



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida

RELATÓRIO

ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

Processo nº: 25000.024319/2022-75

Interessado: DAPES/CGCIVI/SAPS/MS

Assunto: Proposta de Portaria que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil -RAMI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

- 1.1. A manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde e, para isto, é essencial a atenção pré-natal e puerperal, cuja responsabilidade é do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 1.2. No âmbito da Rede Cegonha, a atenção à mulher durante a gravidez e pós-parto preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.
- 1.3. Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.
- 1.4. Esta Análise de Impacto Regulatório tem por finalidade avaliar as alternativas a serem consideradas para o enfrentamento da morbidade e a mortalidade materna e infantil. O problema regulatório identificado é multifacetado por possuir várias causas, com ampla abrangência de atores afetados, tendo como principal consequência o impacto direto das ações e serviços da Rede Cegonha no território.
- 1.5. Para solucionar o problema regulatório faz-se necessário atacar as causas raízes, que são aquelas que dão origem ao problema, nesse caso a necessidade de uma rede organizada e operacional que atenda de forma integral, tendo em vista que hoje a Rede Cegonha se encontra precária e com grandes falhas na efetividade de assistência às gestantes, necessitando, portanto, de intervenções estratégicas de imediato para a resolução efetiva do quadro atual.
- 1.6. Para tanto, pensou-se na criação de uma rede completa que pudesse contemplar ações e serviços maternos e infantis, incorporando as ações e serviços existentes da Rede Cegonha a uma rede mais extensa e adequada, que possa ampliar o acesso, acolhimento, a segurança, a qualidade e humanização no atendimento ao planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e atenção à criança, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.
- 1.7. Essa análise se propõe a examinar as disposições gerais, diretrizes, objetivos, financiamento e interação dos elementos constitutivos, a luz das orientações da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde e das normativas vigentes, bem como está sendo o processo de implantação da Rede Cegonha no decorrer de sua existência. Tem como base os referenciais teóricos nacionais e internacionais sobre as redes de políticas públicas e de atenção à saúde, assim como os atos normativos e produções técnicas do Ministério da Saúde sobre a Rede Cegonha.
- 1.8. O objetivo desejado com esta proposta é identificar o problema e demonstrar a necessidade de uma intervenção regulatória imediata a partir da instituição da Rede de Atenção Materna e Infantil, essa rede nasce de maneira organizada e estruturada com foco nos serviços de sexualidade responsável, de planejamento familiar, de pré-natal, de acolhimento da gestante e do bebê, na Atenção Primária à Saúde e humanização da assistência prestada no atendimento ao parto e nascimento na Atenção Especializada à Saúde.
- 1.9. Destaca-se que haverá a incorporação das ações e serviços já habilitados da Rede Cegonha na Rede de Atenção Materna e Infantil, sendo reestruturadas oferecendo serviços de qualidade e eficiência em todo território nacional.
- 1.10. A Rede de Atenção Materna e Infantil propõe uma assistência integral às mulheres e crianças, que permita especificar regras claras, ampliar serviços e fornecer ferramentas mais eficazes para o monitoramento e a fiscalização da qualidade das ações e serviços de acordo com os recursos repassados. De forma a atender as demandas desta população, maximizando o resultado e minimizando o custo.

2. INTRODUÇÃO

- 2.1. Em cumprimento às determinações do Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, trata-se do relatório de análise de impacto regulatório da proposta de instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS.
- 2.2. A mortalidade materna e infantil é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres e crianças, por ser uma tragédia muitas vezes evitável.
- 2.3. A história da saúde materno-infantil no Brasil foi construída ao longo de várias décadas, recebeu diferentes terminologias e passou por várias gestões. Entretanto, mulheres e crianças ainda não ocupavam as posições que atualmente a sociedade e as políticas públicas lhes permitem e garantem.
- 2.4. Partindo do Lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, que busca resgatar a integralidade como eixo norteador das práticas de cuidado à saúde da mulher com as prioridades de: melhorar as condições de vida e saúde das mulheres por meio da ampliação do acesso aos bens e serviços no âmbito do SUS; contribuir para a redução da morbimortalidade materna, por causas evitáveis; e qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher.
- 2.5. Como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite, instituíram o posicionamento sobre as Redes de Atenção à Saúde. Posicionamento esse que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, atualmente revogada e seu texto incorporado na

Portaria de Consolidação nº 3/2017, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.6. A organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, assim como aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.

2.7. A Rede Cegonha é uma estratégia político-assistencial nacional, contudo essa estratégia depende da integração da Atenção Primária à Saúde e da unidade hospitalar de referência como garantia de uma atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres, de acordo com a singularidade de cada usuária.

