

RESOLUÇÃO Nº 048/2024

A Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 de 06/08/2012.

Considerando a Resolução CIT nº 01/2021 que estabelece diretrizes para o Processo de Regionalização, Planejamento /regional Integrado - PRI e Governança das Redes de Atenção à Saúde.

Considerando a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002 que estabelecem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Considerando o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização, do planejamento, da assistência à saúde e da articulação Interfederativa.

Considerando o PROADI-SUS: "Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde: Regionalização", que é uma iniciativa tripartite para o aprimoramento da gestão e governança do SUS fomentando a organização das Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Considerando o OFÍCIO/SESA/SRSCI/RAMI-SUL/Nº008/2024 da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul solicitando aprovação do documento final do Planejamento Regional Integrado – PRI que teve a RAMI-SUL como Rede de Atenção à Saúde – RAS prioritária.

Considerando o Parecer Técnico nº 01/2024, favorável do Grupo Condutor da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul – RAMI-SUL.

Considerando o Parecer Técnico nº 019/2024, favorável emitido pela Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL.

Considerando a pactuação realizada na 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional – CIR-SUL, realizada no dia 06 de dezembro de 2024, que assim deliberou.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o documento final do Planejamento Regional Integrado – PRI que teve a RAMI-SUL como Rede de Atenção à Saúde – RAS prioritária.

Art. 2º - Encaminhar à CIB/SUS-ES, para conhecimento e homologação.

Art. 3º - Estabelecer que esta Resolução entre em vigor na data da sua publicação.

Cachoeiro de Itapemirim, 06 de dezembro de 2024.

Eliédson Vicente Morini

Secretário Municipal de Mimoso do Sul - ES
Coordenador da CIR-SUL

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIEDSON VICENTE MORINI
CIDADÃO
assinado em 11/12/2024 11:39:44 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 11/12/2024 11:39:44 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BRUNA CELIS MARIN LOVATTE (ASSISTENTE SOCIAL - QSS - NRE-CI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-3H052S>



Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

OFÍCIO/SRSCI/RAMI-SUL nº 08/2024

Ao
Coordenador da CIR-SUL
Sr. Eliédson Vicente Morini
Neste

Referência: Documento Final do PRI

Prezado Coordenador,

Sirvo-me do presente para encaminhar à Vossa Senhoria o documento final do Planejamento Regional Integrado – PRI, que teve a Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul – RAMI-SUL como Rede de Atenção à Saúde – RAS prioritária.

Informo que o Planejamento Regional Integrado – PRI, foi fruto do desenvolvimento do Projeto “Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde: Regionalização”, que é um projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, que tem como objetivo apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

Sem mais para o momento, me coloco a disposição para melhores esclarecimentos.

Cachoeiro de Itapemirim, 04 de dezembro de 2024.

Bruna Celis Marin Lovatte
Referência Técnica Regional
Rede de Atenção Materna e Infantil

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

BRUNA CELIS MARIN LOVATTE
PRESIDENTE (REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REG.SUL)
NRE-CI - SESA - GOVES
assinado em 04/12/2024 10:15:14 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 04/12/2024 10:15:14 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BRUNA CELIS MARIN LOVATTE (PRESIDENTE (REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REG.SUL) - NRE-CI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-GBBX2M>



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO
REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL



Cachoeiro de Itapemirim – ES
Novembro/2024



SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	03
II	PROADI/SUS: FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO...	05
III	REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	07
IV	CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO SUL.....	10
V	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PERFIL DEMOGRÁFICO.....	13
VI	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PERFIL MATERNO E INFANTIL.....	20
VII	REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL.....	54
VIII	ANÁLISE DOS COMPONENTES DA RAMI.....	57
IX	OBJETIVOS.....	61
X	METAS, INDICADORES E MONITORAMENTO.....	62
XI	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
XII	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	65



PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL

I – INTRODUÇÃO

A Regionalização é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que se mostra como um eixo estruturante para a organização e a descentralização das ações e serviços de saúde pública, na atualidade materializada por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

Quando bem trabalhada, promove um melhor arcabouço para a equidade, a integralidade na atenção à saúde, além de potencializar a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala na Atenção à Saúde Pública no Brasil.

Nesse sentido, a definição das responsabilidades dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e os Municípios) é indispensável devendo haver entre os gestores do SUS, relações mais cooperativas e solidárias uma vez que, a maior parte dos municípios brasileiros são pequenos e não tem condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral à saúde de seus cidadãos. Enquanto, a concentração de certos serviços de maior complexidade em municípios maiores, gera ganhos em termos de economia de escala e qualidade.

Portanto, a regionalização é uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso, na eficiência e efetividade dos serviços de saúde a ser garantida para a população residente na área de abrangência de cada espaço regional, que ainda se mostram fragmentados dentro da organização funcional do SUS.

Embora seja uma diretriz organizativa do SUS desde a Constituição Federal de 1988, somente a partir da NOAS SUS 2001 e 2002, o SUS passou a implementar essa diretriz. Esse processo foi sendo aprimorado por meio das normas trazidas pelo Pacto pela Saúde 2006, e fortalecido após a publicação de diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, em 2010, e a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011.

Mais recentemente, o processo de regionalização e do Planejamento Regional Integrado - PRI ganhou novas diretrizes por meio das Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018 (ambas consolidadas por meio da Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021).

O Planejamento Regional Integrado - PRI está entre as estratégias de coordenação para promover a articulação entre as esferas federativas e consiste em um processo contínuo, coordenado, integrado e interdependente que expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre os gestores que abrangem uma região de saúde.



Sua elaboração na Região Sul do Estado do Espírito Santo, deve sintetizar a organização regional dos serviços, das ações de saúde, dos fluxos de acesso e da definição de responsabilidades dos entes federados no espaço regional.

Assim sendo, enfatiza-se que as Comissões Intergestores Regional Sul- CIR-SUL e Bipartite - CIB, têm papéis decisivos nesse processo de construção e aprovação respectivamente do PRI Regional, uma vez que são foros de negociação e pactuação entre gestores, deliberando sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

A implementação do processo de Regionalização e do PRI, deve ser agenda prioritária dos gestores do SUS, formalizada por pactuação na plenária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Espera-se que a elaboração do PRI da Região Sul / ES, venha promover a equidade regional, bem como contribuir para a concretização de um Planejamento Ascendente do SUS mais qualificado, efetivo e eficiente em prol das ações de saúde ofertadas pela RAS a nossa população.



II – PROADI/SUS: FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma aliança entre seis hospitais de referência no Brasil e o Ministério da Saúde. Criado em 2009, seu propósito é apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde.

O Projeto “Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde: Regionalização”, é uma iniciativa tripartite para o aprimoramento da gestão e governança do SUS, através do PROADI-SUS, que se propõe a fomentar a organização da Rede de Atenção à Saúde e de Vigilância - RASV.

O fortalecimento das ações da RASV de forma ascendente, partindo das necessidades específicas regionais, por meio do Planejamento Regional Integrado - PRI, favorece o avanço do processo de Regionalização, visando instrumentalizar a gestão, por meio de apoio teórico metodológico, na perspectiva de embasar a elaboração do Planejamento Estratégico Estadual e do Plano Estadual de Saúde.

No Espírito Santo as 03 (três) Regiões de Saúde aderiram ao Projeto, optando cada uma por uma rede de atenção à saúde prioritária, sendo a Rede de Atenção Materna e Infantil - RAMI pactuada pela Regional Sul como objeto desta proposta.

Coordenado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz - HAOC, o PROADI/SUS: Regionalização, foi desenvolvido no Estado conforme as fases previstas no projeto e descritas a seguir:

Fase 1: foi baseada nas ações estruturantes do Projeto, sendo estas: elaboração e aprovação, pelo Grupo Executivo do HAOC, das diretrizes teórico-metodológicas gerais do Projeto; das diretrizes para realização do processo seletivo dos articuladores estaduais e das diretrizes para adesão das macrorregiões de saúde (denominadas no Estado como Regiões de Saúde).

Fase 2: foi desenvolvida através das ações programadas no Guia Operacional Básico - GOB, compreendendo o processo de adesão da Secretaria Estadual de Saúde - SESA e do COSEMS, além da composição dos espaços estratégicos de gestão local do projeto: Grupo Condutor Estadual - GCE e Grupo de Trabalho Macrorregional - GTM.

Nessa fase, ocorreu a contratação de três Apoiadores para o PRI, através do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação - ICEPi, por meio da Portaria nº 1.812/2020, na perspectiva de cumprir o papel de Apoio Institucional coordenando os trabalhos junto ao GTM das três Regiões de Saúde, e para atuarem na interlocução entre a SESA, Superintendências Regionais de Saúde – SRS e as



Secretarias Municipais de Saúde, com a função de produzir os relatórios e produtos das Fases de desenvolvimento do PRI.

Fase 3: se destinou a criar suporte técnico e metodológico na instrumentalização do GCE e GTM com vistas à realização da análise de situação de saúde, definição de prioridades sanitárias e das diretrizes que nortearam o desenvolvimento do PRI nas Regiões de Saúde.

Nesta fase o percurso metodológico seguido pelo GTM da Região Sul, além das reuniões de alinhamento conceitual com o próprio grupo, contemplou diversas reuniões com áreas técnicas da SESA e SRSCI, com oficinas preparatórias de alinhamento técnico para apoio às atividades do GTM e grupos de trabalho para desenvolvimento das atividades, culminando em uma oficina final de proposição de ações para organização da RAMI.

Fase 4: se destinou a prestar suporte teórico metodológico ao GCE e GTM no tocante a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RASV, bem como subsidiar a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde, nas Regiões de Saúde.

Fase 5: prestou apoio teórico e metodológico ao GCE e GTM para a elaboração do Plano Regional Integrado - PRI para as Regiões de Saúde do Estado.

Fase 6: tinha como objetivo desenvolver a proposta de monitoramento do PRI de cada Região de Saúde, através da implementação e institucionalização por meio das Comissões Intergestoras (CIR e CIB), mas que não chegou a ser concluída na Região Sul de Saúde.

As fases foram desenvolvidas através de encontros Regionais e Estaduais, presenciais e online, e cada encerramento de fase foi marcado por uma oficina presencial, na qual eram apresentados os produtos finais e o planejamento da nova fase, com a finalidade promover o alinhamento conceitual e metodológico, apresentar e discutir o GOB, direcionando as ações e entregas dos produtos futuros.



III – REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

A regionalização no SUS foi definida pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária para “garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e aperfeiçoar os recursos; e potencializar o processo de descentralização” (MS, 2001-2002).

Destaca-se como um dos princípios do SUS e deve garantir a organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada e integrada, considerando as características de cada região.

As regiões de saúde devem ser formadas por municípios fronteiriços que compartilham características culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes e logística. É um processo complexo que envolve a descentralização política, financeira e administrativa, sendo construída a partir da participação coletiva e comunitária, com vistas ao atendimento integral da necessidade sanitária da população adstrita.

A proposta de um modelo assistencial e de participação popular que garantiu o pioneirismo da descentralização no Estado do Espírito Santo foi enunciada na Lei Estadual nº 4.317, de janeiro de 1989, a qual estabeleceu como órgão central a Secretaria de Estado da Saúde e as instâncias de participação social estadual e regionais: Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Regionais de Saúde. O Decreto nº 3.011-N, de 06 de julho de 1990, que homologa o modelo assistencial de saúde para o Estado do Espírito Santo, instituiu à época no organograma da SESA às 04 Superintendências Regionais de Saúde - SRS localizadas nos municípios de São Mateus, Colatina, Cariacica e Cachoeiro de Itapemirim, que assim se mantêm desde então.

O Espírito Santo foi o segundo Estado da federação a seguir as determinações da Constituição Federal de 1988 no que tange ao princípio da descentralização das ações, seja por meio de municipalização seja por regionalização.

No início dos anos 2000 as Normas Operacionais da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS/SUS nº 01/2001 e 01/2002 impuseram a redefinição territorial das regiões de saúde para a constituição de redes regionais, com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e acesso da população às ações e serviços de saúde”. Introduziram a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização - PDR de 2003.

Ao longo de duas décadas - 1999 a 2019, a Secretaria de Estado da Saúde - SESA, tem utilizado os princípios da regionalização (definida em cada época), configurando a partir de 2003, o PDR como instrumento de planejamento e gestão estadual, regional e municipal para a organização do Sistema Estadual de Saúde.

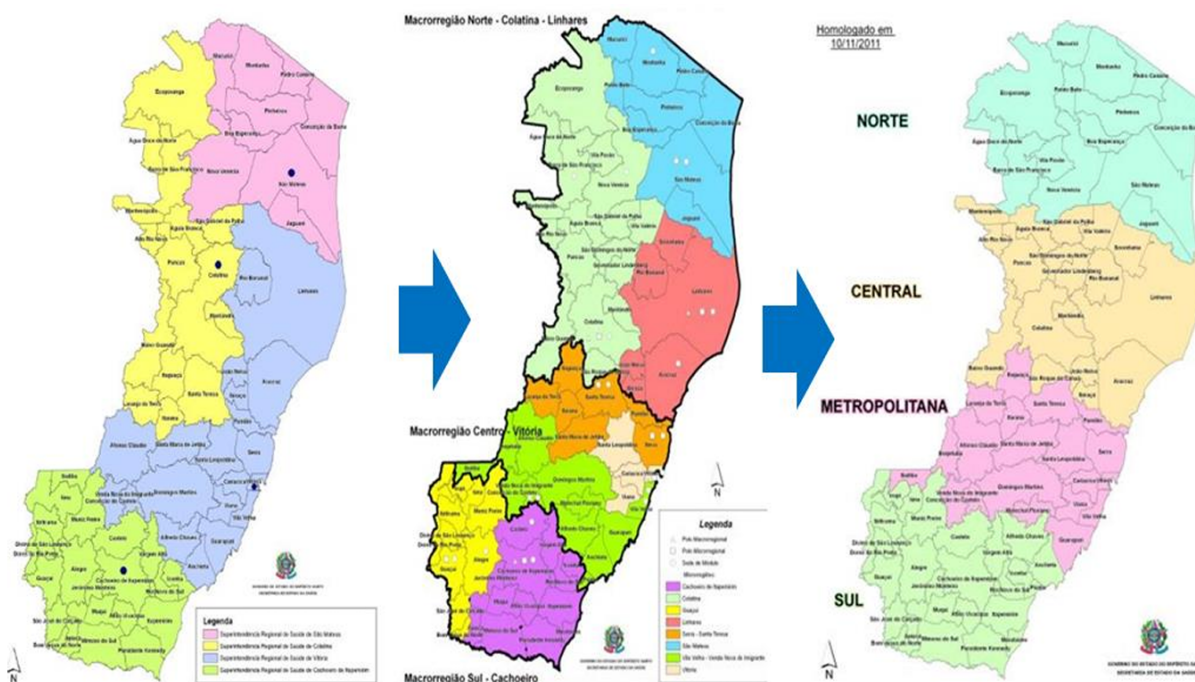


No Pacto pela Saúde, em 2006, mantém-se a regionalização como eixo central e reafirmam-se os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS/SUS nº 01/2001 e 01/2002.

Especialmente entre 2011 e 2019 a SESA tem utilizado a regionalização para a organização das Redes de Atenção à Saúde e Vigilância - RASV, conforme Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, e para a elaboração de Planos Diretores da Atenção Primária como base estruturante dessas Redes.

O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Instituiu, além disso, os Colegiados de Gestão Regional como instância de cogestão no espaço regional (Série Pactos pela Saúde, 2006, vol.10, p.8). Em 2010, a SESA-ES e COSEMS-ES pactuaram uma atualização do PDR e elaboração de nova programação assistencial, aprovados pela CIB/SUS-ES em 2011, na qual se configuraram 04 regiões de saúde - Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul - abolindo o conceito de micro e macrorregiões e fortalecendo os princípios que hoje norteiam a Resolução CIT nº 37, de escala e escopos adequados para a RASV e para a garantia de resolutividade e integralidade do cuidado em cada região, respeitando ainda critérios de acessibilidade, desenvolvimento sócio-econômico, demográficos, rotas de transporte e de identidade e pertencimento sociocultural.

Figura 01: Mapas do estado do Espírito Santo que apresentam a cronologia e a evolução da regionalização da saúde.



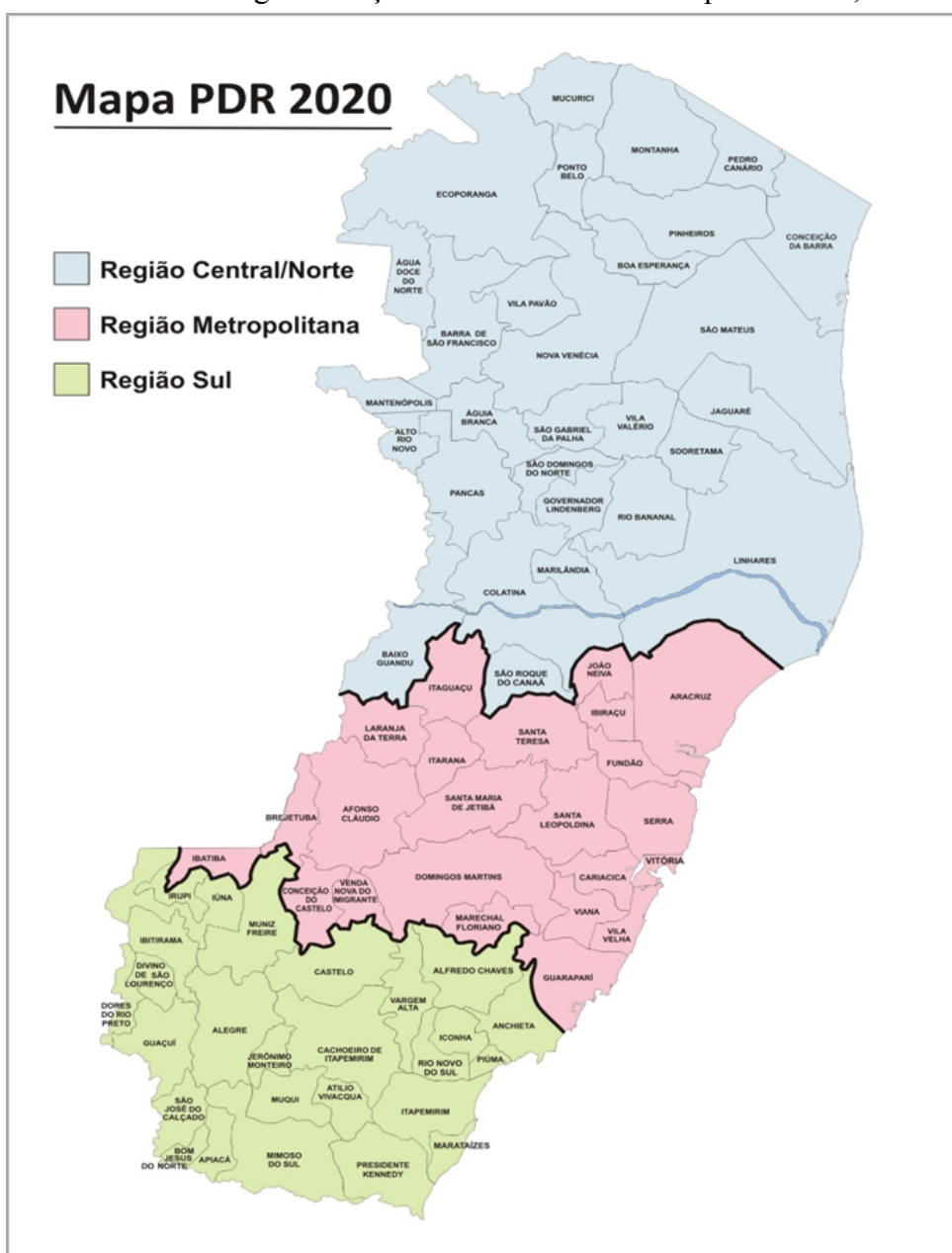
Fonte: SESA.



Para atender as últimas normativas do processo de regionalização de 2020 se estabeleceu novo estudo dos limites regionais instituindo no território do Estado do Espírito Santo 03 (três) Regiões de Saúde através da Resolução CIB/SUS-ES nº 153/2020, conforme divisão estabelecida na figura a seguir.

Contudo, cabe destacar que mesmo com a redefinição da territorialização as Superintendências Regionais foram mantidas na sua concepção, competências e responsabilidades, ficando a Região de Norte com duas superintendências.

Figura 02: Plano Diretor de Regionalização - PDR da Saúde do Espírito Santo, 2020.



Fonte: SESA, 2020.



IV – CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO SUL

A Região Sul é composta por 26 municípios, sendo eles: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dorcas do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataizes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

Figura 03: Municípios adstritos à Região Sul de Saúde do Espírito Santo.



Fonte: SESA, 2020.

A região é a segunda mais populosa do Estado, correspondendo a 17,74% da população do Espírito Santo. Dos municípios da região, Cachoeiro de Itapemirim concentra o maior número de habitantes. O movimento migratório da região acontece em direção ao litoral nos períodos de verão, e, internamente devido ao cultivo de cana de açúcar e café.

Tendo em vista as grandes diferenças entre os municípios da Região Sul, o Setor de Planejamento Estratégico de Saúde da SESA, através da Lei Estadual nº 9.768/2011, vem organizando sanitariamente a região em três microrregiões, para favorecer o desenvolvimento de pólos de atenção à saúde, otimizando recursos, concentrando serviços, evitando o deslocamento de pacientes, sendo estas: Litoral Sul, Central Sul e Caparaó.

Atualmente a Região Sul de Saúde é dividida em 03 Micro Pólos Regionais de Saúde, aprovado pela Resolução CIB-SUS/ES nº 071/2022, que em 2022 totalizava 640.977 habitantes, conforme



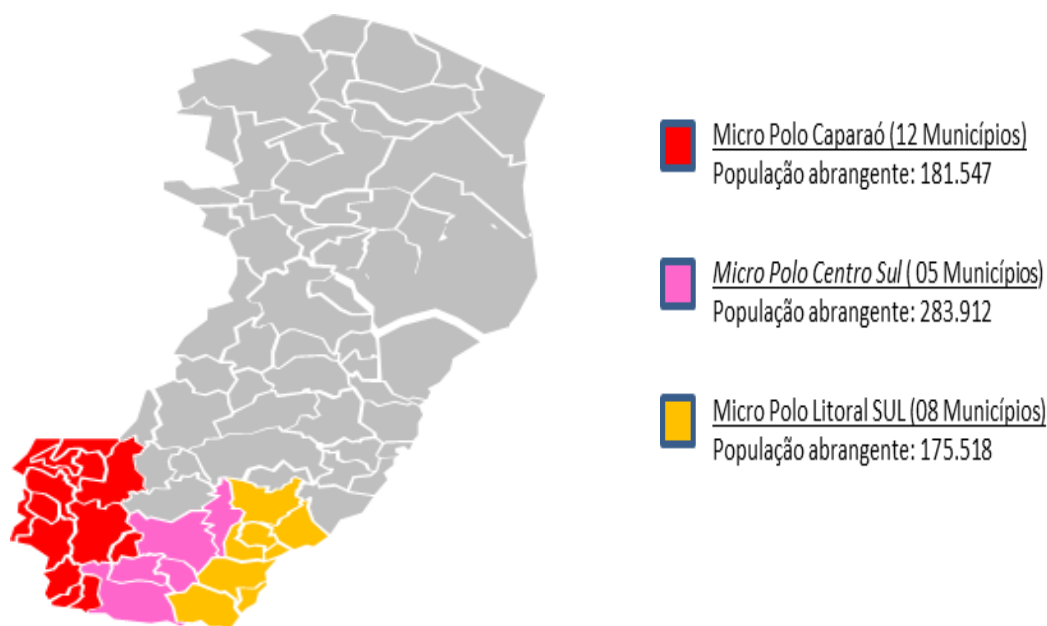
demonstrado no Quadro 1. O município de Castelo, pertencente a Região Sul de Saúde, mas compõe o Micro Pólo Serrano da Região Metropolitana, logo essa população não compõe o Micro Pólo Centro Sul.

Quadro 01: Municípios adstritos segundo Micro Pólo de planejamento estadual da Região Sul.

Micro Pólo	Municípios das Adstritos
Litoral Sul	Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Piúma, Itapemirim, Rio Novo do Sul, Marataízes e Presidente Kennedy
Central Sul	Cachoeiro de Itapemirim, Vargem Alta, Castelo, Atilio Vivácqua, Mimoso do Sul, Muqui, Apiacá e Jerônimo Monteiro
Caparaó	Divino de São Lourenço, Dorcas do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Muniz Freire, Irupi, São José do Calçado, Alegre, Bom Jesus do Norte e Iúna

Fonte : Resolução CIB Nº 071/ 2022

Figura 04: Mapa dos Micro Pólos de Saúde da Região Sul de Saúde do Espírito Santo.



