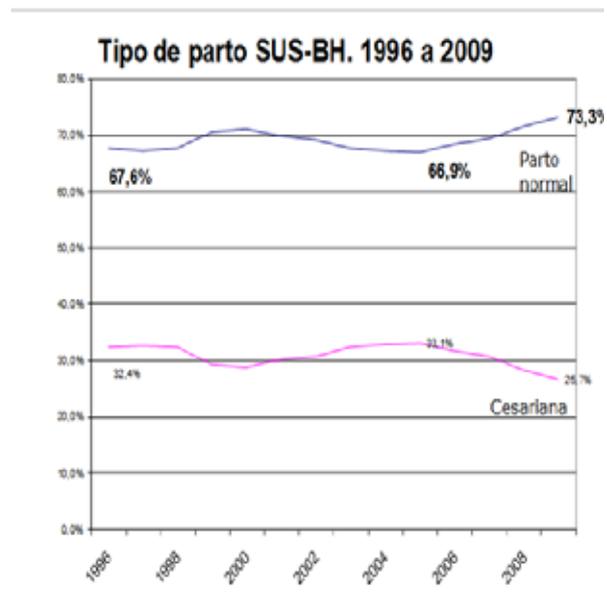
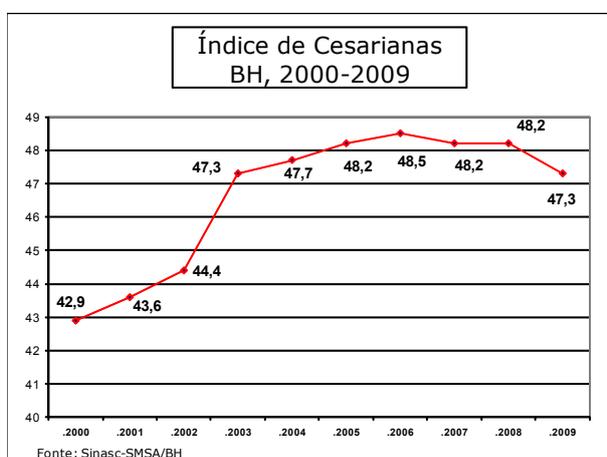
Em 2008 o **Termo de Compromisso** foi

assumido pelas maternidades do SUS-BH para a implementação das boas práticas em obstetrícia e neonatologia e para reduzir os índices de cesarianas desnecessárias. Indicadores selecionados, como participação da enfermagem obstétrica na atenção ao parto, doulas nos plantões, taxa de cesariana, episiotomia e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, entre outros, foram incluídos no **Contrato de Gestão** das maternidades a partir de 2010, atrelando o financiamento a resultados dos serviços. A partir de 2009 o investimento no acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, o apoio institucional às maternidades e a maior integração com a rede de atenção primária para promover a continuidade do cuidado foram priorizados para intensificar as mudanças propostas..

Os patamares elevadíssimos de cesariana nos hospitais privados (70 a 80%) demonstram o paradoxo da assistência perinatal com a utilização excessiva da tecnologia no cuidado de saúde em um evento na maioria das vezes fisiológico, sem embasamento técnico^{5,6,7}. Diante desse cenário, a gestão municipal da saúde assumiu o compromisso da prestação da melhor qualidade de atenção à saúde para a população de Belo Horizonte, com a implementação das práticas baseadas em evidências científicas e atendimento às recomendações internacionais e nacionais, não apenas na rede SUS. Considerando-se o nível de complexidade e a seriedade da situação, foi proposta a conjugação de esforços do poder público e sociedade em um movimento plural para as mudanças necessárias. A Secretaria de Saúde de Belo Horizonte estruturou o movimento **“BH pelo parto normal”** em 2007, com a participação de cerca de 30 entidades, para mobilização permanente e atuação sobre os aspectos sócio-culturais, financeiros, ético-legais, da formação e capacitação dos profissionais entre outros, que envolvem o problema. Participam o Ministério Público, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar, Conselhos e Associações Profissionais (Associação Médica, de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem e Enfermagem obstétrica), seguradoras de saúde (Unimed-BH, GEAP, Abramge e CASSI), hospitais filantrópicos, Associação Hospitalar de Minas Gerais, Sindicato dos Médicos, Conselhos (de Saúde, da Mulher e da Criança