2.8. A Rede Cegonha foi pensada para reduzir a mortalidade materna, com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento familiar, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, de maneira integral e que pudesse atingir os grupos vulneráveis e populações em diversas regiões com necessidades de atendimento antes não atendidas.

2.9. Nesse sentido, para elaboração da presente análise de impacto regulatório – AIR, foi necessário um levantamento das ações e serviços, dispostos nas Portarias de Consolidação 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, que versam sobre a Rede Cegonha e a implementação das ações e serviços nela proposto. O levantamento dos dados também utilizou livros, artigos, sites do Ministério da Saúde, Legislações do Diário Oficial e artigos das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), Medline e da Scientific Electronic Library (SciELO).

2.10. A busca foi realizada por método integrado, com utilização dos seguintes descritores: redes de atenção à saúde, atenção primária à saúde, Rede Cegonha, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, humanização do parto, humanização do pré-natal e Sispre-natal.

2.11. Delimitados os descritores, a seleção dos textos foi realizada por leitura exploratória, com o objetivo de conhecer o material, e, posteriormente, por leitura seletiva e dados de monitoramento, na qual foram analisados em estudos gerais e regionais. A leitura interpretativa, juntamente com a experiência profissional dos autores, permitiu um maior significado à análise.

2.12. Com essa análise, procurou-se identificar a efetividade das ações e serviços da Estratégia Rede Cegonha, instituída em 24 de junho de 2011 (Portaria nº 1.459/2011) de forma comparativa com as atuais evidências e normativas vigentes, o que demonstra a ineficácia de algumas ações e serviços e a identificação de alternativas que podem ser implementadas de modo a garantir a assistência integral da saúde materno-infantil em todo território nacional.

2.13. A que se registrar que somente após a implementação das ações e serviços, principalmente daquelas consideradas estratégicas e de competência deste departamento, será possível estimar os resultados e os impactos sobre as alternativas para solução do problema.

3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

3.1. Contexto em que o Problema está inserido:

3.1.1. O problema está inserido no contexto da denominada Rede Cegonha, uma estratégia instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (origem PRT 1.459/2011). É estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação.

3.1.2. Dessa forma, a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a). Tudo isso havia sido discutido e construído no país desde os anos 1990, com base no conhecimento e na experiência de profissionais da saúde, antropólogos, sociólogos, gestores e colaboradores do Ministério da Saúde, entre outros (BRASIL, 2011b).

3.1.3. A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento familiar (BRASIL, 2011b).

3.1.4. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL: a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO: a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; c) busca ativa de crianças vulneráveis; d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO: a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do

plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

3.1.5. A operacionalização da Rede Cegonha se dá pela execução de cinco fases: Adesão e diagnóstico; Desenho Regional da Rede Cegonha; Contratação dos Pontos de Atenção; Qualificação dos componentes e Certificação.

3.2. **A Natureza do Problema e suas consequências:**

3.2.1. Para se chegar à natureza do problema é importante a definição de alguns termos:

- Óbito Materno (mortalidade materna): “Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais” (OMS,1997).
- Nascido vivo: É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação, de um produto de concepção que, depois dessa separação, respira ou manifesta outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou contração voluntária, tenha sido ou não cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta.

3.2.2. A mortalidade materna é um problema de saúde pública no Brasil. Os números atuais revelam índices alarmantes, quando comparados a outros países. A morte de uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, indica falha nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e, por conseguinte, na sociedade como um todo. As diretrizes políticas por promoverem ações que nem sempre estão de acordo com a necessidade da população; os profissionais de saúde pela falta de sensibilidade e comprometimento; e a sociedade pela forma passiva com que se acostumou a viver.

3.2.3. Vale destacar os dados apresentados pela Secretaria de Vigilância Sanitária -SVS, sobre os óbitos maternos por COVID-19, no ano de 2020, foram 334 óbitos em gestantes e puérperas no país; em 2021, os óbitos chegaram a 1.115, denotando um aumento preocupante.