Fonte : Resolução CIB Nº 071/ 2022

O Micro Pólo do Caparaó se sobressai pelo potencial turístico e paisagístico dos seus recursos naturais e pela presença do Parque Nacional do Caparaó. Apresenta desafios importantes relacionados ao baixo desenvolvimento econômico e alta taxa de pobreza. Possui um significativo contingente populacional que mora e trabalha no campo, com menor taxa de urbanização que o restante da região. Assim, atenta-se para a necessidade de ações para ampliação da proteção social e



a garantia dos direitos humanos aos segmentos mais vulneráveis da população, como as gestantes e crianças.

O Micro Pólo Litoral Sul tem como atividade econômica motriz o turismo, respondendo significativamente pela geração de renda e emprego, seguida pela indústria e agropecuária. Apesar da crescente participação no PIB estadual devido à exploração do Petróleo, possui também alta taxa de pobreza.

O Micro Pólo Centro Sul destaca-se pela exploração de mármore/granito, englobando a produção de equipamentos e acessórios para a extração e beneficiamento de rochas ornamentais. Articulada à Cachoeiro de Itapemirim, a região fornece os serviços mais especializados na área de saúde. No entanto, a região também possui desafios importantes relacionados à ampliação do acesso e à qualificação da Atenção Básica à Saúde.

Considerando o aspecto étnico-racial, observa-se maior concentração de população quilombola nos municípios da região Sul em relação às outras regiões do estado. Destacam-se os municípios de Muniz Freire e Muqui que apresentam 5 e 7 comunidades respectivamente dentro dos seus territórios, além de outros 14 municípios da região, que possuem de 1 a 3 comunidades, o que representa um total 53 comunidades em 84% dos municípios da Região Sul. As comunidades Quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Observa-se uma ausência de política de saúde voltada exclusivamente para esta população, o que consiste em um desafio para a região.

Ainda em relação às especificidades regionais, no distrito de Patrimônio da Penha, pertencente ao município de Divino de São Lourenço, encontram-se concentradas algumas Comunidades Alternativas - “hippies” e a única Igreja do Santo Daime do Estado, que se destaca pelo uso em sua doutrina de uma bebida alucinógena, o *ayuhuasca*, que segundo seus seguidores, tem o fim de catalisar processos interiores e espirituais, buscando a cura e o bem-estar do indivíduo. Existe uma relativa resistência dessas comunidades alternativas em aceitar as ações de saúde programadas pela estratégia de saúde da família do Município, sendo muitas delas inclusive, adeptas à prática do parto natural em casa.



V – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PERFIL DEMOGRÁFICO

Para assegurar que as comunidades atinjam bom nível de saúde, há necessidade, primeiramente, de conhecer a sua realidade, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto sanitário para, em seguida, planejar, atuar e, posteriormente, reavaliar a situação, permitindo detectar se as mudanças almejadas foram alcançadas.

Nesse processo, utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, entre outros, a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real. Alguns desses indicadores são construídos com estatísticas relativas a eventos vitais, à composição da estrutura populacional, à morbidade, a serviços e a ações de saúde.

A sociedade espiritossantense vem apresentando constantes mudanças, considerando os novos paradigmas socioeconômicos, ambientais e tecnológicos, entre outros. A velocidade desses processos, elevam a importância do planejamento, principalmente para o setor público, sendo este o grande responsável pelo bem estar da população.

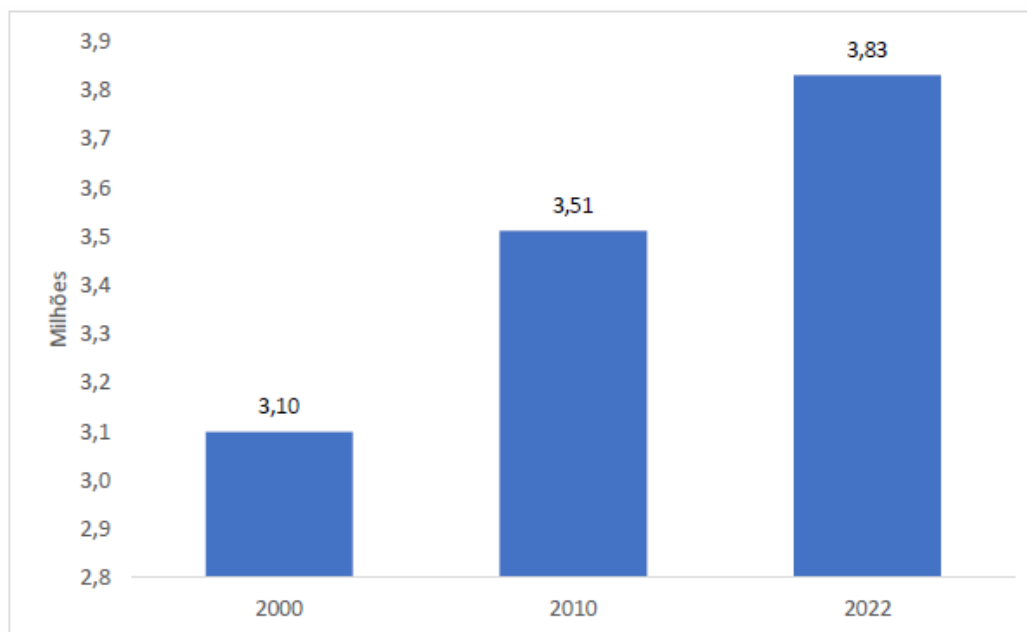
Na área da saúde, diagnósticos situacionais assertivos, são imprescindíveis na formulação de políticas efetivas, voltadas à prestação qualificada de serviços ao cidadão. Nessa perspectiva, apresenta-se as principais dinâmicas e características demográficas, econômicas e sociais.

O Estado do Espírito Santo é o menor estado da região sudeste com área geográfica de 46.098,1 km², distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. No Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Espírito Santo era de 3.514.952 habitantes, já na edição de 2022, esse número subiu para 3.833.710, um crescimento de 9%. Essa foi a maior taxa de crescimento registrada entre os estados do Sudeste. Esse crescimento é equivalente a 2,6% do crescimento do país.

O Espírito Santo apresenta a 15^a maior população e a 12^a maior taxa de crescimento entre as Unidades da Federação, sendo a maior taxa Roraima (41,25%) e a menor, Alagoas (0,21%). Assim como na década anterior, entre 2010 e 2022 o Espírito Santo registrou a maior taxa de crescimento (9,07%) entre os estados do Sudeste; São Paulo (7,65%); Minas Gerais (4,80%); Rio de Janeiro (0,40%). No mesmo período, a taxa de crescimento do Brasil foi de 6,45%.



Gráfico 01: População residente, Espírito Santo, 2000, 2010 e 2022.



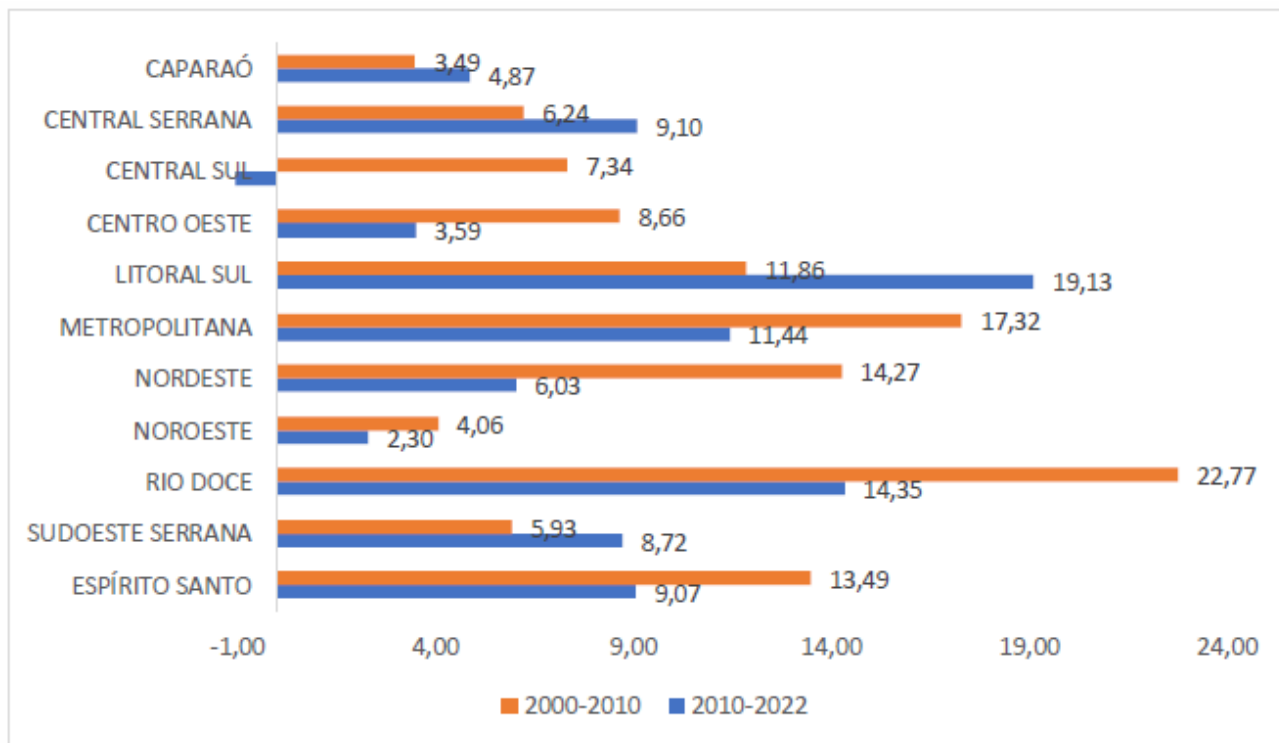
Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000, 2010 e 2022.

Entre os Micro Pólos de Saúde do Espírito Santo, as três maiores taxas de crescimento da década 2010-2022 ocorreram na Litoral Sul (19,13%), Rio Doce (14,35%) e Metropolitana (11,44%), sendo que a média do estado foi de 9,07%. O Micro Pólo Central Sul foi a única a registrar taxa de crescimento negativa (-1,05%).

Entre os municípios, a maior e a menor taxa de crescimento foram registradas, respectivamente, em Presidente Kennedy (29,86%) e Pancas (-12,32%). Entre 2010 e 2022, 23 municípios perderam população, sendo que Cachoeiro de Itapemirim representou 18% do total perdido, Pancas 12,7% e Pedro Canário 10,9% (entre 2000 e 2010 foram 18 municípios). Por outro lado, 55 municípios ganharam população, sendo que a Serra representou 30,5% do ganho populacional, Vila Velha 15,7% e Linhares 7,6%.



Gráfico 02: Taxa de crescimento da população no ES e nos Micro Pólos Regionais, 2000-2010 e 2010-2022.

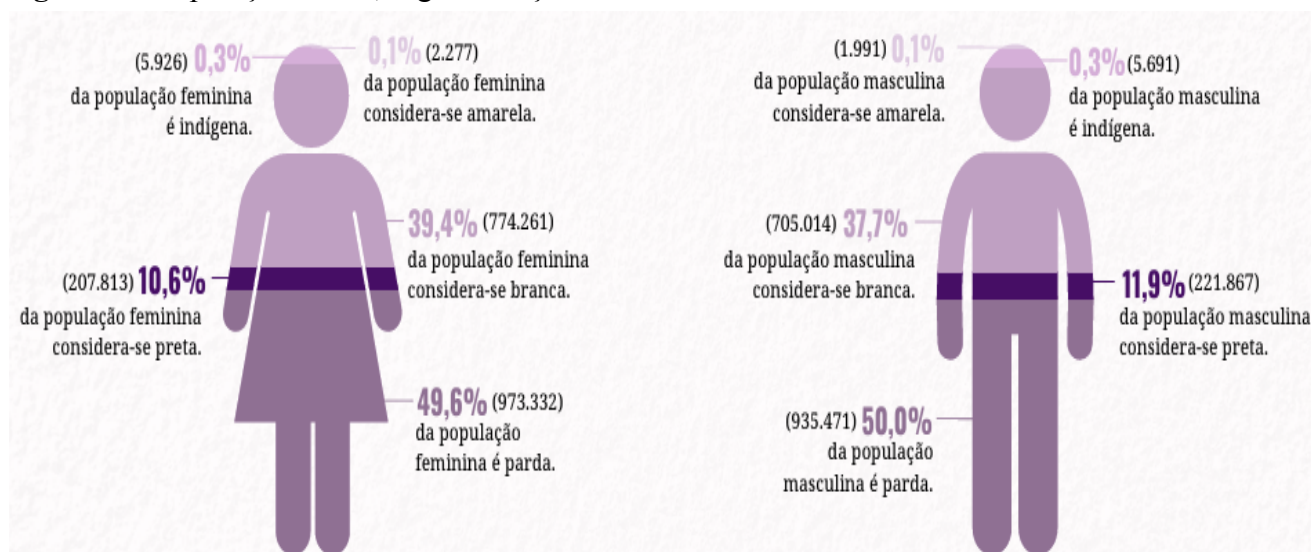


Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000, 2010 e 2022

O Espírito Santo é o 15º estado mais populoso do Brasil, com densidade demográfica de 83,21 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH tem a marca de 0,771, medido em 2021 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD.

Entre os Micro Pólos Regionais, depois da Metropolitana, que ocupa a 1ª posição, com densidade demográfica muito acima das demais (809,31 hab/km²), destaca-se o Micro Pólo Central Sul, com 83,55 hab/km².

Figura 05: População do ES, segundo raça e cor.



De acordo com os resultados do Censo 2022, pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população brasileira (45,3%) se declarou como parda; o equivalente a cerca de 92,1 milhões de pessoas. Até então o maior percentual era representado pela população que se declarava branca. A população feminina capixaba é composta por 60,2% de mulheres negras (pretas ou pardas).

A pesquisa revelou ainda que, em 2022, cerca de 43,5% (88,2 milhões de pessoas) se declararam brancas, 10,2% (20,6 milhões) se declararam pretas, 0,6% das pessoas (1,2 milhão) se declararam indígenas e 0,4% (850,1 mil) se declararam amarelas.

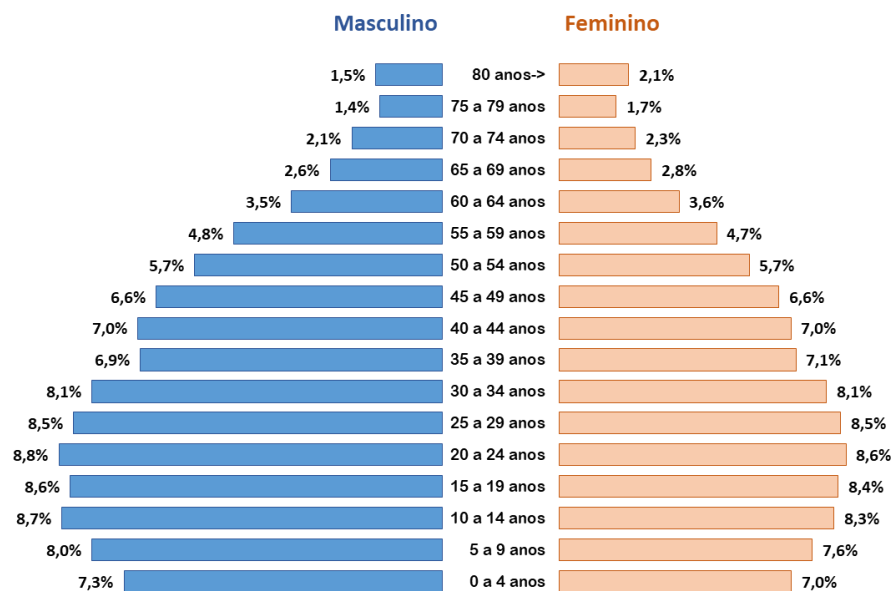
Comparando com o ano de 2010, observou-se um aumento de 42,3% na população preta, elevando sua representação no total da população de 7,6% para 10,2%. A população parda registrou um crescimento de 11,9%, aumentando sua proporção na população total do país de 43,1% para 45,3%. Além disso, a população indígena teve um aumento, elevando sua participação de 0,5% para 0,6%.

No Espírito Santo o Censo 2010 – IBGE aponta que a população do Espírito Santo é em sua maioria formada por negros e pardos atingindo mais de 60% do contingente populacional: brancos (39,3%), negros (7,2%), pardos (53,3%) e amarelos ou indígenas (0,2%).

Considerando os dados populacionais de 2010 (IBGE) em relação a estimativa de 2021, observa-se um crescimento populacional de 7,66% na região sul. Há de se considerar que em 2010 a população masculina representava 49,82% e a feminina 50,18% do total da população. Quanto à estimativa de 2021, 49,59% representa a população masculina e 50,41% a população feminina. Portanto, houve um crescimento de 7,16% da população masculina e 8,15% da feminina, na região sul de saúde.

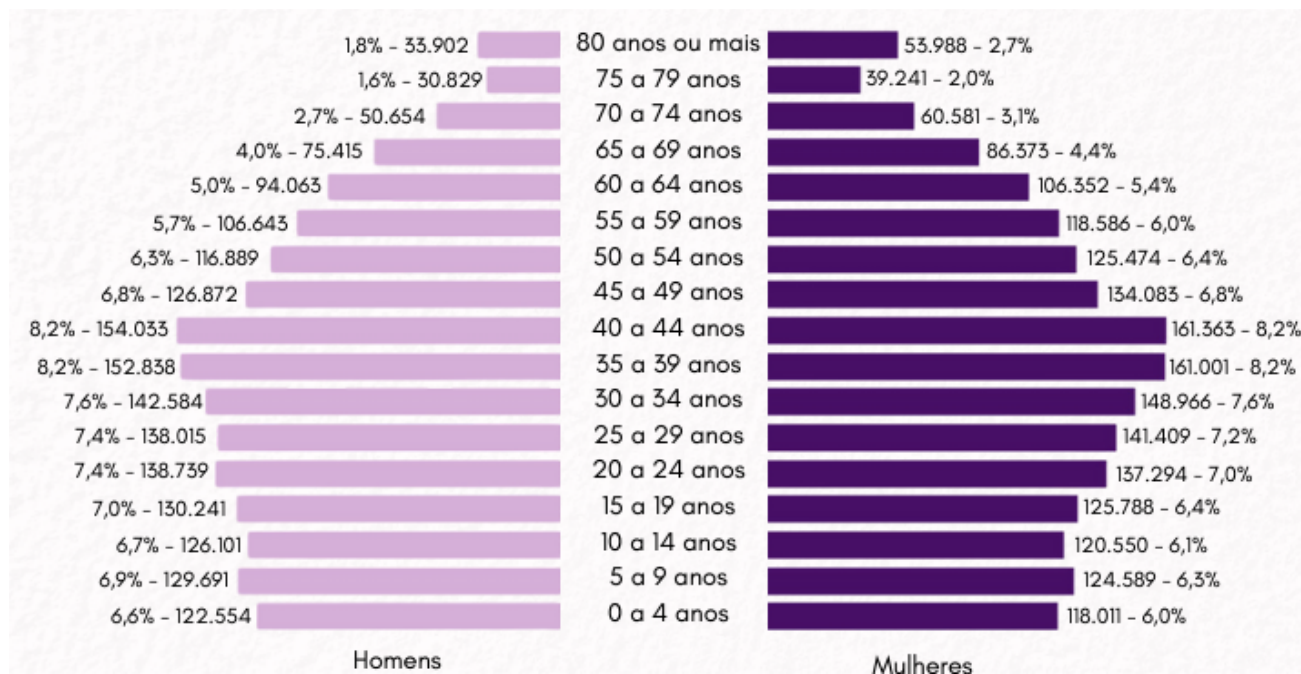


Gráfico 03: Pirâmide por Faixa Etária do Espírito Santo, Censo 2010.



Fonte: IBGE Cidades

Gráfico 04: Pirâmide por Faixa Etária Região Sul estimada para 2022.



Fonte: Observatório Mulheres ES, 2023.

Considerando as faixas etárias de 0 a 29 anos, houve decréscimo na população masculina e na população feminina, sugerindo um progressivo envelhecimento da população.



O envelhecimento populacional é a transformação da estrutura etária que acontece em decorrência do aumento da proporção de idosos no conjunto da população e consequente diminuição da proporção de jovens.

O índice de envelhecimento - IE mede a relação entre a população idosa e a população jovem, de 0 a 14 anos de idade e acima de 60 anos. Um IE menor do que 100 significa uma população jovem e um IE igual ou maior do que 100 significa uma população idosa.

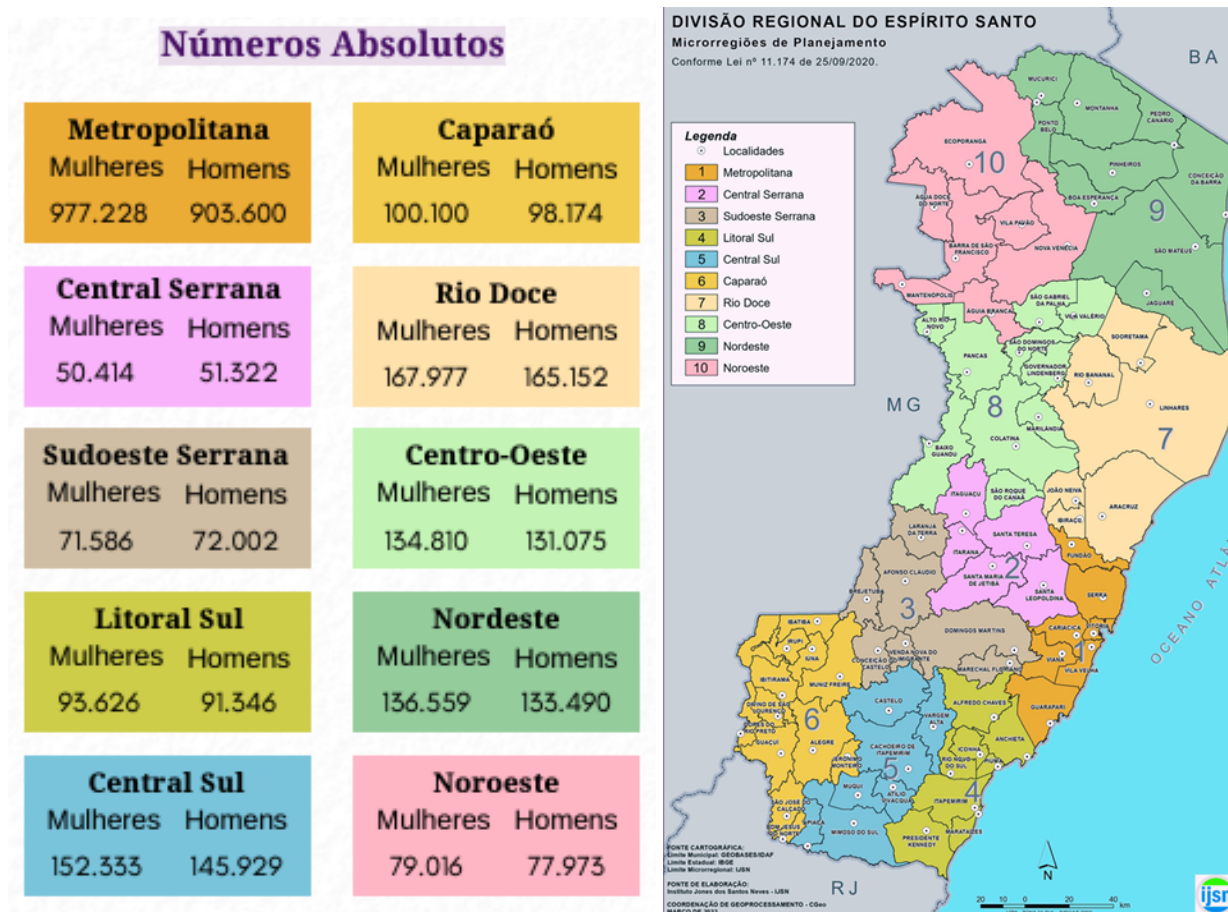
No gráfico 5 é possível observar que na Região Sul a proporção de pessoas mais convencionalmente consideradas em “idade de trabalhar”, entre de 18 a 59 anos, representam 60% do total da população. E ter uma boa fatia da população em idade de trabalhar e sustentando uma pequena proporção de crianças e idosos, é uma condição favorável para elevar a renda per capita e o nível geral de bem-estar das pessoas, em determinado espaço geográfico.

Seja qual for o cenário econômico, a necessidade de qualificar a mão de obra persiste, para que se possa garantir maior produtividade dos trabalhadores em idade produtiva, visto que, de acordo com os dados do IBGE, a tendência para as próximas décadas é uma queda importante da parcela da população brasileira potencialmente produtiva.