e Adolescente), Universidades, Secretaria de Estado da Saúde, Comissões de Saúde da Câmara e da Assembléia, Frente Parlamentar de Saúde da Mulher da Assembléia Legislativa, Pastoral da Criança, Promotora da Infância e Juventude e Hospital Materdei. Diversas ações de divulgação da informação para a cidade, de mobilização e educação continuada tem sido realizadas, como o **Seminário BH pelo Parto Normal em 2008**, que contou com a presença de especialistas de todo o país e cerca de 450 participantes. A **Estande BH pelo Parto Normal** divulga na cidade as boas práticas e a ambiência que promovem o parto normal, com apoio da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), apresentando nas praças, parques e feiras da cidade a opção do “*bom parto*” a que todas as mulheres têm o direito. O **Curso de Multiplicadores do Movimento BH pelo Parto Normal** já formou aproximadamente 150 pessoas interessadas da comunidade, que reproduzem o novo paradigma pela cidade. A aposta é que a informação adequada para uma participação consciente da mãe, do pai e da família poderá transformar o nascimento no Brasil, evitando as morbidades causadas por intervenções desnecessárias e mortes maternas e neonatais evitáveis, promovendo o vínculo e o afeto familiar desde os primeiros momentos da vida, e favorecendo os laços nas relações humanas.

Fruto de todo este esforço, em 2009 registramos na cidade a tendência de controle dos índices de cesariana para 48,0%, decorrente principalmente da redução dos índices no SUS-BH (de 32,4 em 1996 para 26,7% em 2009), mas também em alguns serviços privados que aderiram às propostas.



Fonte: SIH-SMSA/BH

Considerações finais

Podemos dizer que os níveis de mortalidade são incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico no país, do conhecimento e da tecnologia de saúde perinatal disponível. A redução das desigualdades em saúde e das mortalidades materna, fetal e infantil é uma obrigação do gestor da saúde, com ênfase na organização da rede de assistência, para garantir acesso universal e equânime em todos os níveis de complexidade. A experiência do SUS-BH avança na integralidade e qualificação dos serviços hospitalares, além da assistência pré-natal, em ação coordenada de compromisso e solidariedade. A expansão desta experiência com a qualificação da atenção hospitalar no país tem um grande potencial de redução mais rápida das mortes evitáveis, principalmente sobre o excesso de mortes de mulheres e crianças.

Persiste como desafio a necessária mudança nas práticas predominantes nos serviços de saúde, herança de uma cultura de muitos anos de discriminação no atendimento da população dependente do serviço público, que privilegia a conveniência institucional e dos profissionais, a dificuldade de se construir uma nova relação de igualdade de direitos e equidade e a visão medicalizada do parto. É preciso modificar o paradigma da assistência ao nascimento predominante no imaginário cultural brasileiro

e resgatar o papel ativo da mulher e sua família no processo do nascimento, com a assistência mais humanista e menos tecnocrática, e organizar as ações de saúde para enfrentar tendências contemporâneas, como o aumento alarmante de cesáreas sem fundamento técnico, do número de mães nos extremos de idade, da gemelaridade pela reprodução assistida, da sobrevivência de crianças muito pequenas pelas mudanças na viabilidade fetal, todos estes fatores repercutindo diretamente no aumento da prematuridade e do baixo peso ao nascer, principais preditores da saúde perinatal. São velhos e novos desafios, que requerem esforços em um movimento pela ética no cuidado em saúde, comprometido com a equidade, ou seja, em beneficiar toda a população de maneira mais justa com os bens e serviços propiciados pelo desenvolvimento econômico e tecnológico disponível.

Este trabalho tem recebido reconhecimento da Fundação Getúlio Vargas/FORD/BNDES (2002), Fundação Abrinq (2004), The Lancet (experiência internacional de redução da mortalidade infantil em 2005), Expogest 2006 (Ministério da Saúde) e Unicef (2006).

Referências

1. ONU. Organização das Nações Unidas. *Millennium Declaration*. 2000. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>.
2. França E, Lansky S. *Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112.
3. Lawn J, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Masee Bateman O. Newborn survival in low resource settings - are we delivering? *BJOG* 2009;116 (Suppl. 1):49-59
4. Lansky S, Evangelista P, Drummond E, *et al*. Mortalidade infantil em Belo Horizonte: avanços e desafios. *Rev Méd Minas Gerais*. 2007;16 (4 Suppl 2):105-12.
5. Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, *et al*. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. *Lancet* Mar 2005;365(9462):847-54.
6. Diniz, SG. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o

paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2009; 19(2):313-326.

7. Villar J. *et al*. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006 [S.l.], v. 367, n. 9525, p. 1819-1829.

Artigo apresentado em 20/07/2010
Aprovado em 30/08/2010