3.2.4. Verifica-se no quadro abaixo um aumento da mortalidade materna do ano de 2020 para o ano 2021.

UF	Óbito Materno			Óbito Materno por COVID19			Nascidos Vivos			RMM Direta			RMM COVID19 Direta		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Acre	5	17	0	0	4	0	15.102	14.635	803	33,1	116,2	0,0	0,0	27,3	0,0
Alagoas	37	41	2	10	13	0	48.344	47.196	1.116	76,5	86,9	179,2	20,7	27,5	0,0
Amapá	15	15	1	3	4	0	14.631	14.805	474	102,5	101,3	211,0	20,5	27,0	0,0
Amazonas	68	114	2	19	58	1	75.601	74.537	2.018	89,9	152,9	99,1	25,1	77,8	49,6
Bahia	148	163	6	17	37	0	188.880	181.566	8.043	78,4	89,8	74,6	9,0	20,4	0,0
Ceará	117	112	7	20	36	1	120.902	118.012	3.975	96,8	94,9	176,1	16,5	30,5	25,2
Distrito Federal	21	36	0	4	17	0	39.363	36.416	994	53,3	98,9	0,0	10,2	46,7	0,0
Espírito Santo	37	47	0	6	14	0	53.771	51.147	309	68,8	91,9	0,0	11,2	27,4	0,0
Goiás	78	117	5	13	56	0	92.435	90.029	4.595	84,4	130,0	108,8	14,1	62,2	0,0
Maranhão	94	118	5	15	35	1	106.011	107.032	5.201	88,7	110,2	96,1	14,1	32,7	19,2
Mato Grosso	50	70	7	11	39	0	57.037	56.392	2.112	87,7	124,1	331,4	19,3	69,2	0,0
Mato Grosso do Sul	16	50	1	3	24	0	41.312	41.878	1.602	38,7	119,4	62,4	7,3	57,3	0,0
Minas Gerais	112	141	1	12	54	0	247.188	235.845	5.454	45,3	59,8	18,3	4,9	22,9	0,0
Pará	130	151	9	29	46	3	132.953	135.516	7.729	97,8	111,4	116,4	21,8	33,9	38,8
Paraíba	54	73	1	9	26	0	56.251	55.368	1.737	96,0	131,8	57,6	16,0	47,0	0,0
Paraná	76	169	5	17	99	0	146.264	140.074	5.594	52,0	120,7	89,4	11,6	70,7	0,0
Pernambuco	86	60	4	14	14	0	128.500	124.056	3.299	66,9	48,4	121,2	10,9	11,3	0,0
Piauí	38	51	2	5	19	0	45.229	45.418	1.598	84,0	112,3	125,2	11,1	41,8	0,0
Rio de Janeiro	186	285	9	46	124	0	199.126	179.906	5.440	93,4	158,4	165,4	23,1	68,9	0,0
Rio Grande do Norte	30	52	4	7	32	0	43.368	42.799	1.072	69,2	121,5	373,1	16,1	74,8	0,0
Rio Grande do Sul	54	90	4	3	44	0	130.742	123.936	5.110	41,3	72,6	78,3	2,3	35,5	0,0
Rondônia	19	44	1	4	31	1	25.799	25.167	385	73,6	174,8	259,7	15,5	123,2	259,7
Roraima	20	36	1	7	18	1	13.744	13.563	954	145,5	265,4	104,8	50,9	132,7	104,8
Santa Catarina	30	84	3	2	42	0	97.922	94.244	3.657	30,6	89,1	82,0	2,0	44,6	0,0
São Paulo	319	446	20	46	196	1	552.099	524.198	25.929	57,8	85,1	77,1	8,3	37,4	3,9
Sergipe	31	20	0	8	9	0	31.784	30.120	335	97,5	66,4	0,0	25,2	29,9	0,0
Tocantins	16	43	3	4	24	1	23.728	23.587	1.125	67,4	182,3	266,7	16,9	101,8	88,9
Brasil	1.887	2.645	103	334	1.115	10	2.728.086	2.627.442	100.660	69,2	100,7	102,3	12,2	42,4	9,9

Elaboração: MS/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: SIM e Sinasc – Sistema de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos

Dados preliminares do SIM e SINASC

Extração semanal do SIM sem tratamento em 04fev2022

Extração semanal do SINASC sem tratamento em 04fev2022

Obs. Não foram aplicados fatores de correção para a RMM

3.2.5. Na avaliação dos serviços financiados que assistem partos de baixo risco, demonstra-se que a maioria (72,32%) são de pequeno porte, realizando menos de 500 partos ao ano, sendo que mais da metade destes serviços (44,87%) não realizam, nem ao menos, a quantidade de 100 partos ao ano.

3.2.6. Quando correlacionados a desfechos maternos e neonatais, são estes os serviços que apresentam maiores taxas de morbimortalidade, que podem ser explicadas pela ausência de: equipe mínima de profissionais com conhecimento e experiência adequados, de oferta da assistência nas 24h diárias e sete dias na semana, e estrutura mínima para condução adequada de complicações inerentes.

3.2.7. Paradoxalmente, 27,71% dos serviços financiados prestam assistência a 500 ou mais partos ao ano, sendo estes responsáveis por 84,33% dos partos brasileiros.