O envelhecimento da população traz significativas consequências para o setor de saúde, como o predomínio das doenças crônicas degenerativas, necessitando de uma gama de tecnologias em saúde. Portanto o envelhecimento saudável, requer um pacto social, um compromisso coletivo em defesa do Sistema Único de Saúde.



Figura 06: Distribuição da população do ES, segundo sexo, por Micro Poló, Censo 2022.



Em 2022, a população feminina se mantém como a maioria da população brasileira, representando 51,5% do total de pessoas, possuindo maior taxa de crescimento do que os homens. Enquanto a taxa de crescimento populacional entre as mulheres foi de 7,4%, entre os homens esse valor foi de 5,5%. A população feminina é majoritariamente adulta e idosa, com as mulheres entre 40 e 44 anos representando a maior parte da população. Mulheres são minoria na faixa etária dos 0 aos 39 anos.

Em 2022, a população feminina capixaba cresceu mais do que a dos homens. Enquanto a taxa de crescimento populacional entre as mulheres foi de 10,1%, entre os homens esse valor foi de 8,0%. Maior Taxa de Crescimento da população feminina: Presidente Kennedy (35,8%) Menor Taxa de Crescimento da população feminina: Maior população feminina: Serra (269.243) Menor população feminina: Divino de São Lourenço (2.463) Pancas (-1 1,0%).



VI – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - PERFIL MATERNO E INFANTIL

Para darmos continuidade em nossos estudos precisamos traçar o perfil materno de nossa região, entendendo que as informações remetem primeiramente aos dados das mulheres em idade reprodutiva, que vai dos 10 aos 49 anos de idade, e que está relacionada ao nível de fecundidade ou fertilidade. A taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos, que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, em determinada unidade geográfica em um determinado período de tempo.

No Estado do Espírito Santo, segundo dados do IBGE, a Taxa de Fecundidade em 2017 era de 1,74, esse número sofreu queda e em 2021 passou para 1,71 filhos por mulher. No Brasil, a taxa de fecundidade em 2023 é de 1,57 filho por mulher, e a região com a maior Taxa de Fecundidade é a Norte do país, com 2,51 filhos por mulher, enquanto a região Sudeste tem a menor média nacional, com 1,75. A Taxa de Fecundidade considerada aceitável para reposição populacional é de 2,1 filhos por mulher ao longo da vida.

A taxa de fecundidade da Região Sul do Espírito Santo está em declínio, assim como no Estado e no Brasil. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade no emprego para a mulher quando pari, etc. Em alguns municípios da nossa região não se verifica declínio relevante na taxa de fecundidade como é o caso de Atílio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Presidente Kennedy que os números e mantém há alguns anos.

Entendemos que a Taxa de Fecundidade está diretamente associada ao número de nascidos vivos, mas essa informação não reflete do total de gestantes no mesmo período, haja vista que nem todas as gestações resultam em bebês nascidos vivos, mas independente da gestação ser exitosa, todas as gestantes precisam ter suas necessidades de assistência em saúde atendida em todos os níveis de atenção, seja primária, secundária e terciária. Para calcular a estimativa de gestantes de uma região de saúde, é possível considerar o número absoluto de nascidos vivos, acrescido de 10%. O acréscimo de 10% é devido a perdas por subnotificação e abortos.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar desse fato, existem parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolvem problemas, apresentando mais probabilidade de evolução desfavorável, seja para o feto ou para a mãe. Essas gestantes são estratificadas durante o pré-natal e classificadas como alto risco, no Estado a estimativa é que 17% do total de gestantes sejam de alto risco.

Para uma atenção qualificada voltada para a gestação e o puerpério, se faz necessário

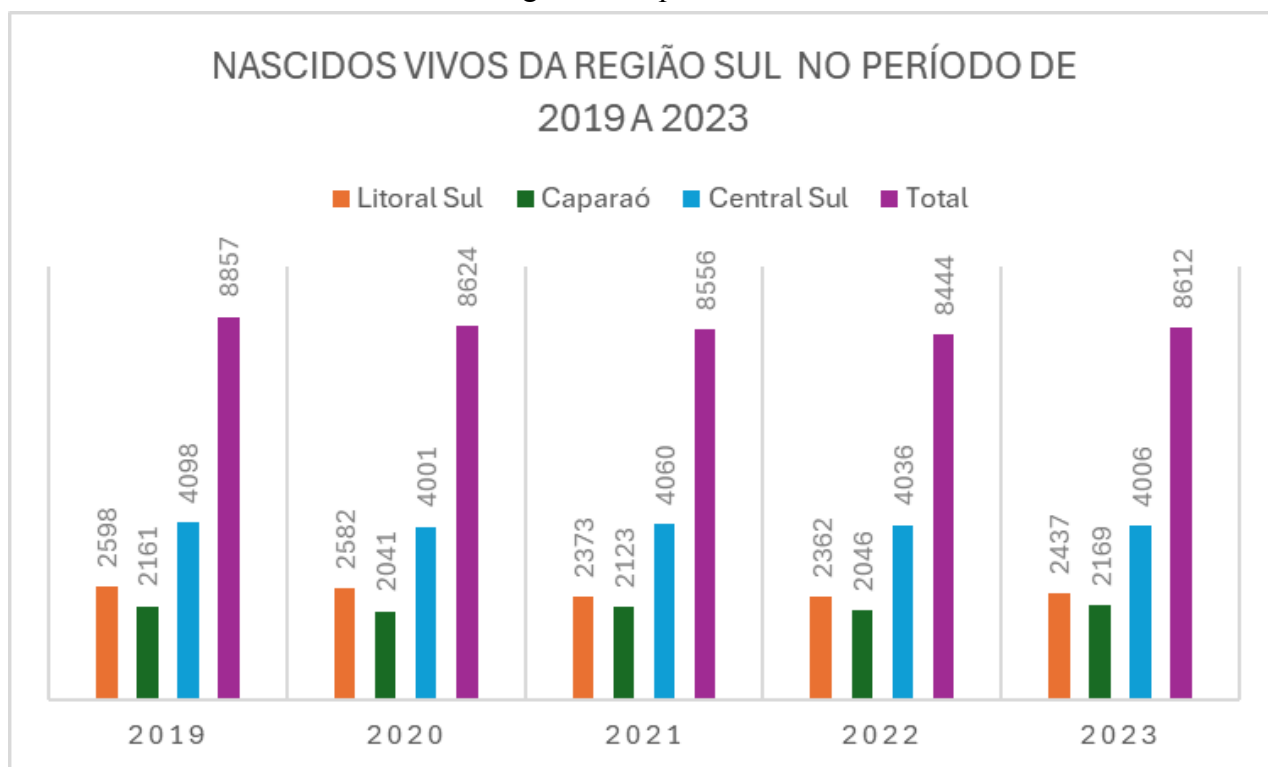


que a Rede de Atenção à Saúde garanta uma estrutura operacional composta por pontos de atenção, serviços de apoio e logísticos, com capacidade operacional para responder a necessidade de saúde da população-alvo; equipe multiprofissional, competente para o manejo dos usuários, em coerência com as evidências das diretrizes clínicas; fluxos e contrafluxos em tempos oportunos; processos de vigilância e cuidado qualificados; sistema de governança capaz de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente resposta oferecida à população. (*Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério-2019, Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein*).

Portanto, conhecer onde estão as gestantes, a organização dos serviços nos territórios municipais, é de extrema relevância para que a região possa responder de maneira oportuna às necessidades de saúde dessa população.

Na tabela a seguir observa-se que o Micro Pólo Centro Sul apresenta maior número absoluto de Nascidos Vivos - NV no período de 2019 a 2023, muito fortemente impulsionado pelo município de Cachoeiro de Itapemirim, que é o município pólo da Região Sul, com o maior número de habitantes, necessitando portanto de maiores arranjos organizativos no sentido de garantir serviço qualificado e resolutivo às gestantes desse território.

Gráfico 05: Série Histórica de NV da Região Sul e por Micro Pólo.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC



Uma mudança estrutural está em curso na sociedade brasileira, segundo dados do Censo 2022 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, com cada vez mais pessoas vivendo sozinhas e casais optando por não ter filhos.

No Brasil a porcentagem de domicílios em que vive apenas uma pessoa deu um salto significativo, passando de 12,2% em 2010 para 18,9% em 2022, em todas as faixas etárias e não mais apenas entre os idosos. O mesmo ocorreu com a proporção de casais sem filhos: subiu de 16,1% para 20,2% no mesmo período de tempo. A porcentagem de todos os demais arranjos domiciliares caiu, revelando uma alteração cultural e social significativa.

O envelhecimento da população e a queda das taxas de natalidade têm profundos impactos socioeconômicos no País, que caminha para o fim do chamado bônus demográfico (quando a proporção de jovens, população economicamente ativa, é maior do que a de idosos e crianças, elevando as chances do País elevar o seu PIB).

Nesse período, entretanto, não conseguimos migrar de país de renda média para renda alta. Outra consequência será a crescente demanda sobre o poder público por maior estrutura de saúde, assistência social e de previdência para os grupos mais velhos. Essa mudança no perfil das famílias está relacionada a vários fatores. Essa tendência progressiva de diminuição no número de NV também está sendo observada em nossa região.

Tipo de parto

Vamos apresentar a seguir outro índice muito importante para avaliarmos a qualidade na assistência ao parto e nascimento, que é a proporção de NV segundo o tipo de parto, sendo estes normal e cesáreo.

O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas no período de interesse. De acordo com a OMS (2016), uma cesárea deveria ser realizada, idealmente, apenas quando ela for necessária, do ponto de vista clínico. Por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragia e infecção. Estudos apontam ainda a possibilidade de consequências indesejáveis para os bebês, muitas das quais associadas ao risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).

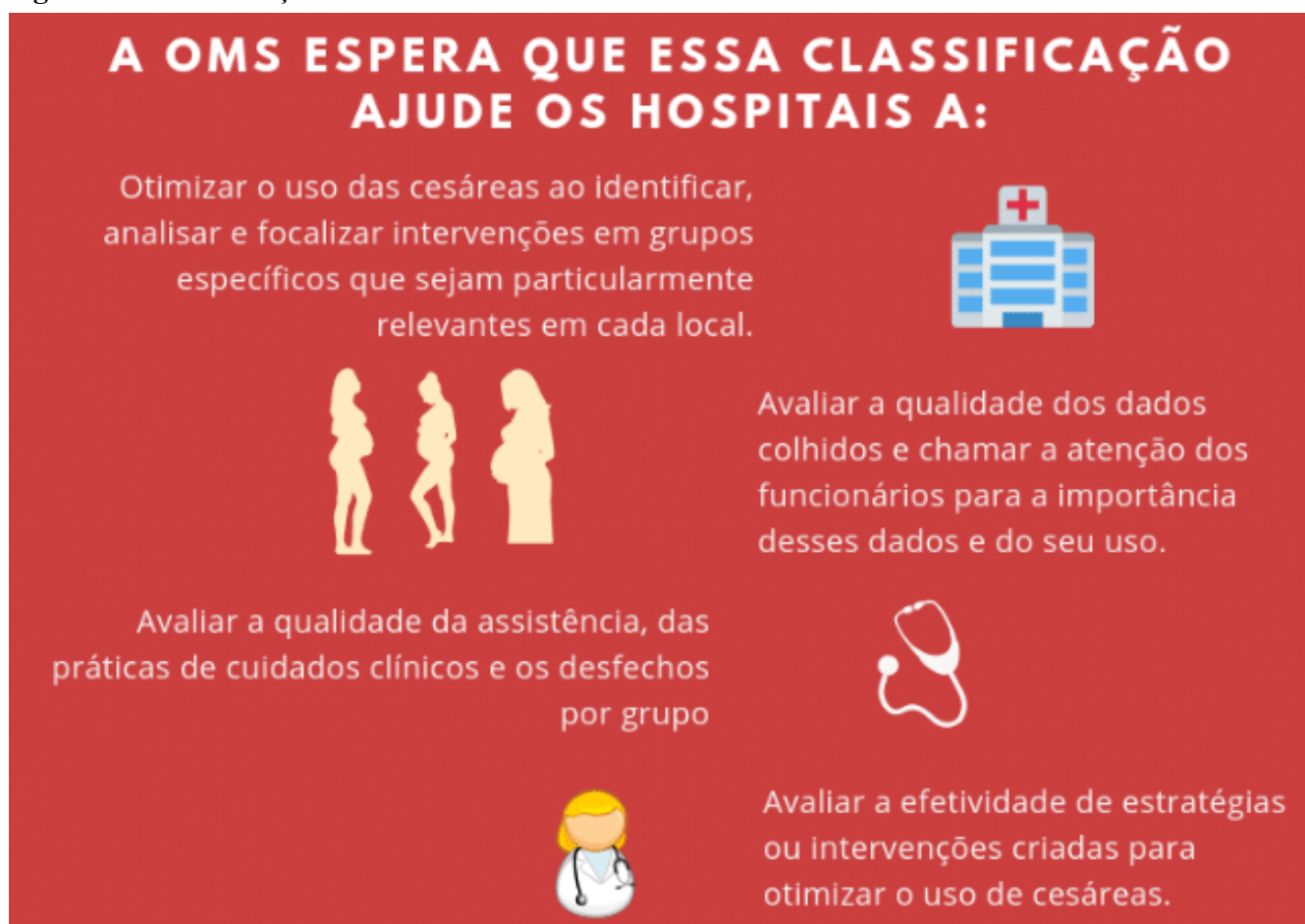
Estatísticas mostram que taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal, mas a recomendação da Organização Mundial de Saúde - OMS é que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico (OMS, 2016). Ou seja, existe uma situação real, na qual é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que este procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural.



O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com cerca de 83% dos partos realizados por meio de cesáreas (ANS,2019). Na América do Norte, essa proporção é de 32% e, na Europa, de 25%, por exemplo (Betrán et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou em 2015 a Classificação de Robson como instrumento padrão para ser utilizado em escala mundial, por ser uma ferramenta que avalia, monitora e compara taxas de cesariana e parto vaginal, com o objetivo de reduzir essas taxas de cesáreas.

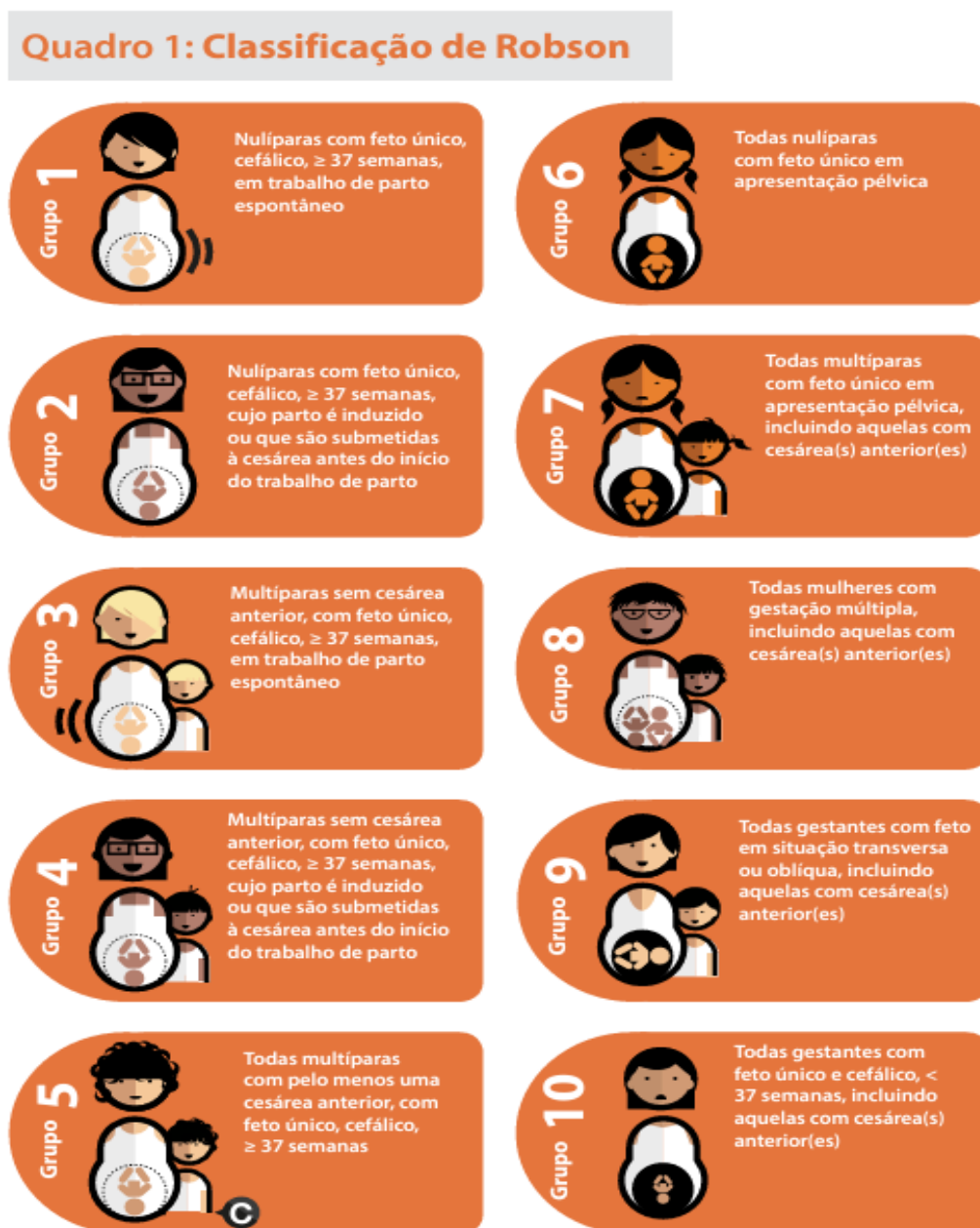
Figura 07: Classificação de Robson.



Fonte: OMS: Robson MS. Classification of caesarean sections.

A Classificação de Robson categoriza as gestantes em 10 grupos, com base em seis características obstétricas distintas: Paridade (antecedentes obstétricos: nulípara ou múltipara); Número de fetos (Único ou Múltiplo); Cesárea anterior (sim ou não); Início do trabalho de parto (Espontâneo, Induzido ou Cesárea antes do trabalho de parto); Idade gestacional (Pré-termo ou a Termo); e Apresentação fetal (Cefálica, Pélvica ou Transversa) .

Figura 08: Classificação de Robson.



Fonte: OMS: Robson MS. Classification of caesarean sections.



Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como “Classificação de Robson”) tem sido amplamente utilizada em muitos países. Em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson.

Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis adaptações ou modificações propostas pelos usuários desse sistema.

Na pesquisa Nacer no Brasil, coordenada pela Fiocruz, em 2014, constatou-se que o número excessivo de cesarianas expõem desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento. Esse índice elevado de cesarianas, se deve a uma cultura arraigada no Brasil de que o procedimento é a melhor maneira de se ter um filho. Em parte porque, no Brasil, o parto normal é realizado com muitas intervenções e dor.

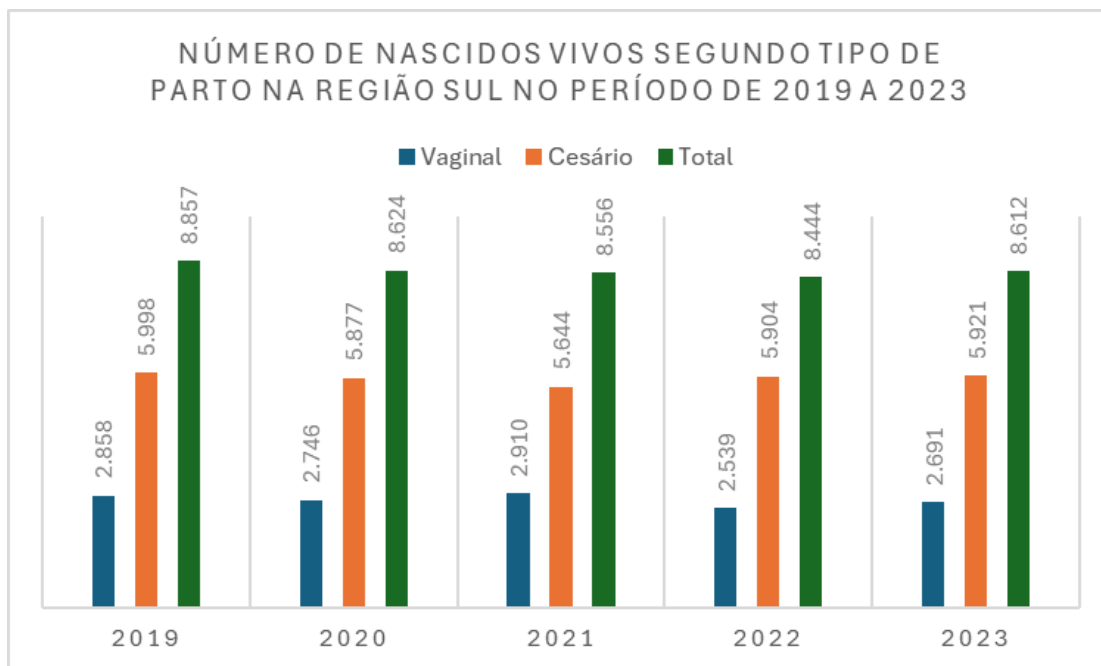
O Ministério da Saúde recomenda os cuidados que se devem ter na assistência ao parto, preconizando o acompanhamento seguro da mãe e do bebê e a redução de intervenções médicas desnecessárias e potencialmente prejudiciais para ambos, o que impacta negativamente no protagonismo da mulher para dar à luz e na experiência do nascimento. Nesse sentido, muito se discute no que tange a preocupação em oferecer um suporte de qualidade durante o parto e na escolha que as gestantes e os médicos obstetras fazem quanto à via de parto, seja cesariana ou vaginal, diante de justificativas clínicas ou mesmo na ausência destas.

Quando comparadas ao parto normal, as complicações da cesárea são mais significativas e incluem: maior risco tromboembólico, lesões e hemorragia materna e fetal, risco aumentado de infecções, maior incidência de dor no pós-operatório e recuperação mais prolongada. Define-se como parto normal aquele que ocorre de maneira espontânea e mantém-se assim durante o trabalho de parto, este apresenta grandes vantagens em relação ao parto cesáreo como menor risco de infecção, os laços afetivos entre a mãe e a criança ocorrem de maneira mais intensa e tempo menor de internação.

Além dos critérios obstétricos, outros fatores podem influenciar na escolha da via de parto, como os de ordem sociocultural e religiosa, e os de razão econômica e profissional, relacionados principalmente à fonte de pagamento, ou seja, se o parto será financiado pelo setor público ou pelo privado. A seguir observamos a série histórica por tipo de parto da Região Sul, demonstrando que seguimos a tendência nacional com uma média de 67% de partos cesáreos nos cinco anos estudados.



Gráfico 06: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo o Tipo de Parto.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A Taxa de Cesárea é um indicativo da qualidade da atenção ao parto, uma vez que o aumento do mesmo pode refletir a necessidade de se trabalhar no pré-natal orientações acerca das indicações para cada tipo de parto. O parto vaginal deve ser incentivado ao longo do acompanhamento das gestantes evitando assim indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. O indicador mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. A OMS preconiza taxas populacionais de cesariana entre 7% e 10%, e não superiores a 15% (WHO, 1985).

A cesárea é um procedimento cirúrgico que pode apresentar riscos para a mãe, como: perda de sangue, lesão de órgãos abdominais, infecção na incisão cirúrgica, aumento do risco de tromboembolia, hemorragia pós-parto, dentre outras.

A cesárea é indicada quando há algum problema ou risco para a realização de um parto normal. No entanto, repetir cesáreas pode ser perigoso, pois aumenta o risco de desenvolver acretismo placentário, uma disfunção grave nas gestações subsequentes.

A maioria das mulheres pode ter até três partos cesáreos com segurança, mas não há pesquisas suficientes para determinar um limite exato. A cesárea cicatriza em cerca de 6 a 10 semanas após o parto, mas o tempo pode variar de acordo com o organismo de cada pessoa.

Mesmo quando a cesariana é eletiva, esse risco é substancialmente maior do que aqueles ligados ao parto normal. A possibilidade de complicação se intensifica nas gestações subsequentes à cesariana.



Entre elas destaca-se a placentação anômala e a morbimortalidade neonatal, havendo um padrão dose-resposta dessas complicações na medida em que aumenta o número de cesarianas anteriores.

No caso das adolescentes, o primeiro parto por via abdominal pode causar maior prejuízo, haja vista a tendência de se privilegiar a via de parto anterior nos partos subsequentes, além da maior exposição devido ao longo período de vida reprodutiva e maior parturição das mulheres que iniciam a maternidade precocemente.