Nº Partos SUS 2021	Nº DE SERVIÇOS	% DE SERVIÇOS	Nº PARTOS REALIZADOS	% Nº PARTOS REALIZADOS
1 a 99	1.207	41,87%	37.493	2,34%
100 a 499	877	30,42%	213.921	13,35%
500 a 999	306	10,61%	222.642	13,89%
1.000 a 10.689	493	17,10%	1.128.266	70,41%
Total	2.883	100,00%	1.602.322	100,00%

Fonte: Tabwin SIH * Dados preliminares e sujeitos a alterações

3.2.8. Portanto, a natureza do problema está na falha das políticas públicas implementadas, na falta de qualificação dos profissionais de saúde e, por conseguinte, na sociedade que não busca seus direitos.

3.2.9. Traz como consequências, aumento da mortalidade materna e infantil, estratégias que não são exequíveis por não considerar a regionalização, recursos públicos malversados, profissionais desestimulados, atendimento precário, dificuldade de acesso, entre outros.

3.3. Causas ou Indutores do Problema:

3.3.1. Geralmente, as gestantes morrem devido às complicações durante ou após a gravidez e o nascimento do bebê. A maioria dessas complicações se desenvolve durante a gravidez e outras podem existir antes dela, mas são agravadas durante a gestação.

3.3.2. Devido ao cenário preocupante a partir do aumento expressivo das taxas de mortalidade materna, é urgente e necessário o envolvimento de sistemas de saúde e comunidades, em todo o mundo, na abordagem de fatores políticos, econômicos, sociais, técnicos e ambientais que contribuam para reduzir essas altas taxas.

3.3.3. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as causas de morte materna estão dispostas da seguinte forma:



Fonte: WHO. **Maternal mortality, 2014**. Disponível em: <http://goo.gl/9NDrbQ>.

3.3.4. No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no SIM, sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

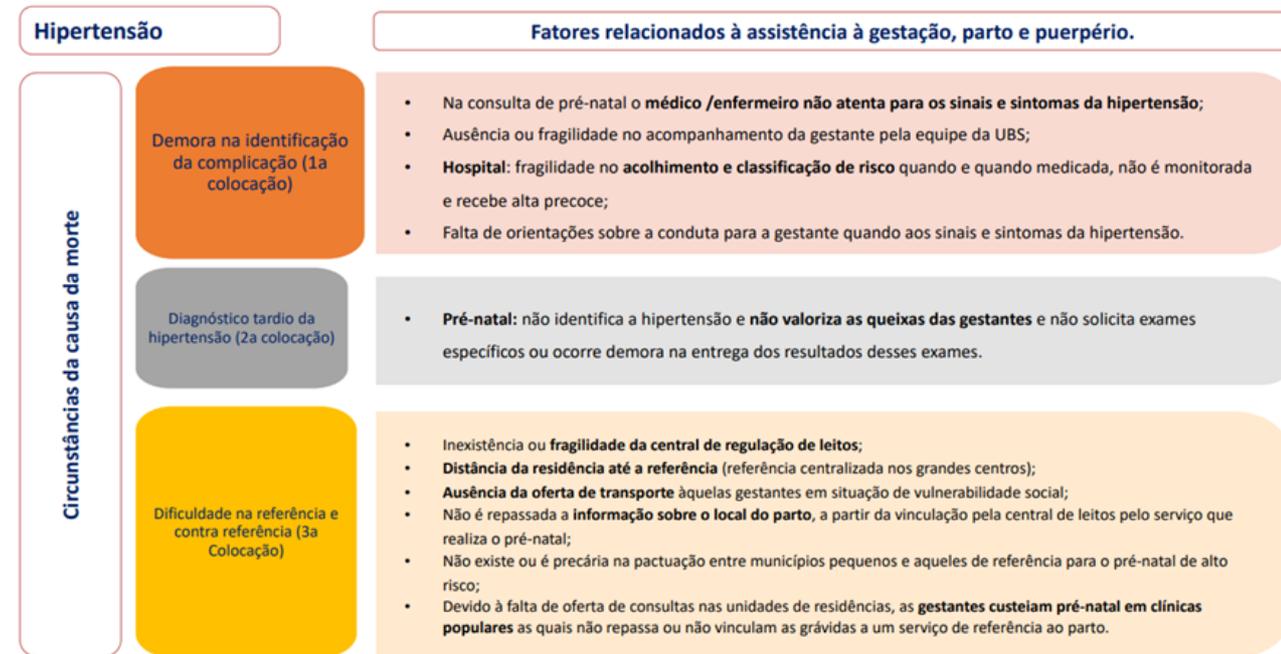
3.3.5. As causas obstétricas indiretas resultam de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período. De 1996 a 2018, essas causas foram responsáveis por 29% das mortes maternas e o restante foi classificado como causas obstétricas inespecíficas.