Idade da mãe

Outro ponto importante a ser abordado, é a idade em que essas gestações ocorrem, sabendo que existem sérios riscos quando muito precoce ou tardia.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 66% das gestações entre adolescentes são indesejadas, indicando que as condições para que isso aconteça são: falta de informação, falta de apoio das redes familiares e comunitárias, etc. Independentemente de ser planejada ou não, a gravidez precoce aumentará o risco de morte materna e infantil, bem como o risco de parto prematuro, anemia, aborto espontâneo, eclâmpsia e depressão pós-parto. A falta de conhecimento, a impossibilidade de obter métodos anticoncepcionais e informações suficientes para o planejamento reprodutivo, afeta diretamente um grande número de gestações na adolescência.

A preocupação com o uso de método contraceptivo sempre recai sobre a mulher, e geralmente elas têm conhecimento sobre a importância de se prevenir. “A grande maioria das gestantes adolescentes tem noção da necessidade de usar métodos contraceptivos. Sabe que existe camisinha, pílula ou DIU. Mas entre saber e usar, há um abismo”, afirma a dra. Fernanda Surita, ginecologista do Hospital da Mulher de Campinas-SP. Os profissionais apontam, ainda, para um fenômeno chamado “pensamento mágico”. O casal dificilmente acredita que a gravidez vá de fato acontecer com eles. Muitos pensam que “é só uma vez, então não vai acontecer nada”.

Já em relação à maternidade em idade avançada, também tem se tornado um fenômeno mais comum em nossa sociedade nas últimas décadas. A maior preocupação com a preparação acadêmica tem levado as mulheres a estabelecer novos objetivos profissionais, aumentar sua participação no mercado de trabalho e atrasar a vida conjugal e a maternidade em muitos casos. Isso, junto com o uso de métodos anticoncepcionais na busca por uma estabilidade econômica antes de formar família, as diferentes formas de relacionamentos afetivos que se expressam hoje e os avanços da medicina que permitem a gravidez em alguns casos, mesmo que a mãe já não seja jovem, são alguns dos fatores que influenciaram o atraso na idade da maternidade.



No entanto, a biologia das mulheres não tem mudado, e a fase considerada mais fértil e com menor risco na gravidez e pós-parto é dos 25 aos 29 anos, mas com as mudanças sociais considera-se aceitável até os 35 anos de idade. Não há dúvidas entre os cientistas de que a fertilidade natural vai diminuindo progressivamente ao longo da vida. E não são só elas que "sofrem" os efeitos do tempo nesse quesito. Homens também têm sua fertilidade diminuída após os 35 anos, e de acordo com estudos recentes, na medida em que os pais têm filhos quando estão mais velhos, aumenta a chance de os bebês nascerem com problemas.

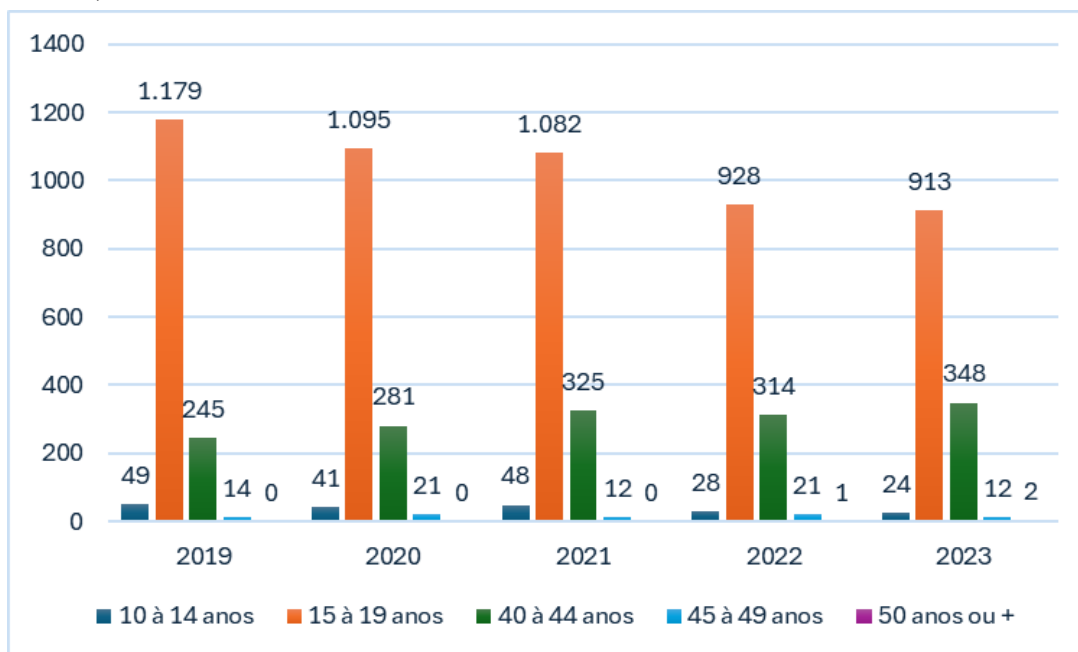
Entretanto, há muita falta de informação sobre fertilidade. As escolas que oferecem aulas de educação sexual, se concentram geralmente na prevenção da gravidez, e, por isso, muitos homens e mulheres entram na idade adulta sem ter nenhuma informação sobre fertilidade.

Quando falamos da gravidez nesse momento da vida que a mulher tem ou está acima de 35 anos, ela implica alguns riscos adicionais, principalmente ao que se refere às aneuploidias (alterações no número de cromossomos nas células do feto, para mais ou para menos); à medida em que a mulher vai envelhecendo, ela vai aumentando as chances de produzir fetos com essas condições. Os riscos também implicam em abortamento, e nas mulheres que tiveram gestações anteriores, como pacientes que passaram por múltiplas cesáreas, elas têm mais chances de ter uma placentação anormal, como placenta prévia, condições que determinam riscos para a gravidez, principalmente no que se refere a hemorragias. A partir dessa idade, as mulheres também têm mais probabilidades de já estar acometidas por doenças crônicas, como a hipertensão e diabetes prévia à gestação. Então, nesses casos.

Diante desses argumentos entendemos que observar a idade das mães é um fator determinante para a perspectiva do desenvolvimento de políticas públicas que causem impactos positivos na qualidade de vida de dessa população. Observamos a seguir que temos um número considerável de NV provenientes de mães adolescente e jovens, apesar de vermos um decréscimo nos últimos dois anos, ainda é um número preocupante. Contudo o que chama mesmo atenção é o aumento de gravidez tardia, com casos inclusive de mães com mais de 50 anos de idade.



Gráfico 07 - Série História de 2019 a 2023 de Nascidos Vivos na Região Sul, segundo idade da mãe (exceto 20 a 39).



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Raça/Cor da mãe

Quanto a raça e a cor das gestantes é importante estudar esse dado para entender as desigualdades raciais na saúde da mulher e as suas consequências, principalmente para as mulheres negras que são mais propensas a ter desfechos obstétricos desfavoráveis, bebês como baixo peso ao nascer, parto prematuro e restrição do crescimento intrauterino. Essas desigualdades estão relacionadas a fatores socioeconômicos, como pobreza e baixo nível de escolaridade. As mulheres negras enfrentam a tripla discriminação de gênero, raça e classe, o que impacta no acesso aos serviços de saúde. A raça/cor não é um marcador biológico ou genético, mas uma construção social que pode influenciar a saúde.

Para avaliar as iniquidades em saúde no Brasil, é necessário resgatar as diferenças históricas que determinaram as múltiplas formas de viver, adoecer e morrer no País. As condições de vida da população negra brasileira impactam diretamente na sua saúde, e o racismo institucional, entendido como a incapacidade dos serviços de lidar com as diferenças étnicas, estimula a violação dos direitos humanos, em especial, no tocante às mulheres negras, que sofrem tanto com o sexismo quanto com o racismo

A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra é resultado das contínuas e intensas ações do movimento negro junto ao Ministério da Saúde, que permitiram avanços no que se refere à utilização do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, e ampliação da percepção da



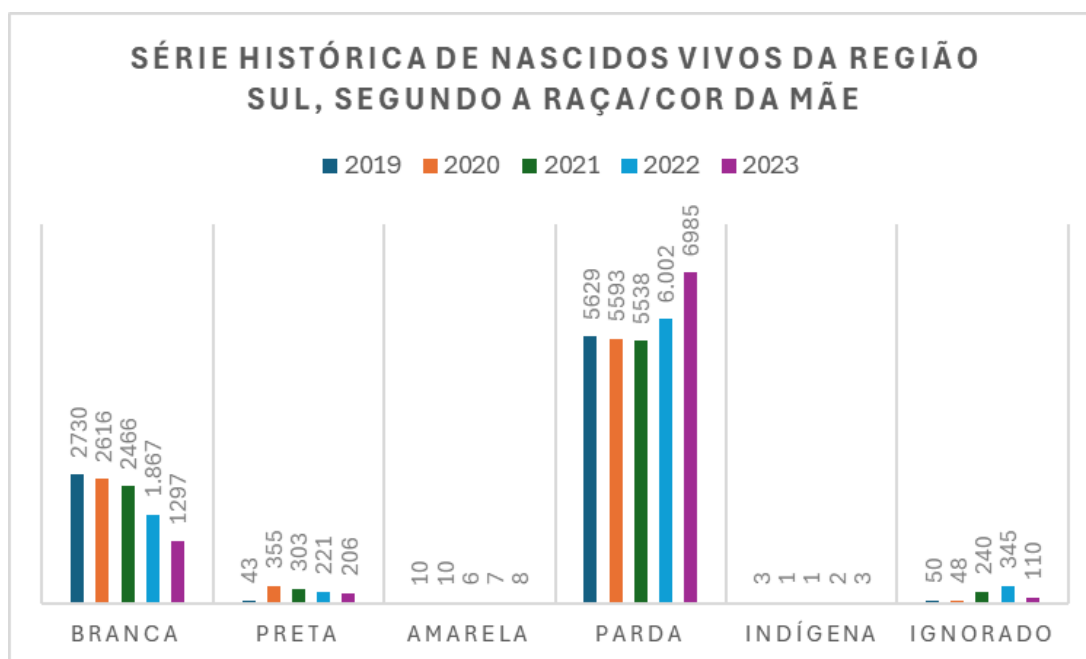
influência da raça, para além dos riscos físicos, biológicos ou geneticamente determinados, envolvendo as situações de saúde agravadas pelas condições de vida da população negra no Brasil e pela dificuldade de acesso e/ou assistência à saúde adequada.

O termo raça/cor diz respeito a características fenotípicas, em especial a cor da pele; já a etnia enfatiza as características socioculturais. No Brasil, a classificação oficial de identificação racial utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é baseada na cor da pele e contempla cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena.

A morbimortalidade materna da mulher negra pode estar relacionada à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações ou de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

Assim, é preciso que estudos que abordem a questão racial na área da saúde no Brasil sejam intensificados, para oferecer subsídios aos profissionais, gestores e à população em geral, a fim de que a assistência à saúde seja mais equânime. O cuidado pode desempenhar um papel importante para atenuar as disparidades em saúde. Portanto, esforços para a melhoria da qualidade, e diretrizes claras para uma prestação de cuidados de pré-natal, parto e pós-parto livre de preconceitos ampliarão o acesso e a qualidade dos cuidados obstétricos para todas as mulheres.

Gráfico 08: Série Histórica de Nascidos Vivos da Região Sul, período de 2019 a 2023, segundo raça/cor da mãe.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC



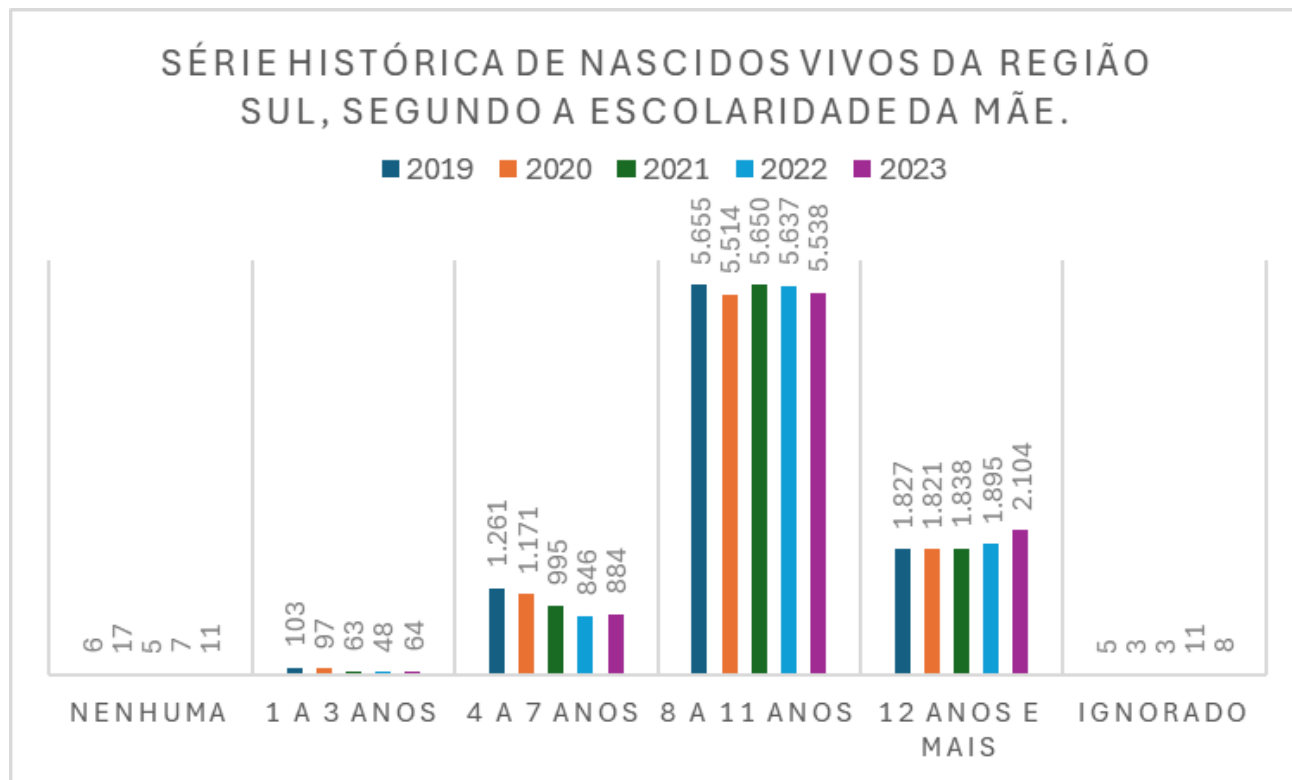
Escolaridade da mãe

O estudo dos diferentes níveis de escolaridade objetiva identificar a influência que possuem em alguns fatores obstétricos das gestantes. O grau de instrução das gestantes é importante para a saúde da gestante e do recém-nascido, pois pode ser um marcador de risco. Mulheres com menor grau de instrução podem ter menos informações sobre métodos anticoncepcionais e formas de evitar uma gravidez indesejada.

A escolaridade materna também pode estar relacionada com a ocorrência de sífilis na gestação. Mulheres com menor instrução podem procurar acompanhamento pré-natal mais tarde, o que pode atrasar o diagnóstico e o tratamento.

A educação em saúde para gestantes pode ajudar a aumentar a adesão ao pré-natal, pois as gestantes podem perceber a importância de um acompanhamento adequado. Durante a educação em saúde, as gestantes podem aprender sobre: Cuidados com as mamas e importância da amamentação, Sinais de parto, Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento da criança, Planejamento familiar e sexualidade.

Gráfico 09: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo a escolaridade da mãe.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC



No gráfico acima, conforme série histórica observamos que a média de mães com até 7 anos de estudo representa 12,5% do total é um quantitativo expressivo e acende o alerta para ações de vigilância na Atenção Primária à Saúde -APS e Rede de Apoio, através Busca Ativa ações em parceria com outras Secretaria e Instituições e Organizações existentes nos territórios. Observa-se ainda que existem registros “ignorados” dessas informações, retratando que muitos profissionais ainda não veem a importância do preenchimento correto dos dados epidemiológicos na Declaração de Nascidos Vivos - DNV do bebê após o atendimento do parto.

Assistência de Pré-Natal

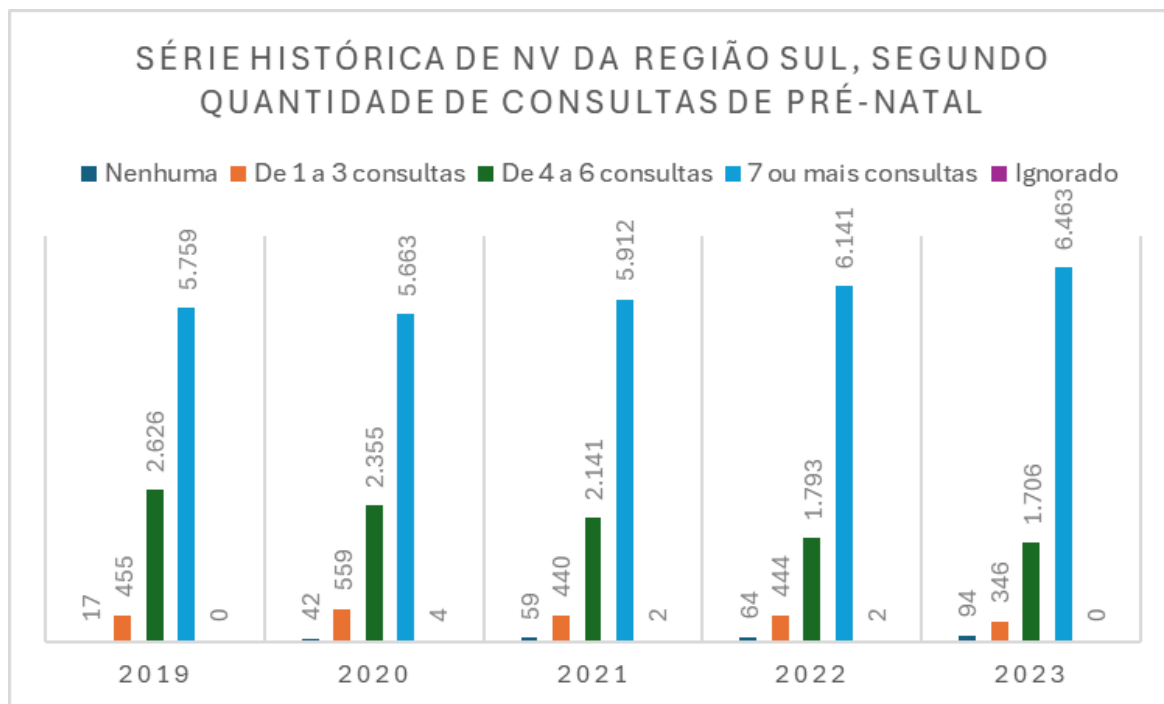
O acompanhamento de pré-natal é outro marcador epidemiológico importante para avaliarmos a qualidade na assistência à saúde da mãe e do bebê, pois interfere diretamente na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e problemas que possam se agravar. O número de consultas de pré-natal é importante porque a periodicidade interfere na constância do acompanhamento e a depender do risco gestacional esse número pode variar.

O Ministério da Saúde recomenda que a gestante faça, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e semanalmente da 36ª semana até o parto e as gestantes de alto risco podem precisar de um número maior de consultas.

O pré-natal também é importante para avaliar aspectos psicossociais, orientar a mulher sobre temas importantes referentes à maternidade, preparar a mulher para a maternidade, trazendo informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança e fornecer orientações essenciais sobre hábitos de vida e higiene pré-natal.

A Rede Alyne, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2024, tem por objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido. De acordo com esse programa, um pré-natal adequado deve ser iniciado até o terceiro mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames de sangue e de urina.

Gráfico 10: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo quantidade de consultas de pré-natal.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Na Região Sul, grande parte dos NV tiveram 7 ou mais consultas demonstrando acesso à assistência, contudo, esse acesso não demonstra a efetiva qualidade do pré-natal, pois temos alto índice de parto prematuro.

Duração da Gestação

A prematuridade é um fenômeno multifatorial e, em muitos casos, é difícil identificar uma causa exata. No entanto, muitas dessas causas podem ser evitadas ou controladas no pré-natal. O termo prematuro é usado para todos os casos em que o bebê nasce antes de 37 semanas de gestação e pode ser causado por diversos fatores, entre eles:

- Ausência ou má qualidade no pré-natal;
- Infecções, como infecção urinária, infecções sexualmente transmissíveis ou infecção do útero;
- Doenças crônicas, como hipertensão e diabetes;
- Consumo de tabaco, álcool e outras drogas;
- Múltiplos fetos (como gêmeos ou trigêmeos);
- Peso pré-gravidez alto ou muito baixo;
- Desnutrição;
- Placenta prévia ;
- Descolamento prematuro da placenta; e
- Ruptura prematura das membranas antes do trabalho de parto



A duração da gestação é, sem dúvida, um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intra-uterino. As categorias em que as variáveis são apresentadas na Declaração de Nascido Vivo - DNV obedecem às determinações da OMS, referidas na 10ª Revisão da CID-10 (OMS, 1995). No quadro a seguir, essas categorias são apresentadas de forma detalhada em semanas e dias, também, segundo proposta da OMS, em grupo por gestação pré-termo, a termo e pós-termo.

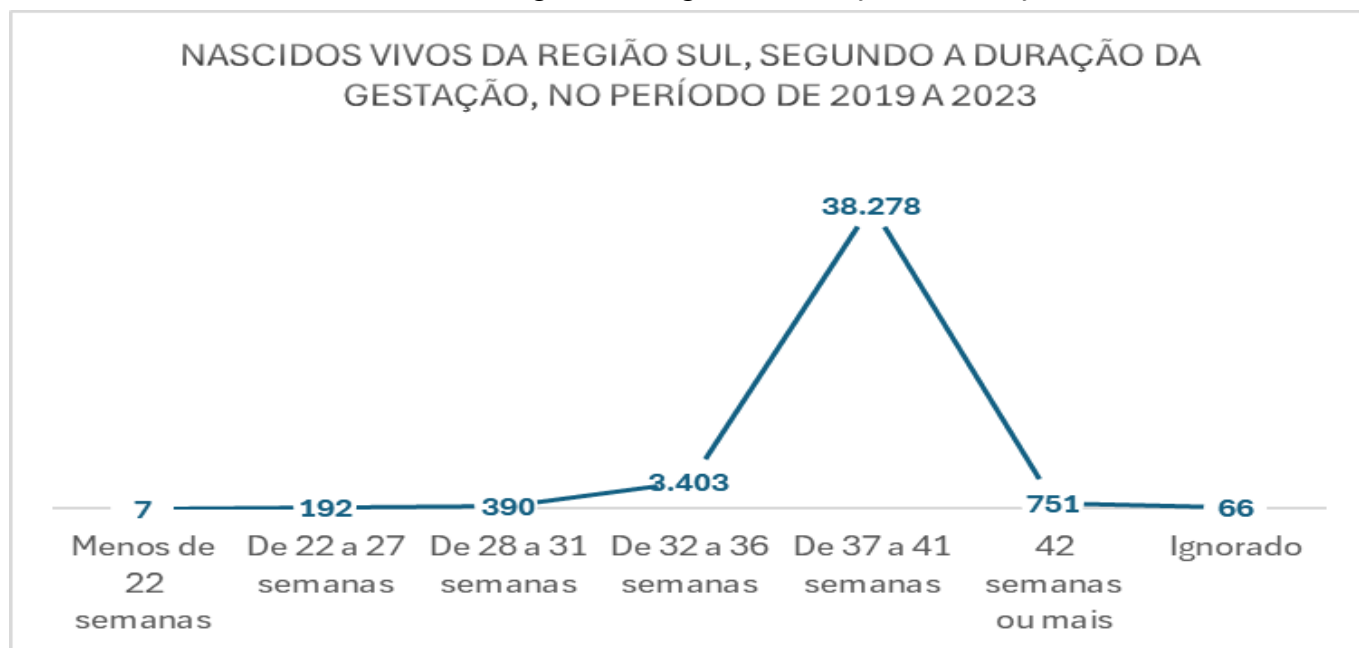
Quadro 2: Categorias de Classificação da DNV.

Em semanas detalhadas	Equivalência em dias	Grupos
< 22 22 a 27 28 a 31 32 a 36	Menos de 259	Pré-termo (<37 semanas)
37 a 41	259 a 293	Termo (37 a 41 semanas)
42 ou mais	294 ou mais	Pós-termo (42 ou mais semanas)

Fonte: 10ª Revisão da CID-10, 1995.

É importante salientar que, conforme definição internacional, se o conceito nasce com sinais vitais ele já é considerado Nascido Vivo - NV, não sendo importante estudar o tempo de gestação. Contrariamente, para fetos que venham à luz sem sinal de vida, o estabelecimento da duração da gestação é fundamental para a investigação do óbito e determinação da causa base.

Gráfico 11: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo a Duração da Gestação.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC



De acordo com o Observatório da Infância da UNICAMP e segundo os dados coletados no SINASC até 2019, o Brasil teve 2,9 milhões de partos prematuros com bebês nascidos vivos, sendo que aproximadamente 315 mil (11%) foram antecipados. No ranking mundial, estamos entre as 10 nações em nascimentos prematuros. Na série histórica apresentada acima, é possível constatar que 9,26% dos partos da Região Sul foram resultados de partos prematuros, evidenciando a necessidade de melhorar a qualidade na assistência ao pré-natal.

O parto prematuro pode ter consequências graves para o recém-nascido, como:

- Problemas respiratórios, metabólicos, hemodinâmicos, infecções, hemorragia intracraniana, distúrbios oculares e neurológicos;
- Atraso no desenvolvimento, paralisia cerebral e distúrbios de aprendizagem;
- Déficits de atenção, hiperatividade e dificuldades de aprendizagem;
- Doença pulmonar crônica, sequelas auditivas e relacionadas à visão;
- Dificuldade para se alimentar, pois não conseguem coordenar a respiração e a deglutição; e
- Dificuldade em permanecer despertos, perceber imagens e sons e responder positivamente ao toque, dentre outras.

A prematuridade extrema é a causa mais frequente de morte de recém-nascidos. Quando o parto é mais tardio, as complicações costumam ser leves, mas o bebê precisa ficar em observação por alguns dias.

O custo dos bebês prematuros para a saúde pública brasileira é superior a R\$ 8 bilhões por ano. Em 2018, o custo médio de internação de um bebê prematuro em um hospital público foi de: R\$ 1.120,00 para prematuros tardios; R\$ 6.688,00 para prematuros moderados; e R\$ 17.395,00 para prematuros extremos.

Ao analisarmos os custos de cada grupo de recém-nascidos, observamos que os recém-nascidos pré-termo extremos apresentam um custo médio por bebê de aproximadamente 3 vezes maior que os moderados e 15 vezes maior que os tardios. O aumento de cada semana na idade gestacional e de cada grama de peso do bebê se associa a uma diminuição dos custos e do tempo de internação (Domingues, 2012).

Demonstrou ainda que cada consulta adicional de pré-natal também foi associada à redução desses custos. Essa redução pode estar relacionada à diminuição de complicações perinatais à medida que o pré-natal é realizado adequadamente. Esse dado é relevante, pois a ausência de acompanhamento pré-natal pode aumentar em até 2,8 vezes o risco de prematuridade (Domingues, 2012).



Peso ao nascer

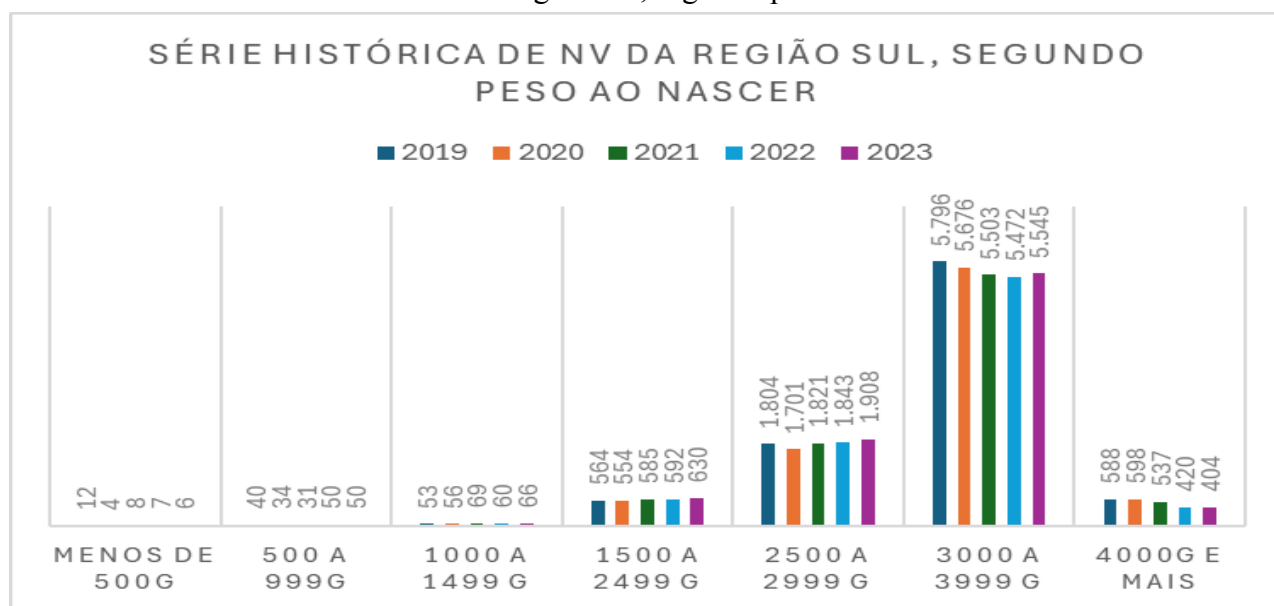
O peso ao nascer é um importante marcador das condições intrauterinas em que a criança foi submetida durante o período gestacional, também é o fator individual de maior influência na saúde e sobrevivência da criança recém-nascida e reflete as condições nutricionais da mãe durante a gestação:

- É usado para classificar o recém-nascido de acordo com o risco de morte e doenças;
- Permite avaliar a qualidade do serviço de saúde de uma região;
- Ajuda a identificar fatores de risco para ocorrência de alterações nutricionais e de crescimento físico; e
- Possibilita a adoção de medidas preventivas e curativas adequadas.

A maioria dos bebês nascidos entre 37 e 40 semanas de gestação pesa entre 2,5 e 4 kg, bebês abaixo ou acima desse intervalo são considerados abaixo ou acima do peso, respectivamente. A média de peso de um recém-nascido no Brasil é de 3.249 gramas, sendo considerado peso normal entre 3.000 e 4.000 gramas. O baixo peso ao nascer é um dos principais fatores de risco para morte neonatal, além de trazer outras consequências para o feto a curto e longo prazo. No outro extremo, a macrosomia fetal aumenta a chance de intercorrências perinatais tanto para o recém-nascido quanto para a mãe, além do risco de desenvolver doenças na vida adulta.

Os recém-nascidos acima de 2.000 gramas, normalmente não são encaminhados para a UTI Neonatal, e vão direto para o quarto. Com menos de 2.000 gramas são internados para ganhar peso, e se tiver mais de 2.000 gramas e tiver algum problema, como por exemplo dificuldade para respirar, também precisará ser internado.

Gráfico 12: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo peso ao nascer.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC



Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS a classificação do peso de um bebê ao nascer é a seguinte:

- Extremamente baixo: inferior a 999g
- Muito baixo: De 1000g a 1499g
- Baixo: De 1.500g a 2.499g
- Insuficiente: De 2500g a 2999g
- Normal: De 3000g a 3.999g
- Excessivo: Superior a 4.000g
-

O peso do bebê não é necessariamente um indicador da qualidade da saúde dele. No entanto, um peso abaixo do percentil 10 para a idade gestacional é considerado anormal e um fator de risco para complicações neonatais.

Nos dados acima, apresentamos a série histórica dos Nascidos Vivos da Região Sul e observamos que a média de nascidos vivos com peso abaixo de 3.000 gramas nos cinco anos de estudados foi de 29,12%, um número muito preocupante.

Teste de APGAR ao nascer

Para ajudar nessa avaliação é feito o Teste de Apgar que mede a adaptação do recém-nascido à vida fora do útero, identificando se ele precisará de assistência médica. O teste é feito logo após o nascimento pelo médico pediatra, é uma avaliação rápida e indolor, que utiliza uma ferramenta universal para analisar cinco aspectos do bebê: cor da pele, frequência cardíaca, respiração, tônus muscular e reflexos, cada critério recebe uma nota de 0 a 2, totalizando uma pontuação de 0 a 10. Uma nota entre 8 e 10 indica que o bebê não passou por asfixia perinatal, enquanto uma nota entre 3 e 5 indica asfixia moderada. O teste é feito no primeiro e no quinto minuto de vida do bebê.

A escala de APGAR pontua os sinais que o bebê apresenta, de acordo com a tabela abaixo:



Quadro 3: Escala de Apgar.

Sinal	0 pontos	1 ponto	2 pontos
Cor da pele	Pele azulada ou pálida	Pele rosada, mas mãos ou pés azulados	Pele rosada
Frequência cardíaca	Sem batimentos	Menor que 100 batimentos por minuto	Maior que 100 batimentos por minuto
Resposta ao estímulo	Não há resposta	Faz caretas quando estimulado	Chora, espirra ou tosse quando estimulado
Tônus muscular	Músculos flácidos, sem movimento	Dedos, braços e pernas dobrados, com pouco movimento	Movimenta ativamente
Respiração	Ausente	Choro fraco, respiração lenta ou irregular	Choro vigoroso

Fonte: <https://www.tuasaude.com/escala-de-apgar/>

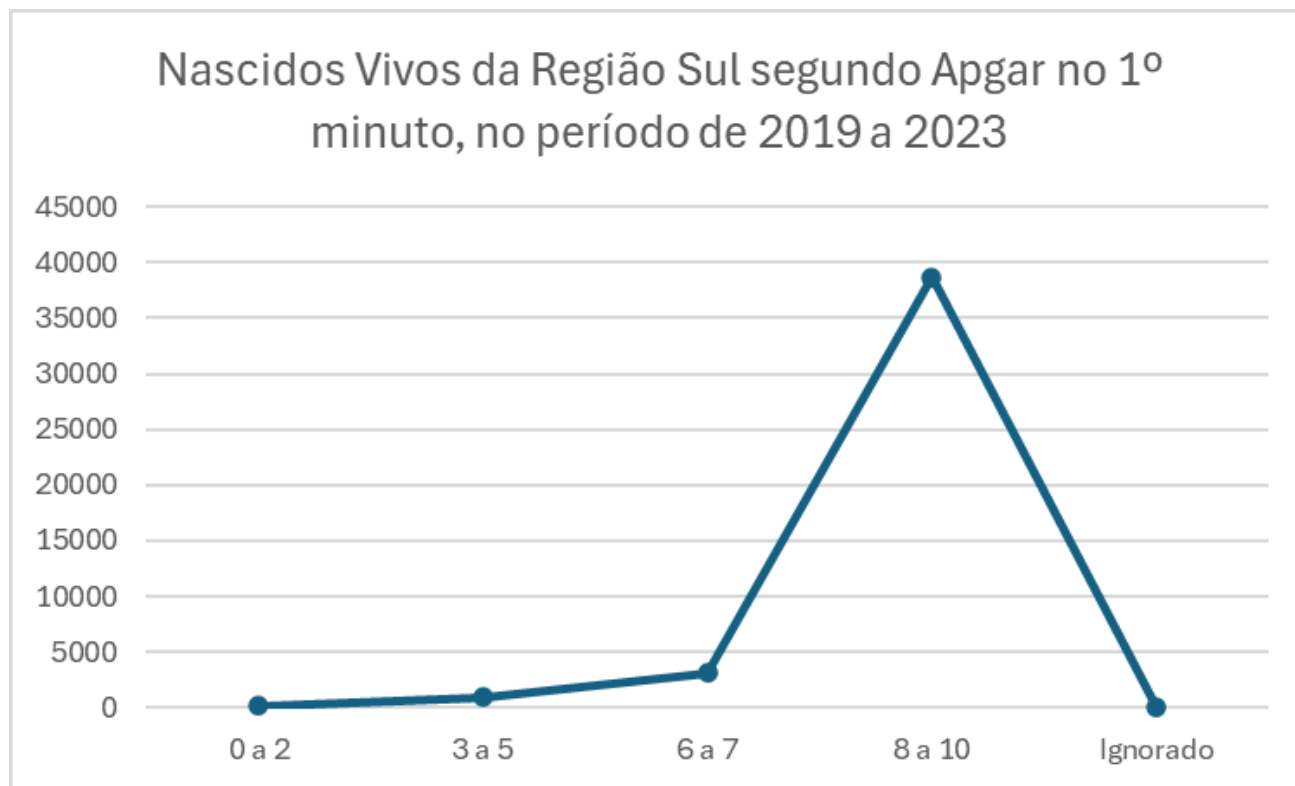
No final da avaliação, a pontuação de cada sinal é somada para obter um valor único, que varia de 0 a 10. A interpretação dos resultados tem por base:

- de 0 a 3 – Asfixia grave
- de 4 a 6 – Asfixia moderada
- de 7 a 10 – Boa vitalidade, boa adaptação

O teste é importante para ajudar a detectar problemas respiratórios ou cardíacos, permitindo um tratamento precoce, a nota obtida no teste é registrada na Caderneta da Criança para identificar, mais tarde, as condições do seu nascimento.



Gráfico 13: Série Histórica de NV da Região Sul, segundo Apgar do 1º minuto.



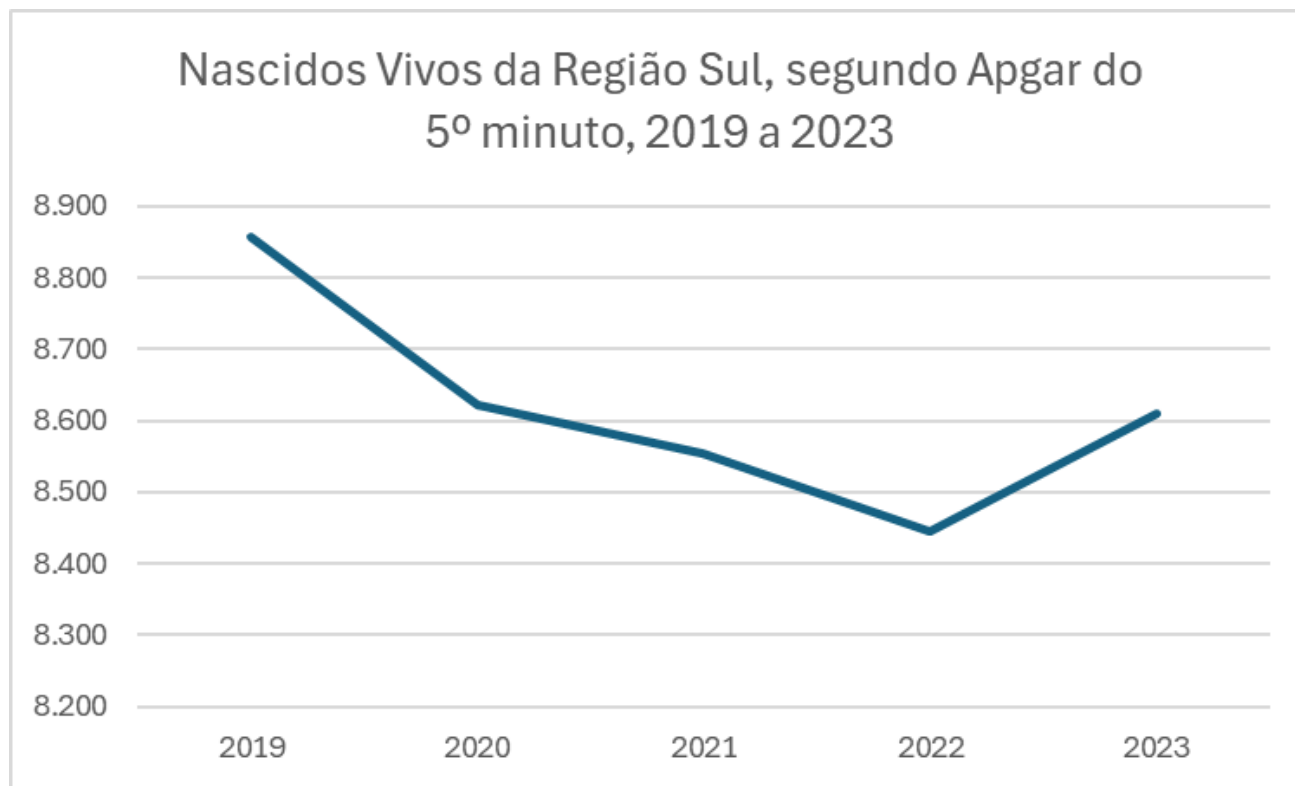
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O resultado do teste de Apgar no primeiro minuto de vida do bebê está relacionado com a asfixia intraparto, enquanto o resultado do quinto minuto está relacionado com eventuais sequelas neurológicas

Embora o resultado da escala de APGAR não consiga prever problemas na saúde do bebê no futuro, existe um maior risco de doenças como paralisia cerebral e epilepsia quando os resultados são muito baixos.



Gráfico 14: Nascidos Vivos da Região Sul, segundo Apgar do 5º minuto.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nas séries históricas de NV da Região Sul, quanto ao Apgar, apresentadas acima podemos observar um grande número de informações ignoradas, podendo ser resultado de nascimentos fora do ambiente hospitalar ou por não conseguirem à maternidade, ou ainda fruto de partos sem a presença do pediatra ou equipe de treinada para a realização do teste.

Podemos observar ainda que a Região Sul apresenta uma média, nos cinco anos estudados, de 9,76% dos NV com Apgar do 1º minuto abaixo de 7, é uma média de 1,69% de NV com Apgar do 5º minuto abaixo de 7, sendo que no Brasil, a chance de um bebê nascer com Apgar do 1º minuto abaixo de 6 é de 15%.

Assim como o parto para a mulher constitui, na maioria das vezes, um evento fisiológico, o nascimento também deve ser compreendido sob a mesma perspectiva. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 85% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extrauterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento. Cerca de 10% iniciam a respiração com estimulação e cerca de 5% requerem alguma assistência mais complexa para iniciar sua respiração após o nascimento. Destes últimos, 3% demandam ventilação com pressão positiva e 2% precisam ser intubados para garantir um suporte ventilatório adequado.



Embora toda a tecnologia necessária para a reanimação deve estar disponível na sala de parto, a assistência ao recém-nascido saudável no momento do nascimento deve facilitar o contato entre mãe e filho e a amamentação logo após o parto. Intervenções somente devem ser realizadas quando necessárias.

Entretanto, no Brasil, a assistência ao recém-nascido a rigor saudável no momento do seu nascimento é caracterizada pelo excesso de intervenções na sua maioria desnecessárias, que podem interferir na vinculação mãe-filho sem trazer benefícios para nenhum dos dois.

Pesquisa, incluindo 18.639, realizada pelo Grupo Nascer no Brasil em 2014, demonstrou que recém-nascidos de gestações únicas com peso ≥ 2.500 g e Apgar no primeiro minuto ≥ 7 , mostra uso de oxigênio inalatório em 8,8% dos casos, aspiração de via aéreas superiores e gástrica em 71% e 39,5%, respectivamente, e o uso de incubadora em 8,7% dos recém-nascidos. Somente 28,2% foram colocados em contato pele a pele com a mãe, para 16,1% foi oferecido o seio materno na sala de parto, 69% ficaram em alojamento conjunto e 45,5% mamaram na primeira hora de vida. A discrepância entre a prática dos profissionais e as evidências científicas na assistência ao recém-nascido saudável no Brasil, reafirma a necessidade urgente de mudança no modelo de atenção vigente.

Sífilis Congênita

Outro marcador importante para avaliar a saúde materna e infantil é a incidência sífilis materna, que sem tratamento ou com tratamento inadequado, pode causar parto prematuro, má-formação do feto, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer e morte fetal. Na maioria das vezes, porém, o bebê nasce aparentemente saudável e os sintomas aparecem nos primeiros meses de vida, como: pneumonia, feridas no corpo, alterações nos ossos e no desenvolvimento mental, surdez e cegueira. Estima-se que a sífilis congênita pode gerar um impacto financeiro superior a R\$ 9,1 milhões aos cofres públicos.

Caso o recém-nascido com Sífilis Congênita apresente sinais e sintomas e/ou alterações laboratoriais com acometimento do sistema nervoso central faz-se necessário a internação para tratamento da neurosífilis. Ocorre que um dos maiores problemas em relação a esse diagnóstico reside na dificuldade de acesso à punção líquórica, implicando na grande maioria das vezes na manutenção das crianças em ambiente hospitalar por um período de dez dias, para tratamento, independentemente da certeza do envolvimento do sistema nervoso central.

A falta de condições de algumas unidades hospitalares para realizar o diagnóstico de neurosífilis em crianças com Sífilis Congênita tem gerado custos adicionais ao SUS, situação grave em um país como o Brasil, já com tantas limitações de recursos para a área da saúde. Para se ter ideia da magnitude desse problema, no período de 2012 a 2017, o Brasil registrou 434.622 internações



hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias em crianças menores de um ano e a Sífilis Congênita foi responsável por 63.615 (14,6%) dessas hospitalizações.

Sífilis, ou Lues, é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É curável e exclusiva do ser humano, tendo como principal via de transmissão, o contato sexual, considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível - IST, seguido pela transmissão vertical durante o período de gestação através da placenta. Também pode ser transmitida por sangue contaminado. A sífilis adquirida é aquela contraída durante a vida, após o nascimento, distinguindo-se da sífilis congênita. A notificação de casos de sífilis é obrigatória no Brasil, e os dados oficiais estão disponíveis ao público, sendo um problema de saúde pública.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece gratuitamente o teste rápido para sífilis, que tem resultado em até 30 minutos. O principal tratamento é feito com penicilina, também disponível no SUS nas Unidades Básicas de Saúde - UBS.

A sífilis é um desafio para a saúde pública no Brasil por diversos fatores, como: desinformação, menos utilização de preservativos, dificuldade e resistência na utilização da penicilina benzatina na APS e até desabastecimento do fármaco.

No Brasil, dados divulgados pelo Ministério da Saúde em outubro de 2023 mostraram que, de 2021 para 2022, a taxa de detecção de casos de sífilis adquirida por 100 mil habitantes cresceu 23% (de 80,7 casos por 100 mil habitantes em 2021 para 99,2 casos por 100 mil habitantes em 2022). Em 2022, 61,3% dos casos de sífilis adquirida foram notificados em pessoas do sexo masculino, com destaque para as grandes incidências nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.

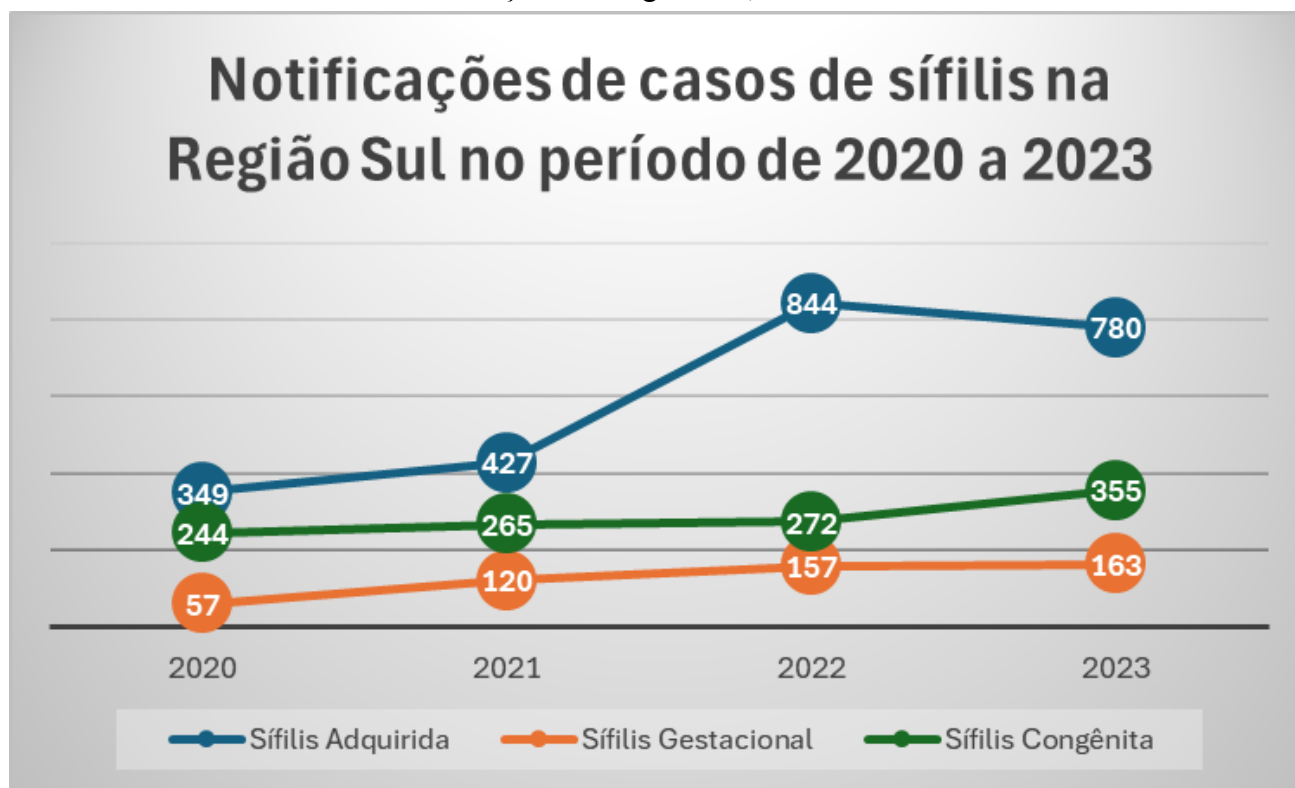
A detecção de sífilis em gestantes também aumentou no país, saindo de uma taxa de 28,1 casos a cada mil nascidos vivos em 2021 para 32,4 casos a cada mil nascidos vivos em 2022, um aumento de 15% em relação ao ano anterior.