3.3.6. Em média, por ano, ocorreram 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos. Chama a atenção, em 2009, o surto de influenza A (H1N1) que contribuiu para o aumento de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas.

3.3.7. Entre os óbitos maternos ocorridos no Brasil, de 1996 a 2018, as causas obstétricas diretas que se destacaram foram: hipertensão (8.186 óbitos), hemorragia (5.160 óbitos), infecção puerperal (2.624 óbitos) e abortamento (1.896 óbitos). Por sua vez, as causas obstétricas indiretas que se destacaram foram: doenças do aparelho circulatório (2.848 óbitos), doenças do aparelho respiratório (1.748 óbitos), AIDS (1.108 óbitos) e doenças infecciosas e parasitárias maternas (839 óbitos).

3.3.8. A Hipertensão apresenta-se como a primeira causa evitável relacionada ao óbito materno, sendo também uma das principais causas de encaminhamento das gestantes ao Pré-natal de Alto Risco (PNAR), visto que 5 a 10% das gestantes apresentam essa condição. Dados preliminares extraídos pela Secretaria de Vigilância Sanitária – CGIAE/DASN/SVS/MS, revelam que no ano de 2020 e 2021 foram registrados 370 óbitos maternos por hipertensão.

3.3.9. Vale destacar as circunstâncias relacionadas à atenção ao pré-natal:



Fonte: Método - Ministério da Saúde/SVS/CGIAE

3.3.10. Em 2018, foram registrados 13 óbitos maternos de meninas com idade entre 10 e 14 anos e 17 óbitos maternos de mulheres com idade entre 45 e 49 anos, faixas etárias consideradas extremas para a fecundidade.

3.3.11. Os óbitos maternos poderiam ser evitados, se a atenção ao pré-natal possibilitasse, a partir do que foi idealizado pelas normativas e documentos norteadoras da rede cegonha:

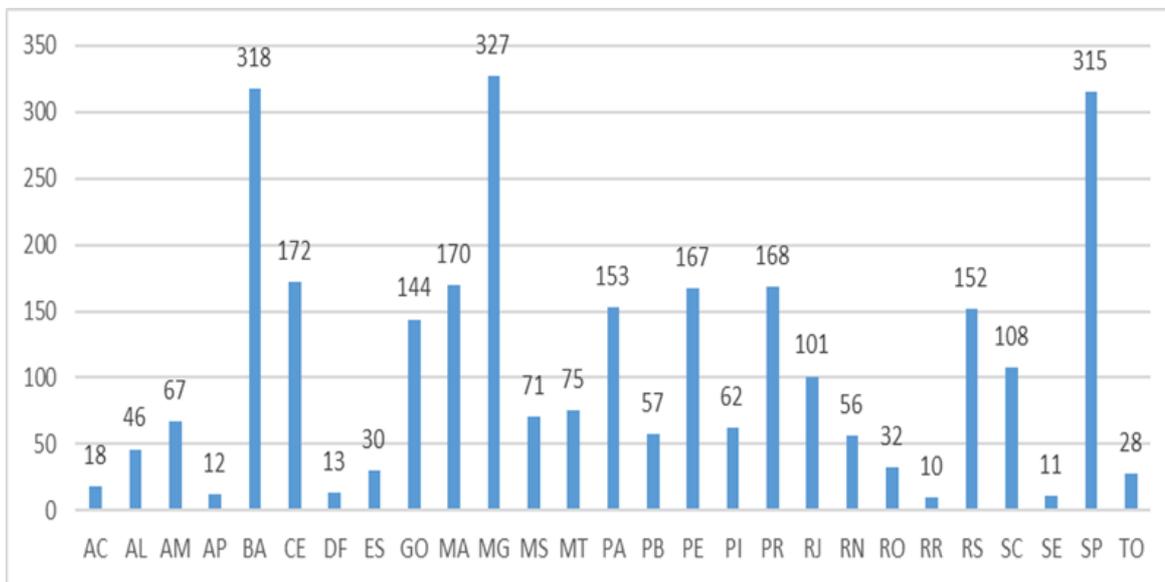
- Oferta permanente de insumos necessários, caderneta da gestante, esfigmomanômetros calibrados e manguito adequado para gestante com IMC > 30, fita de proteinúria e USG transvaginal antes da 13ª semana;
- Agenda regulada para acesso das gestantes ao pré-natal de alto risco (PNAR);
- Oferta permanente de medicamentos para manejo da pré-eclâmpsia: AAS 100mg, Nifedipina 10mg e Metildopa 250mg e 500 mg; avaliar a possibilidade de carbonato de cálcio 1000mg.
- Implementação e avaliação do uso de protocolos clínicos para manejo da pré-eclâmpsia e eclâmpsia nos diferentes níveis de atenção;
- Estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência com garantia de leitos e transporte pré-hospitalar e inter-hospitalar às gestantes com pré-eclâmpsia, e
- Disponibilização de medicamentos (sulfato de magnésio) e equipe qualificada para atendimento às gestantes com pré-eclâmpsia grave de maneira ágil e oportuna.