A chamada razão de sexos, percentual de homens com sífilis para cada dez mulheres com sífilis, passou de 0,6 (seis homens com sífilis para cada dez mulheres) em 2012 para 0,8 (oito homens para cada dez mulheres com sífilis) em 2022. Nesse caso, são contabilizados também os casos de sífilis em gestantes, o que aumenta a participação das mulheres no total de casos de sífilis.

No Brasil, as maiores taxas de sífilis congênita são registradas entre mulheres negras e pardas, e mostrou ainda uma conexão entre essas mulheres e um baixos níveis de escolaridade, refletindo a desigualdade e o racismo subjacentes existente na saúde pública. Grupos de mulheres vulneráveis, como as que estão desalojadas ou que lutam contra o abuso de substâncias, são também fortemente atingidos pela doença. O aumento das IST nos últimos, incluindo a sífilis, está provavelmente relacionado à interrupção dos recursos para a prevenção.



Gráfico 15: Série histórica de Notificações da Região Sul, de casos de sífilis



Fonte: e-SUS/VS.

Obs: O Sistema entrou em funcionamento no final de 2019.

Outra doença infecciosa comum com bastante relevância para o nosso estudo é a toxoplasmose, pois geralmente não apresenta sintomas. No entanto, se uma gestante for infectada, pode transmitir a doença para o feto, o que pode levar a graves consequências como aborto, nascimento prematuro, icterícia, macrocefalia ou microcefalia, crises convulsivas, danos neurológicos, deficiência mental e cegueira.

Toxoplasmose Congênita

A toxoplasmose é uma doença provocada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular obrigatório e parasita de humanos, pássaros, roedores e outros animais.

Uma pessoa pode adquirir a doença por meio da ingestão de oocistos (forma de resistência do parasita) em água e alimentos contaminados (frutas e vegetais), ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos (principalmente carne de porco e carneiro), ou a ingestão de oocistos provenientes do solo, areia e latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados.



Os oocistos também podem ser disseminados pelo ambiente por meio de baratas, moscas e formigas. Cães com o hábito de se esfregar em fezes de gatos podem ter seus pelos contaminados com oocistos.

Para prevenir a toxoplasmose, é importante não ingerir carnes cruas ou mal passadas, lavar as mãos com água e sabão após manusear carne crua ou mal cozida, evitar o contato com o solo sem proteção e evitar o consumo de água não filtrada.

Como vimos, gestantes que apresentam a doença podem transmiti-la para o feto, o que pode levar à toxoplasmose congênita. A infecção transplacentária ocorre em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gestação. A probabilidade de transmissão da mãe para o feto aumenta com o avançar da gravidez: 10-25% no primeiro trimestre, 30-35% no segundo trimestre e 60-80% no último trimestre. Todas as gestantes devem fazer a sorologia para toxoplasmose na primeira consulta de pré-natal.

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia, a toxoplasmose em fetos pode variar de assintomática à letal, dependendo da idade do feto e de outros fatores não conhecidos. O primeiro trimestre da gestação é o mais crítico. Nesse período, a infecção pode acarretar lesões mais graves. Quando a infecção ocorre no segundo trimestre da gestação, o bebê pode mostrar sinais de inflamação no cérebro (encefalite), com convulsões e calcificações no cérebro. Também pode apresentar microcefalia (diminuição no tamanho do cérebro e da cabeça) com hidrocefalia (acúmulo de líquido no cérebro). Se a infecção ocorre no último trimestre de gravidez, os problemas mais comuns incluem baixo peso, pneumonia, aumento no tamanho do fígado (hepatomegalia) e icterícia (pele amarelada).

O exame de sorologia detecta os anticorpos produzidos para combater a infecção. Cada resultado apresenta uma orientação específica que deve ser seguida para evitar a infecção (caso a gestante seja suscetível) e transmissão para o feto.

IgM e IgG negativo

A gestante está suscetível à infecção, ou seja, pode contrair a infecção durante a gravidez, pois não teve contato prévio com o parasita. Medidas de prevenção são essenciais para evitar a contaminação e transmissão do parasita para o feto.

IgG positivo e IgM negativo

Indica infecção passada. Caso a gestante seja imunocompetente (capaz de produzir uma resposta imunológica eficiente), não há risco para o bebê. Gestantes imunossuprimidas (gestantes com HIV, por exemplo) precisam receber acompanhamento durante a gravidez para evitar uma nova infecção.



IgG e IgM positivo

Indica que a gestante está com a infecção. Quando a IgM é positiva, é necessário realizar um outro exame, que é chamado de teste de avidéz da IgG.

O exame de avidéz do IgG tem por objetivo confirmar infecção aguda. É um exame importante para determinar a época da infecção pelo toxoplasma na gestante. A baixa avidéz de IgG indica infecção aguda. A alta avidéz de IgG indica que os anticorpos foram produzidos há mais de 12-16 semanas, ou seja, indica infecção passada.

Mulher em Idade Fértil - MIF

Uma boa parcela da população total de um território de saúde é de mulheres em idade fértil, definida como a faixa etária de 10 a 49 anos e representa 51,6% da população feminina brasileira. É um período amplo, no qual estão mulheres, adolescentes e adultas, em diferentes situações de vida e em contextos culturais, familiares e sociais em constante mudança.

Em 2008, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.119, de 5/6/2008, tornou obrigatória a investigação dos óbitos maternos e dos óbitos de mulheres em idade fértil, independente da causa declarada, com o objetivo de levantar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes, norteadas as ações de promoção da saúde e prevenção de óbito de mulher. Estabeleceu também o prazo de 48 horas para a notificação e o prazo máximo de 120 dias para a conclusão de todo o processo investigatório.

No período de 2012 a 2022 foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 14.659 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que a maior frequência foi no ano de 2021, com um total de 1.743 óbitos. Os óbitos foram mais frequentes na faixa etária entre 40 a 49 anos (48,74%), seguidos da faixa etária entre 30 a 39 anos (27,92%) e 20 a 29 anos (15,24%). No mundo, os óbitos de mulheres em idade fértil corresponde a 24% das mortes, e no Brasil, 16% do total de óbitos femininos.

Dentre as principais causas de óbito, a que mais se destaca no período foi a neoplasia maligna de mama, seguida das doenças por vírus de localização não especificada e das causas externas. Dentre as causas externas de mortalidade de mulheres em idade fértil, as agressões foram as mais frequentes no período, seguida dos acidentes de transportes e suicídios.

Reduzir os homicídios de mulheres, especialmente na faixa etária de 10 a 49 anos, é um grande desafio social e urgente, que deve ser enfrentado com o envolvimento de diversas políticas públicas. Esta se configura uma prioridade para os próximos anos no ES, e no âmbito do SUS também.



A redução da mortalidade de mulheres em idade fértil é importante porque as mulheres estão no estágio mais produtivo da vida. Para isso, é necessário planejar ações que otimizem os recursos e melhorem a qualidade de vida e saúde das mulheres.

Óbitos Maternos

Morte Materna ou Óbito Materno é 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. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

A Razão de Mortalidade Materna - RMM é um indicador de saúde que relaciona o número de mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto e puerpério com o total de nascidos vivos. A RMM é calculada por 100 mil nascidos vivos e é um dos indicadores globais de saúde mais importantes.

A RMM é um indicador que serve para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e a atenção à mulher, além de apoiar gestores municipais na adoção de ações e medidas. No período de 2012 a 2022 no Espírito Santo atingiu o valor máximo (93,33) em 2021 e mínimo (39,31) em 2016. O resultado deste coeficiente em 2021 reflete uma parte dos prejuízos que a pandemia causou, pois, a gestante e a puérpera eram considerados grupo de risco para a COVID-19 e grande parte dos óbitos registrados em 2020 e 2021 foram em decorrência da COVID-19.

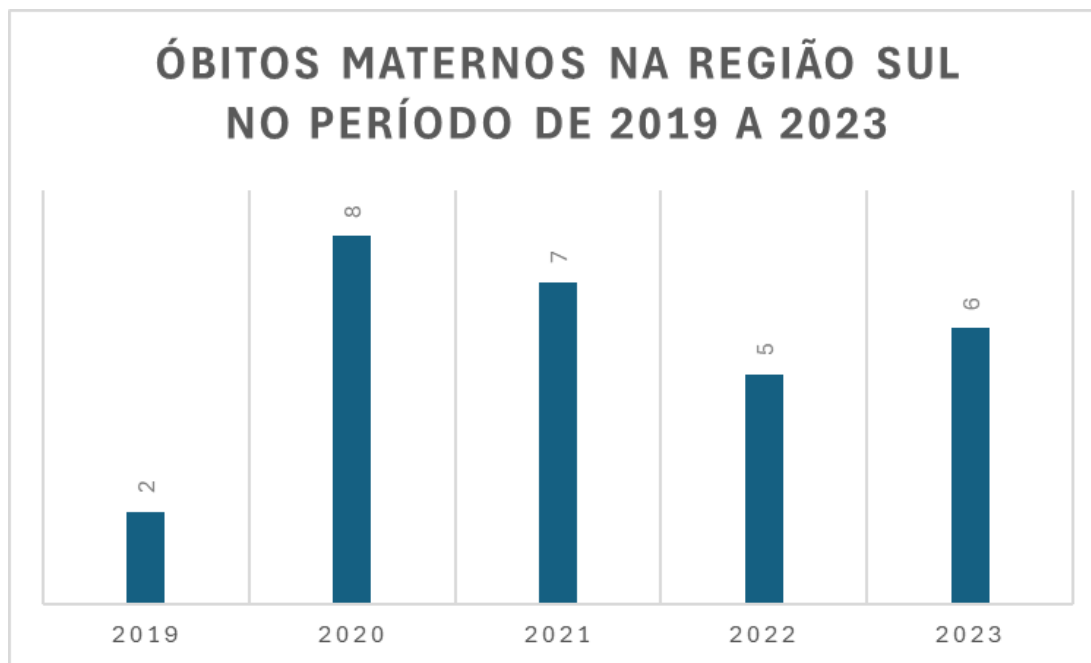
Dentre as principais causas de óbitos maternos no Estado estão: 1) Outras doenças da mãe (hematológicas, neurológicas, metabólicas, cardiológicas, respiratórias, psiquiátricas, etc.) classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério; 2) Doenças hipertensivas da gravidez; 3) Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério (aqui predominantemente a COVID-19 como doença infecciosa); 4) Infecção puerperal; 5) Hemorragia pós-parto. O ano de 2022 apresentou um retorno aos patamares anteriores à pandemia, mas o Estado ainda precisa percorrer um longo caminho até reduzir para 30 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos e atingir a meta estabelecida nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS.

A faixa etária entre 30 e 39 anos apresenta o maior número de óbitos maternos, essa incidência pode estar relacionada a fatores como maior número de gestações, condições de saúde pré-existent, ou acesso limitado aos serviços de saúde. A maior incidência de óbitos na categoria "Parda" e "Não informada" pode indicar desigualdades raciais no acesso à saúde e à qualidade da assistência obstétrica. A identificação das causas diretas e indiretas de morte materna é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle. Ações como o fortalecimento da atenção



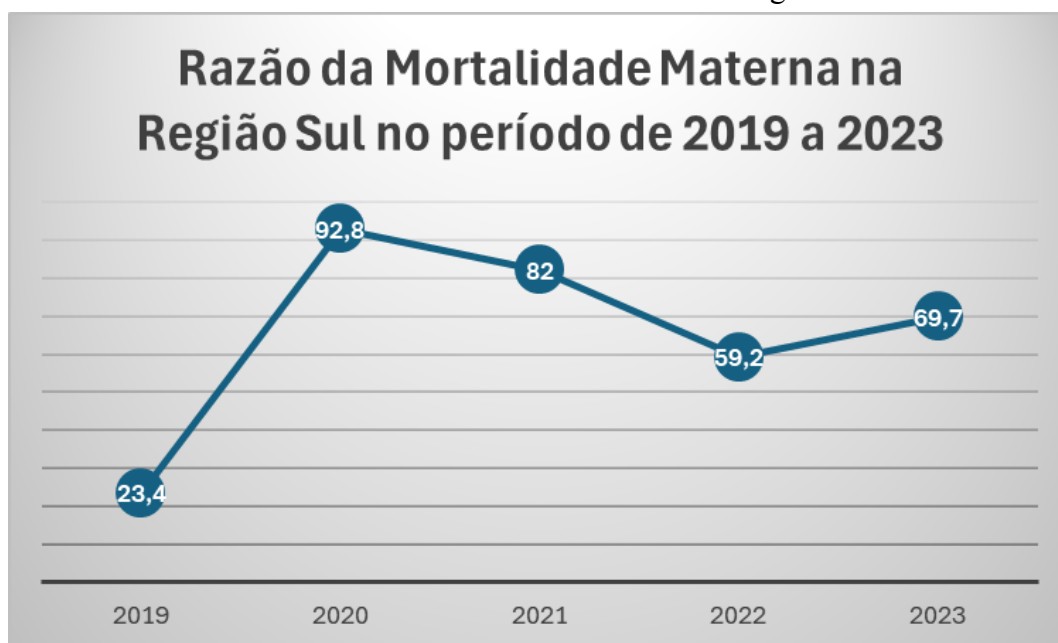
pré-natal, o acompanhamento de doenças crônicas durante a gravidez e o acesso a serviços de qualidade contribuem para redução da mortalidade materna.

Gráfico 16: Série Histórica do número absoluto de óbitos maternos na Região Sul.



Fonte: Tabnet/SESA/ES

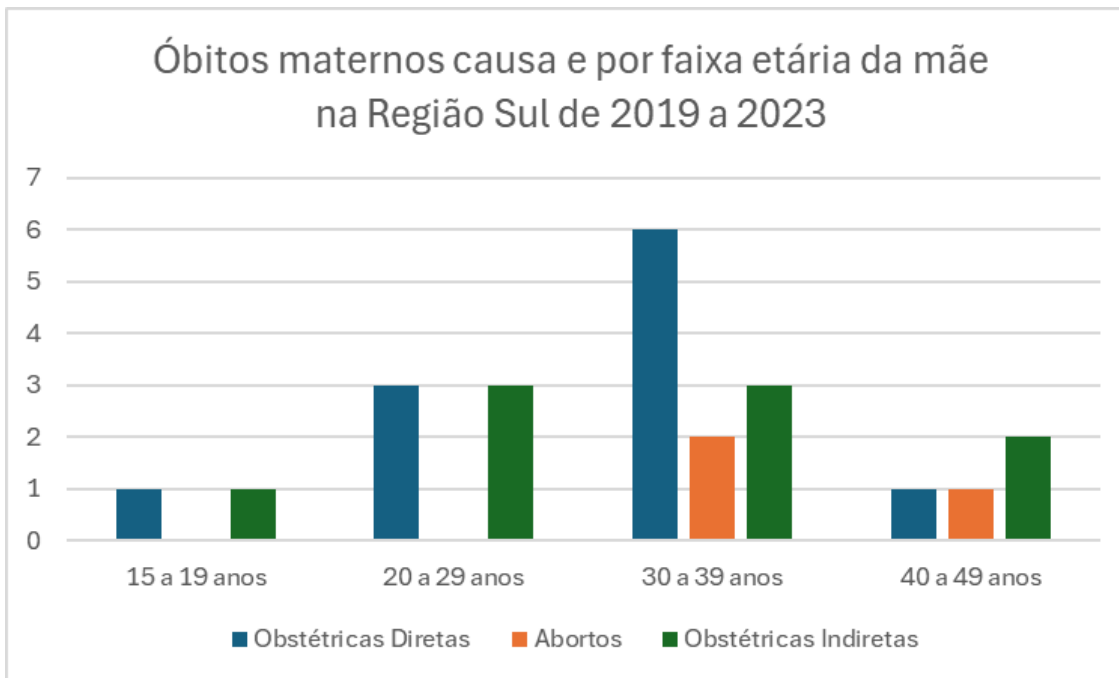
Gráfico 17: Série Histórica da Razão de Mortalidade Materna da Região Sul.



Fonte: Tabnet/SESA/ES

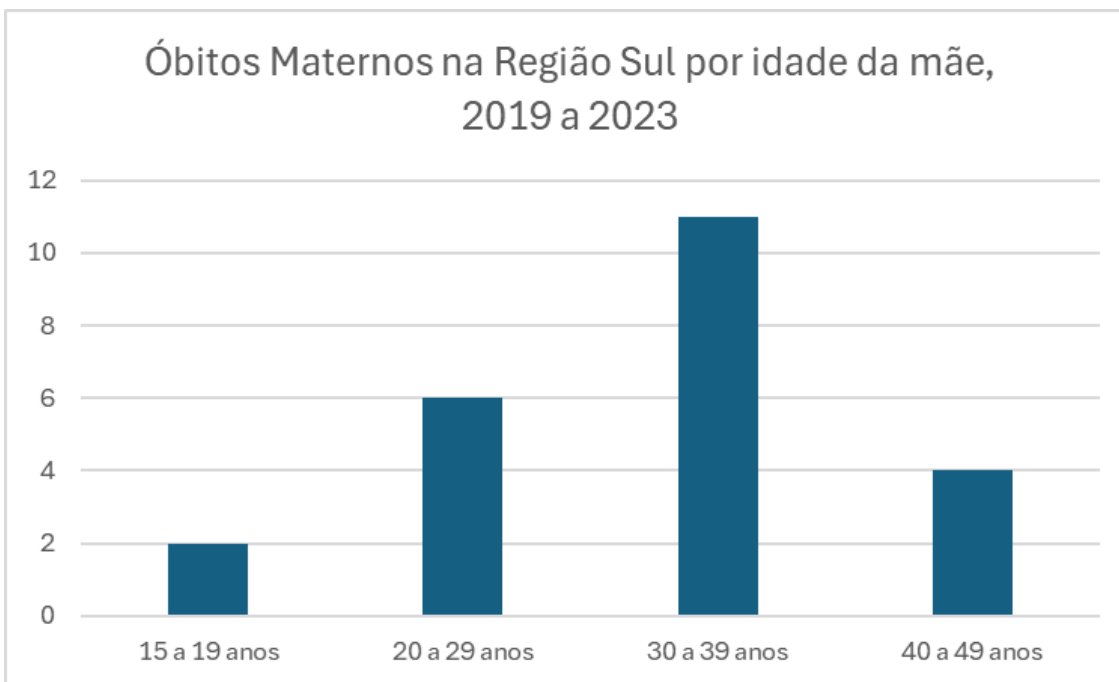


Gráfico 18: Número total de óbitos maternos por Causa e Faixa Etária da Mãe da Região Sul de 2019 a 2023.



Fonte: Fonte: Tabnet/SESA/ES

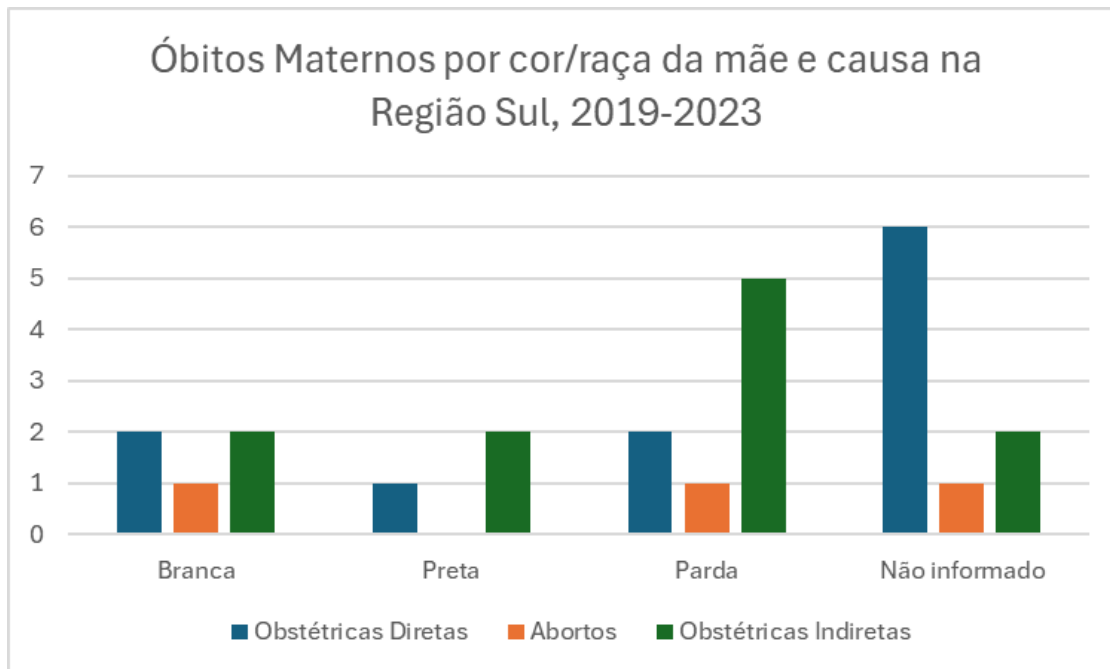
Gráfico 19: Número total de óbitos maternos por Faixa Etária da Mãe da Região Sul de 2019 a 2023.



Fonte: Fonte: Tabnet/SESA/ES

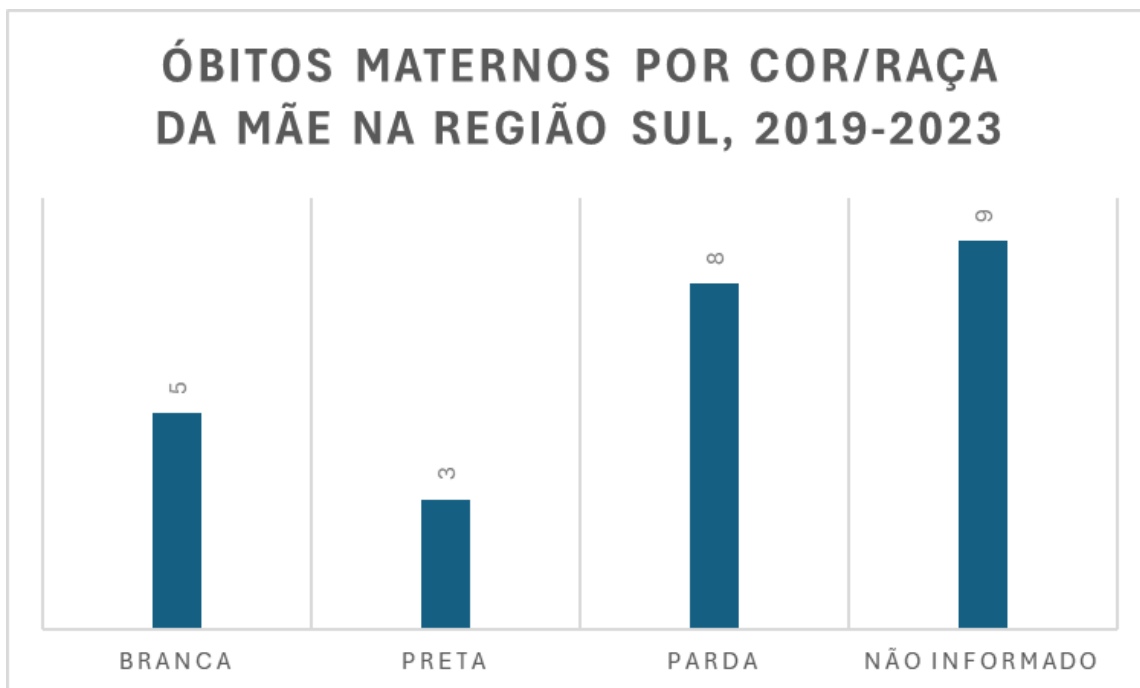


Gráfico 20: Número total de óbitos maternos por Raça/Cor e Causa do Óbito da Região Sul de 2019 a 2023.



Fonte: Tabnet/SESA/ES

Gráfico 21: Óbitos Maternos por raça/cor da mãe na Região Sul, 2019-2023.