3.3.12. Entretanto, na realidade dos territórios, essas ações carecem de organização e estruturação, o que dificulta a execução das ações, tendo em vista os problemas identificados nas normativas da Rede Cegonha.

3.3.13. Internacionalmente, os fatores que dificultam ou impedem o acesso das mulheres a cuidados adequados parecem variar de acordo com a disponibilidade de recursos e a estrutura do sistema de saúde, entre eles estão: vulnerabilidade econômica, social e cultural; distância entre a residência e o serviço de saúde adequado ao seu risco; desconhecimento sobre a importância das ações em saúde na prevenção e detecção de agravos; existência de serviços de qualidade inadequada para o manejo das intercorrências do período gravídico.

3.3.14. Durante monitoramento frente a atuação da Rede Cegonha, a área técnica da Coordenação Geral de Ciclos da Vida, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, identificou: ausência de organização e planejamento da rede, número insuficiente de leitos obstétricos, de leitos para Gestação de Alto Risco, de leitos de UTI pediátrica e neonatal, e de leitos pediátricos, ausência de habilitação do banco de leite, além de deficiência de profissionais capacitados para a rede de atenção e falta de capacitação de profissionais para realizar os registros de produção.

3.3.15. Verifica-se no quadro abaixo os Serviço de Atenção ao Parto no Brasil -2021 no SUS, o que demonstra a discrepância dos serviços na região norte das regiões do nordeste e sudeste.



3.3.16. Portanto, os principais problemas advindos da desatualização e desorganização da Rede Cegonha são:

- a) Rede Fragmentada;
- b) Serviços incentivados aleatoriamente;
- c) Ausência de critérios bem definidos para o financiamento;
- d) Concentração de ações e serviços em algumas regiões em detrimento de outras;
- e) Estratégias de qualificação pontuais, sem comprovação de efetividade;
- f) Fragilidade no monitoramento da execução dos recursos repassados.

3.3.17. Ademais, o nome da Estratégia (Rede Cegonha), embora alusivo, quando a cegonha entrega o filho a mãe, não reflete a magnitude das ações e serviços a que se dispõe, que é estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País.

3.4. **A Extensão ou Magnitude do Problema:**

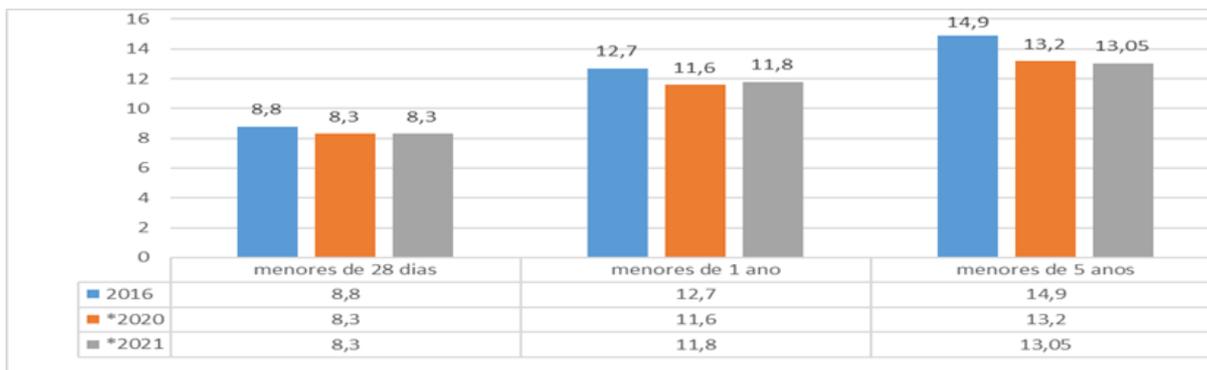
3.4.1. O Brasil é um país heterogêneo, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, bem como o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região para outra.