Fonte: Tabnet/SESA/ES



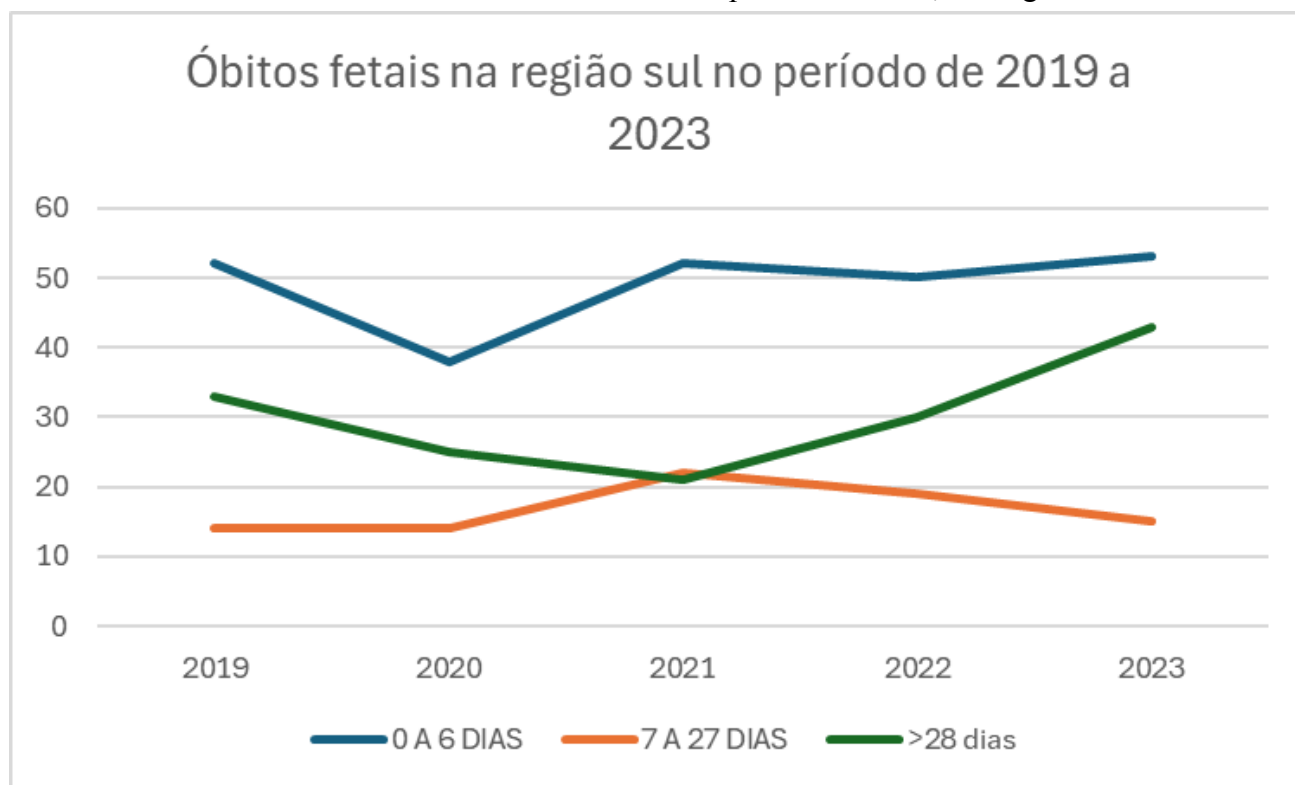
Óbitos Fetais

A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de qualidade de assistência prestada à gestante e ao parto.

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida.

Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. A investigação dessas mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

Gráfico 22: Série Histórica do número de Óbitos Fetais por dias de vida, na Região Sul.



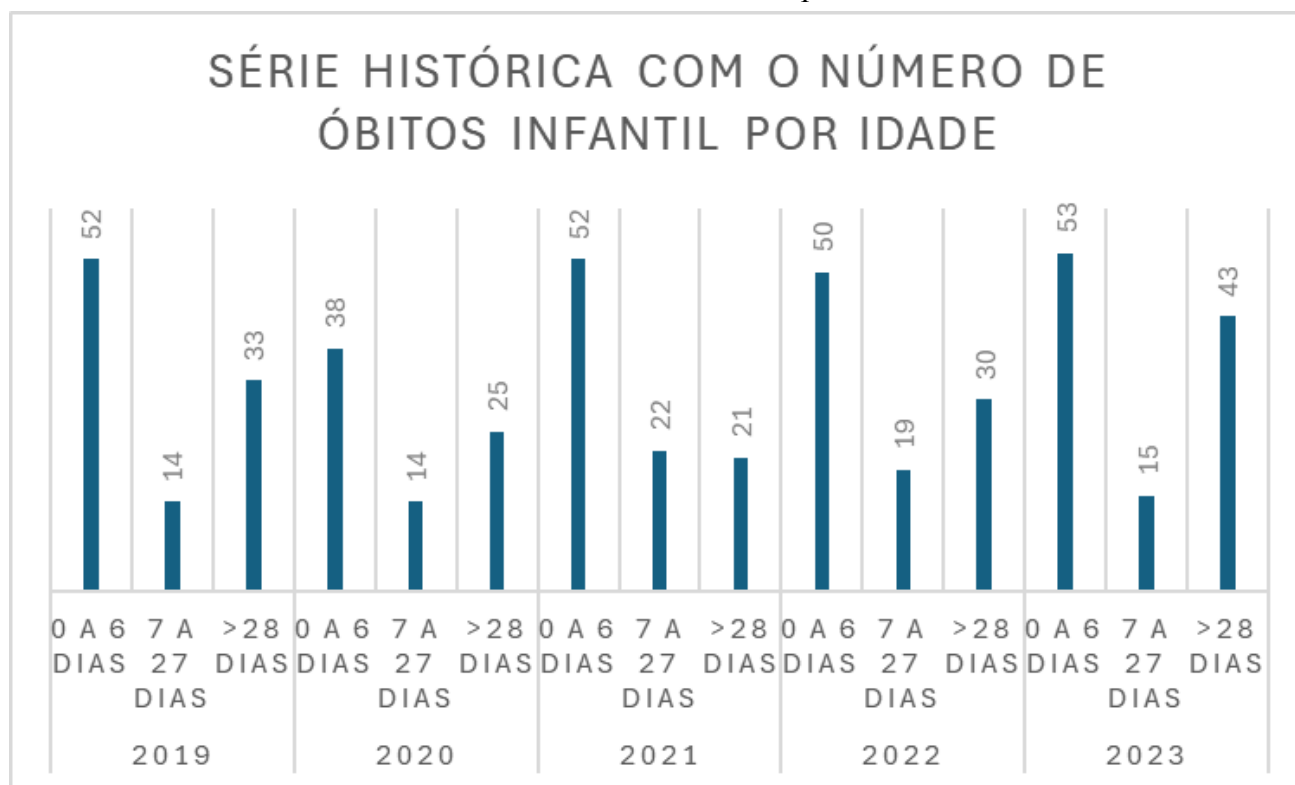
Fonte: Tabnet/SESA/ES



Óbitos Infantis

Uma das principais causas de morbimortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas (Martins-Costa et al, 2002).

Gráfico 23: Série Histórica com o Número de Óbitos Infantil por idade:



Fonte: Tabnet/SESA/ES

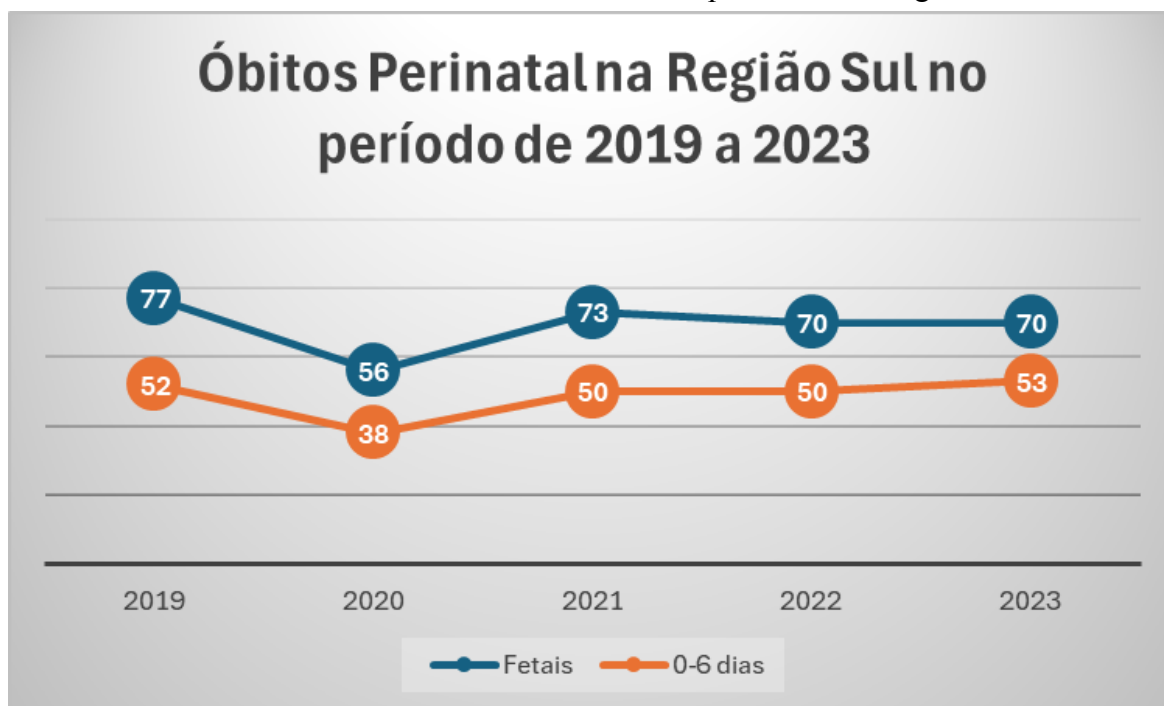
Taxa de mortalidade perinatal

Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida. Reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto.

Cálculo: Número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) acrescido dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, em determinado local/ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local/ano, multiplicado por 1000.

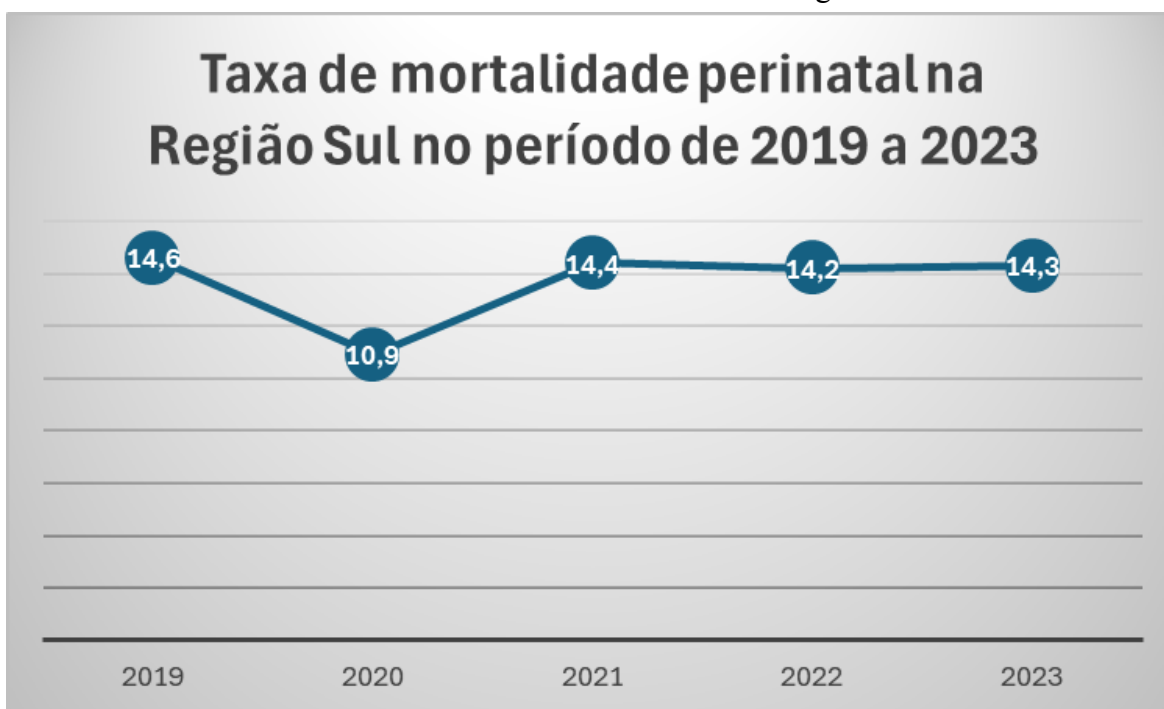


Gráfico 24: Série Histórica do Número Absoluto de óbitos perinatais na Região Sul.



Fonte: Tabnet/SESA/ES

Gráfico 25: Série História da Razão de Mortalidade Perinatal na Região Sul.



Fonte: Tabnet/SESA/ES.

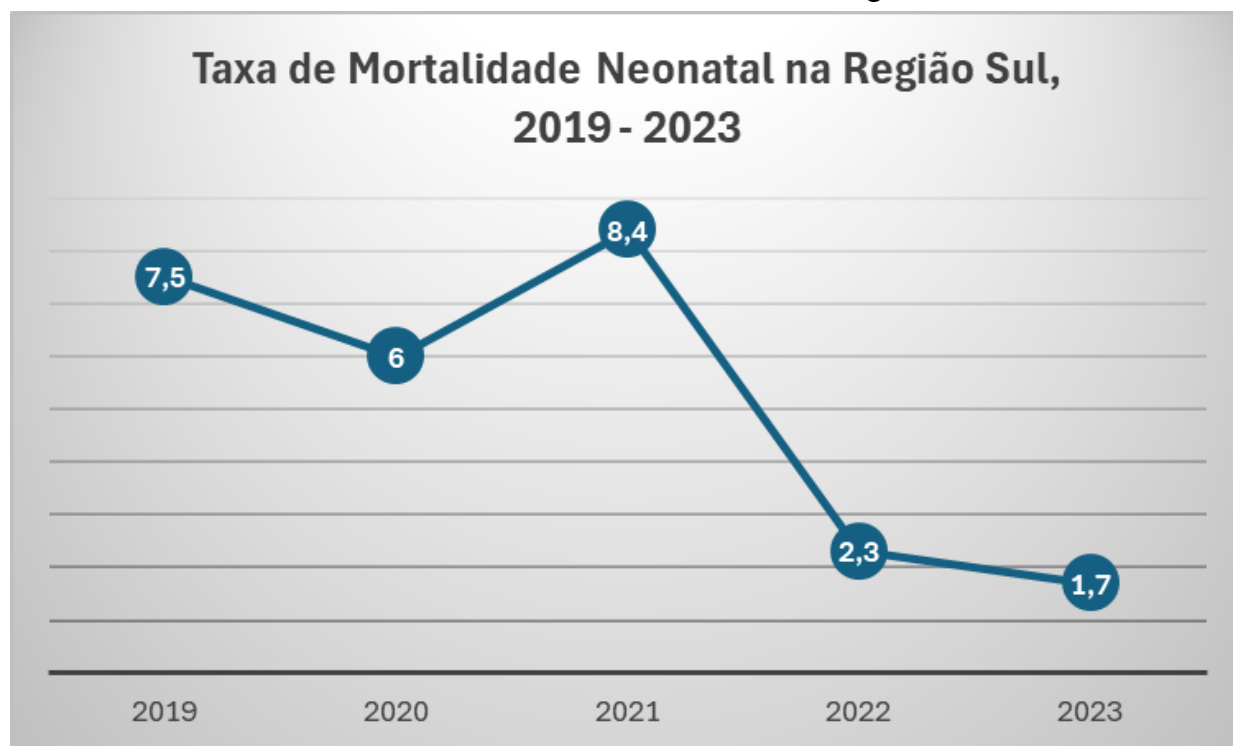


Taxa de Mortalidade Infantil (Neonatal e Pós-neonatal)

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador que contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. A Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) refere-se ao número de óbitos de 0 a 27 dias a cada mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Cálculo: Número de óbitos de crianças residentes com 0 a 27 dias de vida em determinado local/ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local/ano, multiplicado por 1000.

Gráfico 26: Série Histórica da Razão de Mortalidade Neonatal na Região Sul.



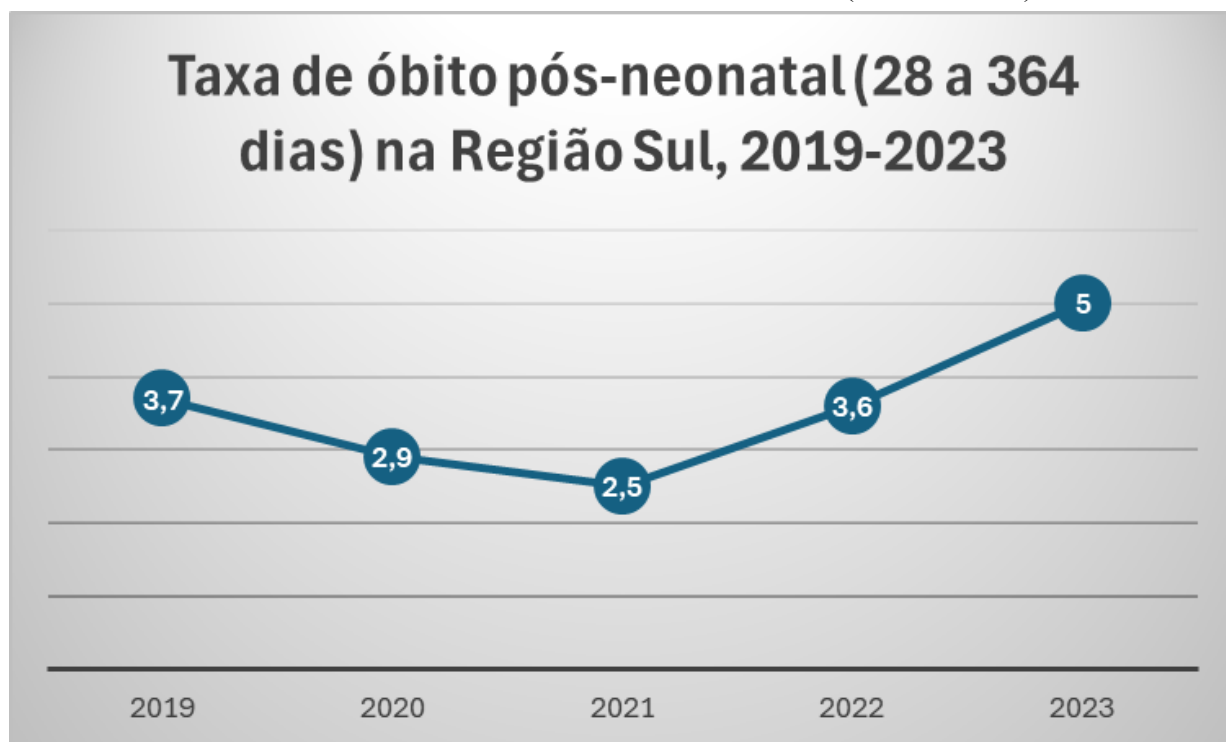
Fonte: Tabnet/SESA/ES.

A Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (TMPN) expressa o número de óbitos de crianças entre 28 a 364 dias de vida, a cada mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Cálculo: Número de óbitos de crianças residentes com 28 e 364 dias de vida em determinado local/ano, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1000.



Gráfico 27: Série Histórica da Razão de Mortalidade Pós-Neonatal (28 a 364 dias).



Fonte: Tabnet/SESA/ES.

O Brasil assumiu como meta pactuada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, 2015), enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos até o ano de 2030.

VII – REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL

A Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, em consonância com a Rede Cegonha instituída nacionalmente em 2011, e mais recentemente atualizada com Rede Alyne, em 2024, vem desenvolvendo ações para a construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher e à criança o acesso a serviços e ações de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, de forma eficiente e resolutiva, objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno, com ênfase no enfrentamento a mortalidade materna e infantil.

Após a criação e implementação da Rede Cegonha no Brasil (2011) o Estado do Espírito Santo criou a Rede Bem Nascer (2012) com o objetivo principal de contribuir para a diminuição da mortalidade materno-infantil no Espírito Santo e também garantir um cuidado integral para gestantes, puérperas e bebês, com serviços que promovem segurança, acolhimento e humanização.



Mais de 85% dos óbitos materno e infantil poderiam ser evitados por meio do acesso adequado aos serviços de saúde com qualidade garantida no pré-natal, no parto e no atendimento do recém-nascido. A Rede Bem Nascer foi criada para superar esses obstáculos, por meio de uma estratégia que prevê uma série de ações na assistência a esse público-alvo, abrangendo desde o pré-natal até os primeiros cinco anos de vida da criança.

Para atingir essa meta, a Rede Bem Nascer organizou os serviços de forma integrada de acordo com os níveis de complexidade – desde a atenção básica até a terciária. Um dos pontos principais da iniciativa é o investimento de recursos estaduais em projetos prioritários que foram investidos na reforma bem como ampliação das maternidades de referência desde adequação de estrutura física, aquisição de equipamentos, ampliação de leitos, construção de UTIN, ambiência e humanização do atendimento nas maternidades.

A Rede Bem Nascer redesenhou o mapa assistencial materno infantil no Espírito Santo onde 20 maternidades de alto risco, risco habitual ou ambas, passaram a ser referência para cada uma das quatro regiões de saúde do Estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul). Os recursos foram alocados de acordo com a necessidade de cada unidade, desde que abranjam adequação de estrutura física e aquisição de equipamentos hospitalares bem como a garantia do parto seguro com equipes completas durante 24 horas nos 7 dias da semana.

As maternidades que atenderam os critérios estabelecidos do Espírito Santo com destaque para a região de saúde estavam localizadas geograficamente para poder prestar um serviço mais próximo possível do domicílio das gestantes, a partir deste momento começaram a vinculação das gestantes a sua maternidade de referência segundo risco gestacional, evitando assim peregrinações por maternidades, passou a ser garantida a visita a maternidade por parte da gestante e parceiro.

Apesar das diversas iniciativas desenvolvidas em nossa região nos últimos anos, continuamos a vivenciar problemas na sistematização da assistência da gestação, parto e puerpério, desrespeitando direitos básicos de cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém nascidos. Entre estas estão a segmentação e falhas de comunicação entre os diversos pontos de atenção que compõem a Rede Atenção Materna e Infantil: unidades básicas de saúde, pronto atendimento, serviços especializados e maternidades, além da intervenção excessiva sobre o parto. Desafios que somente com a implantação de políticas públicas regionais e o comprometimento de todos os "atores" envolvidos será possível superar.

Quando olhamos os desafios estruturantes, nos deparamos com as desigualdades sociais e raciais, racismo institucional, baixa qualidade do pré-natal, subfinanciamento da rede, dificuldade de acesso e qualidade na atenção básica à saúde para o cuidado integral, baixa vinculação entre os serviços e fragilidade no monitoramento, que persistem depois de mais de uma década do advento da rede de cuidado materno e infantil.



Nos últimos anos houve um enfraquecimento da Rede Cegonha e seus resultados não se mantiveram como o esperado. E, na perspectiva de reforçar seu compromisso no enfrentamento às desigualdades na saúde, com melhores condições de cuidado para as gestantes, puérperas e bebês, no dia 12 de setembro de 2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne, estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, através da, Portaria GM/MS nº 5.350, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e visa reduzir a mortalidade materna em 25%.

Além da expansão das ações voltadas para saúde materno-infantil, a Rede Alyne prevê novos investimentos e busca diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. A iniciativa homenageia a jovem negra Alyne Pimentel, que morreu aos 28 anos, gestante e vítima de negligência médica. O caso da moça levou o Brasil a ser o primeiro país condenado por morte materna pelo Sistema Global de Direitos Humanos em todo o mundo.

No dia 11 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mãe de uma criança de 5 anos e grávida de seis meses, se sentiu mal e buscou atendimento em uma unidade de saúde de Belford Roxo (RJ). Sem realização de qualquer exame laboratorial ou de ultrassonografia, ela recebeu um remédio e foi mandada de volta para casa. Dias depois, com o estado de saúde piorado, ela retornou e foi constatado que o seu bebê havia morrido.

Após mais de sete horas de espera, o parto foi induzido para retirada do feto do seu útero, mas não foi bem-sucedido. Ela continuou a passar mal, mas ainda teve que esperar horas por uma cirurgia de curetagem para retirada dos restos. A família foi proibida de visitá-la.

Quando os parentes puderam vê-la, o estado de saúde havia piorado, mas, apesar das condições graves que apresentava, ela ainda teve que esperar 8 horas até a transferência para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, por não haver ambulâncias disponíveis. Nas últimas duas horas de vida, Alyne estava em coma e, na transferência, seus registros médicos foram retidos. No dia 16 de novembro de 2002, Alyne Pimentel morreu. A autópsia determinou hemorragia digestiva como causa da morte. Após o óbito, a mãe da moça foi informada pelos médicos da unidade de Nova Iguaçu que o feto morto há dias dentro de Alyne ocasionou seu falecimento.