3.4.2. No ano de 2000, houve a pactuação de 189 nações com meta específica, para a saúde materna, de reduzir a relação de mortalidade materna (RMM) de cada país, em três quartos, até 2015. Uma nova agenda de compromissos, negociada pelos países a partir de 2013, após encaminhamentos emanados da Conferência Rio+20, consolidada durante a Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, ocorrida em 2015, e é formalizada no mesmo ano como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esta nova agenda tem como Objetivo 3 “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, e como objetivo 3.1 “reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030”, sendo este um dos ODS que deverão orientar as políticas nacionais e as atividades de cooperação internacional.

3.4.3. A taxa de mortalidade materna do Brasil, em 2019, foi de 57,93 a cada 100.000 nascidos vivos. A previsão para 2020, a partir de dados preliminares, é de acréscimo para 67,9/100.000 e em 2021, de 291/100.000. A taxa de mortalidade infantil, em 2019, foi de 12,4/1.000; a previsão para 2020, por meio de dados preliminares, é de 11,5/1.000 e em 2021, de 29,1/1.000 nascidos vivos.

3.4.4. Quanto aos óbitos infantis, a taxa de mortalidade infantil é um dos principais indicadores da qualidade de vida em uma população. No Brasil, estratégias para sua redução resultaram em diminuição de 80% entre 1990 e 2015, levando o país a cumprir a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: diminuir em dois terços a mortalidade na infância.

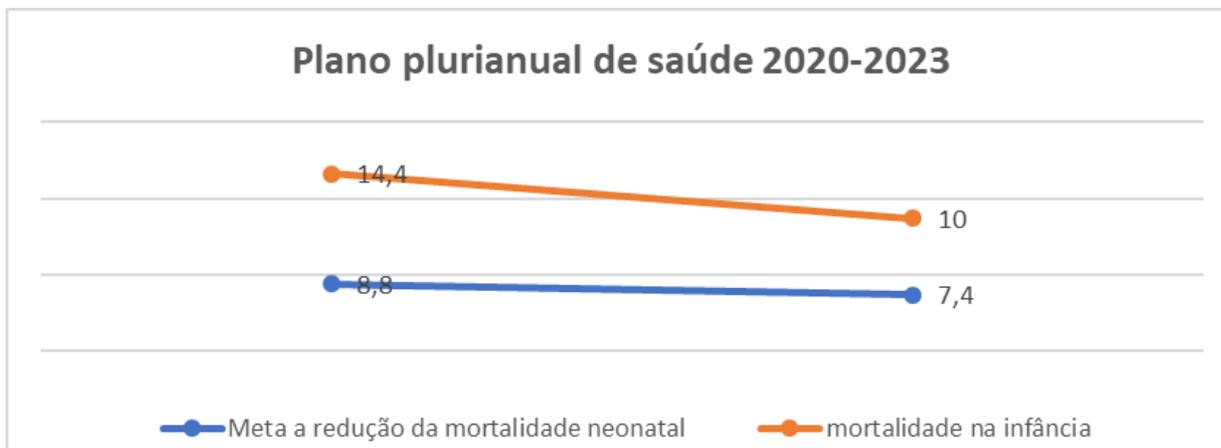
3.4.5. Dados mais recentes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) mostram que a taxa de mortalidade neonatal (menores de 28 dias) passou de 8,8 em 2016 para 8,3 em 2020 (dados preliminares), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) passou de 12,7 em 2016 para 11,6 em 2020 (dados preliminares) e a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), de 14,9 em 2016 para 13,2 em 2020 (dados preliminares).



Fonte: Tabwin –SIM e SINASC * Dados preliminares e sujeitos a correções

3.4.6. O plano plurianual de saúde 2020-2023 estabelece como meta a redução da mortalidade neonatal de 8,8 para 7,4 e da mortalidade na infância de 14,4 para 10.

Plano plurianual de saúde 2020-2023



3.4.7. A mortalidade neonatal representa 60 a 70% da mortalidade infantil. No período neonatal, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. O componente neonatal da mortalidade infantil vincula-se aos cuidados à gestação, ao nascimento e ao recém-nascido, e é reduzido por meio de um pré-natal adequado e da assistência qualificada ao parto e nascimento.

3.4.8. Anualmente, nascem cerca de 2,9 milhões de crianças, das quais aproximadamente 340 mil são prematuras. Uma parcela expressiva das crianças que nascem prematuras ou que são internadas em unidade neonatal necessita de acompanhamento especializado após a alta hospitalar, dado que essa população apresenta elevada morbimortalidade, especialmente no primeiro ano de vida. A assistência perinatal efetiva para essa população depende de uma rede de atenção à saúde materna e infantil organizada, que garanta acesso e resolutividade. Além dos cuidados básicos, que incluem o contato precoce com as crianças e suas famílias para a promoção da saúde, da nutrição adequada, imunização, fortalecimento dos vínculos e a estimulação precoce e apropriada, são também necessários avaliação e acompanhamento especializados, que devem ser realizados por profissionais igualmente especializados e capacitados. Assim, busca-se garantir que todas as crianças alcancem seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento.