Cinco anos depois, em novembro de 2007, a família entrou com uma ação no Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw) da Organização das Nações Unidas (ONU). Quatro anos depois, o comitê emitiu condenação ao Brasil por não prestar atendimento adequado desde o surgimento das complicações, determinou indenização para a família e recomendou políticas para melhoria do atendimento a gestantes pelo serviço público de saúde. Em 2014, o governo federal indenizou a mãe de Alyne e entregou um certificado que reconhece a responsabilidade do Estado na morte da gestante. O caso Alyne Pimentel se tornou um símbolo das desigualdades e da luta por direitos para mulheres no Brasil.



A Rede Alyne está organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil em consonância com o Planejamento Regional Integrado – PRI de forma ascendente, e prevê medidas como:

1. Reestruturação dos serviços de urgência e emergência: para o fim da peregrinação das gestantes, o Ministério da Saúde vai implementar custeio mensal para ambulâncias destinadas à transferência de gestantes e recém-nascidos graves, com estruturação de equipes especializadas em atendimento materno e infantil, com cobertura 24 horas, 7 dias da semana no Complexo Regulatório do SUS.
2. Incentivo ao aleitamento materno: serão feitos novos investimentos para aumentar a disponibilização de leite materno nas unidades neonatais, além de um valor adicional para os bancos de leite humano que alcancem autossuficiência, atendendo a demanda das unidades neonatais de referência.
3. Novos investimentos: custeio de novos exames incorporados no pré-natal; novo modelo de financiamento por nascido vivo, por local de residência e município do atendimento; e incremento no repasse para leitos, com aumento de valor para Unidades de Cuidado Neonatal Canguru (UCINca) em 240%.

VIII - ANÁLISE DOS COMPONENTES DA RAMI

O Grupo Condutor da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul - RAMI-SUL, coordenado pela Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim - SRSCI, junto às Referências Técnicas Municipais da Rede, vem buscando organizar a distribuição dos pontos de atenção de forma a garantir acesso, qualidade e resolutividade na assistência da mulher e da criança.

A Nota Técnica da RAMI-SUL nº 01/2023, enfatiza o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde na estruturação da Rede, constituindo a porta de entrada preferencial e o centro de comunicação da assistência à mulher e à criança, atuando de forma integrada com os demais pontos de atenção à saúde e serviços, exercendo o papel de coordenadora do cuidado. Destaca ainda, os pontos de atenção hospitalar, e padroniza para além da estratificação de risco, fluxos de comunicação e logística na região.

- Atenção ao Pré-Natal:

A assistência ao pré-natal tem se fortalecido nas Unidades Básicas de Saúde - UBS da região, que atualmente possuem coberturas municipais de 98% de ESF. Como porta principal de entrada e ordenadora do cuidado, o acompanhamento e a estratificação de risco são realizados conforme protocolos de atendimento pelos enfermeiros e médicos das UBS.



Na ausência de uma diretriz estadual a RAMI-SUL editou pela segunda vez a instrução assistencial que norteará a Região Sul de Saúde do Estado com a Nota Técnica nº 01/2023, na qual constam normativas próprias da Região, que por meio da Estratificação do Risco Gestacional, classifica as gestantes em Risco Habitual e Alto Risco, e por meio desta são direcionadas ao ponto de atenção mais adequado à sua condição.

O acompanhamento da gestante de Alto Risco deve ser compartilhado com o ambulatório especializado municipal ou microrregional, que ainda, na região, segue um modelo centrado no médico, sendo ofertado em 100% dos municípios. O compartilhamento do pré-natal da gestante de Alto Risco é feito entre a UBS e o médico ginecologista/obstetra de referência municipal ou microrregional.

Com a nova orientação da Rede Alyne, cabe à região a estruturação e organização do Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR), não existindo ainda a estruturação deste componente na Rede.

- Atenção ao Parto e Nascimento:

Com o fortalecimento das políticas públicas, normativas, legislações, diagnósticos e reconhecimento de fragilidades, a região está passando por um processo importante de reorganização dos pontos de atenção ao parto e nascimento.

Buscando a qualificação da assistência e a adequação às portarias sanitárias. Tem buscado junto aos gestores locais que os partos sejam direcionados às maternidades componentes da rede, em vez de maternidades municipais, sem estrutura e inseguras, que culturalmente utilizadas na região.

No processo de construção das Redes de Atenção à Saúde – RAS, uma das estratégias que visam ordenar o cuidado é a adoção de diretrizes específicas para direcionar os diferentes pontos de atenção e serviços em relação às condições de saúde da população organizados no território, em municípios ou regiões de saúde, sendo dividido em atenção primária, secundária e terciária.

Sob a perspectiva de otimizar os recursos, adequar o manejo clínico e organizar a assistência durante a gestação, balizamos o acesso através da estratificação de risco, para definir o nível de atenção adequado para cada gestante conforme preconizado na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Em 2019 a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e o Ministério da Saúde - MS se uniram no projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde em todo o país.



Essa planificação veio com a prerrogativa de organizar o acesso ao ambulatório de Atenção Especializada, qualificando e integrando o cuidado junto ao macro processo da Atenção Primária à Saúde, possibilitando assim melhoria no acesso às Redes de Atenção à Saúde - RAS, continuidade na atenção, maior resolutividade e redução nos custos para o sistema de saúde.

Esse documento veio de encontro aos anseios da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde - RAMI-SUL do Estado, que milita na direção de garantir atenção diferenciada e individualizada segundo as necessidades de saúde da mulher no período gravídico e a seus bebês.

Para iniciar, apresentamos o delineamento da estrutura assistencial das unidades de referência no atendimento obstétrico, de urgência e emergência obstétrica e neonatal, tendo como público alvo gestantes de risco habitual e de alto risco dos 26 municípios da Região Sul de Saúde do Estado, conforme pactuações firmadas na Comissão Intergestora Regional Sul – CIR-SUL e definidas conforme segue:

Quadro 04: Maternidades de referência da RAMI-SUL.

Risco Gestacional	Pré-Natal	Maternidade Referência de	Municípios Adstritos
Risco Habitual	UBS	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Cachoeiro de Itapemirim, Atilio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta e Presidente Kennedy.
		Santa Casa Castelense	Castelo
		Hospital São José	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado
		Hospital e Maternidade Menino Jesus	Itapemirim, Anchieta, Iconha, Marataízes, Piúma, Rio Novo do Sul, Alfredo Chaves
		Santa Casa de Guaçuí	Guaçuí, Alegre, Dorcas do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna, Muniz Freire
Alto Risco	UBS + Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco (Municipal ou Regional) + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivácqua, Cachoeiro de Itapemirim, Bom Jesus do Norte, Castelo, Divino de São Lourenço, Dorcas do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

Fonte: Nota Técnica da RAMI-SUL nº 01/2023.



A prevalência estimada no Brasil de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto que a de alto risco representa de 10 a 15% do total de gestantes (Série Parâmetros SUS – Volume 1, Ministério da Saúde 2015, pág. 12). Contudo temos observado um crescimento no quantitativo de gestantes que apresentam fatores de risco, e no Espírito Santo a Secretaria de Estado da Saúde - SESA adota o percentual de 17% para fins de cálculo assistencial das gestantes de alto risco para evitar desassistência. Dessa forma, objetiva-se o acesso equânime dos diferentes estratos da população de gestantes e recém-nascidos aos serviços de saúde.

Apesar dos avanços da organização hospitalar da rede ainda é um desafio regional os partos realizados em hospitais, de referência municipal, que ainda não se adequaram às normativas de garantia do parto seguro. Esses pontos de assistência fragilizam a rede, uma vez que além do custo aumentando para os municípios, fracionam a mão de obra especializada da região.

- Atenção ao puerpério e atenção integral à saúde da criança:

Dos pontos de atenção do componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, a Região Sul, como supracitado, conta com 98% de cobertura de ESF para garantia da atenção à saúde da puerpera, do recém-nascido e da criança na APS.

Possui na rede o Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança (A-SEG), de forma centralizada no município de Cachoeiro de Itapemirim, assim como o Banco de Leite Humano - BLH.

O Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA para além da referência regional para Partos de Alto Risco e assistência Neonatal, mantém o acompanhamento ambulatorial de seguimento e é responsável pelo Banco de Leite Humano da região.

- Sistemas logístico, de apoio e de governança:

Com o fortalecimento da RAMI na região, o aprimoramento dos fluxos, a coordenação dos sistemas logísticos e de apoio tem sido primordial para qualificação da assistência.

A organização do transporte das gestantes e crianças é feita por cada município da região, por meio de carros ou ambulâncias, assim como 100% dos municípios dispõe do SAMU para atendimento a urgências e emergências.

O acesso aos pontos de atenção tem sido regulado por ferramentas que têm sido aprimoradas na região de forma a facilitar a coordenação do cuidado e a efetiva comunicação entre os pontos.



Na regulação da assistência ambulatorial, assim como acesso a exames, a região usa-se o Sistema MV-Soul, de acesso a todos os municípios, e atualmente, a todas as UBS.

Como organização da RAMI e busca pela melhoria da comunicação, documentos de vinculação à Rede Hospitalar são utilizados assim como é fomentado o uso de dados bem registrados na Caderneta da Gestante e da Criança.

O prontuário eletrônico já é realidade para 100% dos municípios da região, mas ainda não há uma interoperabilidade entre os sistemas que permita o acesso ao PEC por todos os pontos de assistência, o que torna primordial, para além da caderneta a manutenção do fluxo de encaminhamento, com referência e contrarreferência.

O apoio diagnóstico e farmacêutico é garantido de forma municipalizada, com intervenção do estado em casos pontuais. Para além das farmácias básicas municipais, na região existem 04 Farmácias Cidadãs Regionais e a distribuição por meio da SRSCI de medicações de programas de algumas doenças de agravos específicos.

Os consórcios intermunicipais têm favorecido a organização da Rede na região, organizados por grupos de municípios, favorecendo a oferta de serviços e profissionais.

A governança regional da RAMI vem sendo concretizada por meio de espaços representativos, como a CIR-SUL, Grupo Condutor da RAMI-SUL, Câmara Técnica da CIR e CIES.

IX – OBJETIVOS

- Gerais:

O Plano Regional Integrado da RAMI-SUL, tem como principal objetivo fortalecer a assistência materna e infantil na Região Sul, buscando a equidade regional, através de um planejamento qualificado e ascendente, em prol das ações de saúde ofertadas à população.

- Específicos:

Objetiva, de forma mais específica, seja possível:

- Identificar as necessidades de saúde da população da Região Sul, no que tange a assistência materna e infantil, direcionando e buscando um alinhamento das ações de saúde com as necessidades da população.
- Promover a integração dos serviços de saúde e os municípios.
- Qualificar e fortalecer a Rede.



- Garantir que a mulher e a criança tenham um serviço de saúde que garanta acesso, acolhimento e resolutividade para suas necessidades.
- Garantir os princípios doutrinários do SUS.
- Garantir acesso universal, equânime e integral na assistência.
- Zelar pela continuidade do cuidado de forma segura e resolutiva.
- Estruturar e integrar os diferentes níveis de atenção.

X – METAS, INDICADORES E MONITORAMENTO

A Rede Alyne tem como metas e indicadores:

- Reduzir a mortalidade materna e de bebês em 25% até 2027
- Reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027
- Aumentar a disponibilidade de leite materno nas unidades neonatais
- Triplicar o repasse para exames de pré-natal
- Incorporar novos testes rápidos
- Fortalecer a atenção à saúde da gestante

A Rede Alyne reestrutura a antiga Rede Cegonha, entre as inovações do estão:

- Plano integrado entre a maternidade e a Saúde da Família
- Qualificação das equipes de Saúde da Família
- Ampliação do Complexo Regulatório do SUS com equipe especializada em obstetrícia
- Reestruturação dos serviços de urgência e emergência
- Incentivo ao aleitamento materno
- Modelo de financiamento por nascido vivo

O cofinanciamento das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) também passou por alterações em 2024, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Esta portaria substitui o Programa Previne Brasil.

A nova metodologia de cofinanciamento federal da APS tem como objetivo consolidar a Estratégia Saúde da Família - ESF, melhorar a qualidade da atenção primária e proporcionar um sistema de saúde mais justo e com maior capacidade de resposta sanitária

O repasse de recursos do novo modelo de financiamento será baseado em 3 principais segmentos: componente fixo por equipe, vínculo e acompanhamento territorial, qualidade e indução de boas práticas. Ainda, será calculado através do tamanho da população atendida e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) da região. Serão incorporados gradativamente indicadores para monitoramento e avaliação do componente de qualidade do cuidado ofertado pelas equipes. As



especificações dos indicadores serão definidas em ato normativo do Ministério da Saúde e serão tomadas como base para o monitoramento das ações e serviços da região.

O monitoramento das ações é feito de forma sistemática através do Grupo Condutor da RAMI-SUL que se reúne mensalmente e conta com representação de Referência Técnica dos 26 municípios da Região Sul e dos Hospitais de referência da Rede, sendo coordenado por representante da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim - SRSCI em consonância com as orientações do nível central da Secretaria de Estado da Saúde - SESA através da Referência Técnica Estadual da RAMI.

XI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento foi fruto de um processo metodológico que envolveu diversos momentos e a participação de diferentes atores sociais. É fundamental destacar o papel do Planejamento Regional Integrado - PRI como ferramenta essencial para fortalecer e implementar as Redes de Atenção à Saúde e Vigilância -RASV. No entanto, não conseguimos concluir um documento de Planejamento com perspectivas futuras.

As etapas de definição regional, análise da realidade e elaboração de um diagnóstico situacional, juntamente com os momentos de troca de conhecimento, foram cruciais para o fortalecimento e aprimoramento dos atores regionais. Contudo, o alinhamento das ações, propostas e planejamentos regionais em um formato documentado não pôde ser finalizado.

A Rede de Atenção Materna e Infantil - RAMI, identificada como prioritária na Região Sul para a elaboração da proposta piloto do Planejamento Regional Integrado - PRI, utilizou as metodologias e o documento aqui produzido para subsidiar a análise da Rede prioritária.

Durante mais de 25 anos de construção do SUS no ES, maiores e mais significativos foram os avanços do que os retrocessos e estagnações no processo de regionalização. A regionalização foi, e hoje ainda é, uma realidade viva na gestão da saúde do Espírito Santo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às três regiões de saúde.

O processo de Planejamento, Programação Regional e de estruturação da RAS tem se mostrado como um eficiente processo para o desenvolvimento regional, com o estímulo à expansão responsável da infraestrutura necessária no sistema de serviços regionais e respectivas ações, importantes para se elevar a qualidade de vida da população capixaba. Para tanto, as prioridades de investimentos e de custeio das ações e serviços de saúde devem estar direcionados para implementar a RAS; fortalecer a APS como ordenadora do cuidado, instituindo e institucionalizando a política da integração da atenção primária com a atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar,



articulando os três níveis de atenção com a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde e de Assistência Farmacêutica e implementar a Política Estadual e Regional de Regulação do Acesso.

Certamente ainda há muito por fazer, entretanto o caminhar da regionalização já vem produzindo a qualificação no acesso e na atenção à saúde da população na RAS Estadual e seus componentes regionais, respeitando princípios de equidade, integralidade e universalidade.

O conjunto de processos descrito nas páginas anteriores, desde o documento sobre a regionalização em nosso Estado e região, passando por outros aspectos de governança têm o único objetivo de fortalecer as deliberações do SUS, na convicção de que estamos no caminho certo.

Entretanto, entendendo que a regionalização do SUS e suas delimitações geográficas são um processo em constante evolução, e em respeito à Resolução CIT nº 37 e aos critérios de economicidade, escala e escopo na estruturação das redes, há alguns anos já considera a insuficiência de tecnologias de alta complexidade, e algumas mais escassas de média complexidade da Região.

Colegiadamente para superação de possíveis fragilidades na aplicação das diretrizes da regionalização no Estado, há o entendimento geral de que o fortalecimento da governança regional requer o perfeito entendimento das responsabilidades de cada ente nesse espaço regional.



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABENFO. Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia, 2002. Disponível em: http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias_para_o_exercicio_da_obstetr%C3%ADcia.pdf.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal.

AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 36, 2010.

ARAÚJO E. M.; COSTA, M. C. N. Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: Possibilidades e limites. Interface Commun Heal Educ [internet]. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2009 [acesso em 2015 mar 8]; 13(31):383-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Acompanhamento durante o trabalho de parto (suporte psicossocial). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Febrasgo-Abenfo, 2001a. Cap. 7, p. 64-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas. Série D Reuniões e Conferências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 1, col. 3. 8 abr. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 05 jun. 2008 n. 106, s 1, p. 52, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 set. 2013. s. 1, p. 130, Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Racismo Como Determinante Social de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Rede Cegonha – Brasil apresenta queda nos índices de mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34876-rede-cegonha-brasil-apresenta-queda-nos-indices-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 mai. 2014. s 1, p 43, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. II Relatório de pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 27 abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 50 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupação: doula. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2022.

DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Suplemento, p. S140–S153, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G. O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. 1. ed. São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da Saúde/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2002.



DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. I, n. 1, p. 80–91, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, D. et. Al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311Xcsp-30-s1-0101.pdf>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. O pré-natal começa antes da gravidez. Quarta, 13 Setembro 2017 16:54. <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-dagravidez>

FERRAZ TR, NEVES ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. *Rev Gaúcha Enferm*, 2011 mar; 32(1):86-92.

FIORETTI, B. Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas. Rio de Janeiro: VideoSaúde/Fiocruz, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisarevela-numero-excessivo-de-cesarianas>

GENP. Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto. Humanizando o nascimento e o parto: o Workshop. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Senac, 2005.

GONZAGA I. C. A.; SANTOS S. L. D.; SILVA A. R. V. Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciência Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1965-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>

KABAD, J.F.; BASTOS J. L.; SANTOS R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(3):895-918.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 191–199, 2010.



LANSKY et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, v. 30, Sup., p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública, Suplemento, p. S17–S32, 2014.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 40, p. 107–120, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parto do Princípio e Ministério Público Federal debatem violência obstétrica com movimentos sociais de mulheres. Belém, 19 nov. 2014c. Disponível em: <<http://www.prpa.mpf.mp.br/news/2014/parto-do-principio-e-ministerio-publico-federal-debatem-violencia-obstetrica-com-movimentos-sociais-de-mulheres>>.

MOUBARAC, J. Persisting. Problems related to race and ethnicity in public Problemas persistentes relacionados à raça e etnia na pesquisa em saúde pública e epidemiologia. Rev Saúde Pública. 2013; 47(1):104-15.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico. OMS/SRF/MSM/96.24. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <www.who.int>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Robson Classification. Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf;jsessionid=E28EED67CB326DF9CE5E90F34AEE16?sequence=1>. Acesso em 13 de maio de 2019.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia. Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Nº 2, Novembro de 2017.



Parecer Técnico de nº 01/2024

Grupo Condutor da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI-SUL, atualizado através da Resolução CIB/SUS-ES nº 051/2024, em plenária da reunião ordinária ocorrida em 03/12/2024, e

Considerando a Resolução CIT nº 01/2021 que estabelece diretrizes para o Processo de Regionalização, Planejamento /regional Integrado - PRI e Governança das Redes de Atenção à Saúde.

Considerando a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002 que estabelecem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Considerando o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização, do planejamento, da assistência à saúde e da articulação Interfederativa.

Considerando o PROADI-SUS: "Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde: Regionalização", que é uma iniciativa tripartite para o aprimoramento da gestão e governança do SUS fomentando a organização das Rede de Atenção à Saúde - RAS.

RESOLVE:

Emitir **Parecer Técnico favorável** à aprovação do documento final do Planejamento Regional Integrado – PRI, que teve a Rede de Atenção Materna e Infantil com foco prioritário na Região Sul.

Cachoeiro de Itapemirim, 03 de dezembro de 2024.

Ciente e de acordo, todos os membros presentes.

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

BRUNA CELIS MARIN LOVATTE
PRESIDENTE (REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REG.SUL)
NRE-CI - SESA - GOVES
assinado em 03/12/2024 14:43:58 -03:00

CRISTIANE DA HORA ROCHA
ENFERMEIRO - DT
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 03/12/2024 14:59:50 -03:00

ANA CAROLINA ABDALLA DUARTE CALVI
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 21:53:47 -03:00

IZABELLA VICENTE FONTANA
CIDADÃO
assinado em 04/12/2024 09:29:57 -03:00

ÁTILA MÁRCIA MACHADO DE OLIVEIRA
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 15:00:51 -03:00

NAYRA BERNARDES GOMES LINHARES
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 15:05:45 -03:00

RAFAELA VIEIRA VEREZA
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 14:57:24 -03:00

JOSIENI MIRANDA DE SOUSA SILVA
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 15:04:14 -03:00

MARIELY RODRIGUES LAMAS BITENCOURT
CIDADÃO
assinado em 04/12/2024 07:30:36 -03:00

JULIANE VIEIRA DIAS BORGES
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 16:06:00 -03:00

LETÍCIA MARINHO PINTOR DELLATORRE
CIDADÃO
assinado em 03/12/2024 15:15:29 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 05/12/2024 08:49:48 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BRUNA CELIS MARIN LOVATTE (PRESIDENTE (REDE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL REG.SUL) - NRE-CI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-9QTTK2>



Parecer Técnico de nº 019/2024

A Comissão Intergestora Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo – CIR-SUL, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 em 06/08/2012.

CONSIDERANDO ser a Câmara Técnica de caráter permanente, responsável pelo assessoramento técnico, à temas de interesse do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde Sul de Saúde, conforme descrito em Regimento Interno da CIR-SUL atualizado por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 163/2022.

CONSIDERANDO a 11ª Reunião Ordinária da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, realizada no dia 04 de dezembro de 2024, às 14h, em formato online, através da plataforma Zoom.

CONSIDERANDO a Resolução CIT nº 01/2021 que estabelece diretrizes para o Processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado - PRI e Governança das Redes de Atenção à Saúde.

CONSIDERANDO as Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS-SUS nº 01/2001 e nº 01/2002 que estabelecem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre da organização, do planejamento, da assistência à saúde e da articulação Interfederativa.

CONSIDERANDO o PROADI-SUS: "Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde: Regionalização", que é uma iniciativa tripartite para o aprimoramento da gestão e governança do SUS fomentando a organização das Rede de Atenção à Saúde - RAS.

RESOLVE:

Emitir **Parecer Técnico favorável** à aprovação do documento final do Planejamento Regional Integrado – PRI, que teve a Rede de Atenção Materna e Infantil com foco prioritário na Região Sul.

Cachoeiro de Itapemirim, 04 de dezembro de 2024.

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

BRUNA CELIS MARIN LOVATTE

MEMBRO (COMISSÃO DA CÂMARA TÉCNICA DA CIR-SUL 2024)
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 05/12/2024 11:10:54 -03:00

PRISCILLA SANTOS DE OLIVEIRA ROCHA

MEMBRO (COMISSÃO DA CÂMARA TÉCNICA DA CIR-SUL 2024)
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 05/12/2024 11:18:31 -03:00

HENRIQUE REZENDE TIRADENTES

MEMBRO (COMISSÃO DA CÂMARA TÉCNICA DA CIR-SUL 2024)
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 05/12/2024 11:13:11 -03:00

RENATA BOSSATTO DE BARROS

MEMBRO (COMISSÃO DA CÂMARA TÉCNICA DA CIR-SUL 2024)
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 05/12/2024 12:54:11 -03:00

THIAGO AUGUSTO LOPES DAMAZIO

MEDICO - DT
SRSCI - SESA - GOVES
assinado em 05/12/2024 15:44:12 -03:00

SIMONI MAGRI COMINOTTI

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 11:57:46 -03:00

CARLOS HEMILIO FONTANA GOMES

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 16:12:31 -03:00

KATIA APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 14:42:54 -03:00

CAROLINE JACOMELLI SILVA

CIDADÃO
assinado em 06/12/2024 10:12:45 -03:00

NATALIA VILAS BOAS DE OLIVEIRA

CIDADÃO
assinado em 06/12/2024 14:39:46 -03:00

CAMILA GUIO MARIN

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 11:44:12 -03:00

MICHELLE MARINHO RAVAGLIA

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 14:45:53 -03:00

FERNANDA INACIO CARINI

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 11:50:48 -03:00

GRAZIELLA RODRIGUES FEJOLI DA SILVA

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 16:17:12 -03:00

MAYA MOLICA PEDROTO

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 11:48:38 -03:00

TAMIRES BATISTA FERREIRA

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 11:35:40 -03:00

ELISAMA FERRAZ REIS BORTOLOTI

CIDADÃO
assinado em 05/12/2024 12:14:26 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 06/12/2024 14:39:47 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por BRUNA CELIS MARIN LOVATTE (MEMBRO (COMISSÃO DA CÂMARA TÉCNICA DA CIR-SUL 2024) - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-PCKMR5>