3.4.9. A mortalidade materna integra o campo da saúde, da sexualidade responsável e do planejamento familiar das mulheres, representando um evento de grande magnitude no Brasil e no mundo.

3.4.10. Isto posto, a extensão do problema está no nível federal, estadual e municipal, afetando todo o território nacional.

3.5. **A Evolução esperada do Problema no futuro caso nada seja feito**

3.5.1. A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram num grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Se configura como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Pode se verificar, na figura abaixo, a evolução da taxa de mortalidade materna no país.

Histórico - Mortalidade Materna (RMM)							
Localidade		1997	2017	2012	2015	2018	*2021
Região Norte	Capitais	38,9	49,7	57,10	59,37	80,22	235,00
	Não capitais	62,1	85,9	65,15	70,05	68,55	136,33
Região Nordeste	Capitais	55	48,9	59,32	53,17	44,19	106,37
	Não capitais	54,9	68,1	67,27	72,69	67,54	103,98
Região Centro oeste	Capitais	39,8	50	51,06	38,24	52,08	137,29
	Não capitais	61,8	55,5	61,21	72,33	66,78	139,68
Região Sudeste	Capitais	62,4	49,9	45,81	54,65	52,41	106,12
	Não capitais	65,7	56,8	45,68	52,11	52,97	113,04
Região Sul	Capitais	55,8	18,9	37,97	33,75	19,54	73,47
	Não capitais	73,8	35,4	49,46	41,84	39,17	116,84
Brasil	Brasil	1997	2017	2012	2015	2018	*2021
	Capitais	54,7	47,5	50,82	51,38	51,99	126,37
	Não capitais	63,5	59,5	55,58	59,58	57,61	115,31

Fonte: Tabwin SINASC e SIM * Dados preliminares sujeitos a alterações

3.5.2. Atualmente, a Rede Cegonha não se destina a finalidade de sua criação que é assegurar uma rede de cuidado às mulheres, garantindo o direito ao planejamento familiar, à sexualidade responsável e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Deveria ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional, entretanto não foi o que aconteceu, na realidade dos territórios, como iremos demonstrar nessa AIR.

3.5.3. Caso nada seja feito para instituir uma nova normativa, que possa atender a diretrizes e requisitos mais específicos, com financiamento adequado com critérios claros e passíveis de monitoramento adequados e operacionais, o risco de se produzir vazios assistenciais é iminente, bem como o aumento dos litígios judiciais para ressarcimento ao erário com a solicitação de devolução de recursos não executados, ou suspensão de recursos por falta de adequação normativa por serem inexequíveis naquele território.

4. IDENTIFICAÇÃO DE AGENTES RELACIONADOS AO PROBLEMA REGULATÓRIO

4.1. Principais Atores Afetados pelo Problema Regulatório.

4.1.1. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País, a implantação da rede é feita pelo gestor municipal ou estadual garantindo o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 42 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atores: Implementação e execução

- Entes federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal);
- Agentes públicos e privados;
- Profissionais de Saúde;
- Participação Social.

Atores Beneficiários:

- Público-alvo: Mulheres e Crianças.

4.1.2. O problema afeta direta ou indiretamente cada um dos atores. Os gestores do SUS a nível estadual e municipal, encontram dificuldades em entender as divergências entre normas vigentes, tendo em vista que a Rede Cegonha está dividida entre portarias vigentes, consolidadas e as que já foram revogadas e os gestores não tem conhecimento.

4.1.3. Destaca-se algumas normativas referentes as ações ou serviços da Rede Cegonha vigentes:

a) Portaria nº 1.126, de 8 de outubro de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde o atributo do procedimento, 02.14.01.005-8 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV; Exclui o procedimento 02.02.03.116-0 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, o qual servirá de origem para os procedimentos definidos no art. 3º e 4º desta Portaria e realoca, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, o procedimento 02.02.03.116-0, recompondo-o com seus atributos.

b) Portaria nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

c) Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Portarias referentes a Rede Cegonha que foram incorporadas as portarias de consolidação:

- **Portaria de Consolidação nº 2/2017:**

Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Portaria nº 1082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

- **Portaria de Consolidação nº 3/2017:**

Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 1459/ GM/ MS, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

Portaria nº 930, de 10 de maio 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

- **Portaria de consolidação nº 5/2017:**

Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 1248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

- **Portaria de Consolidação nº 6/2017:**

Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 1459/ GM/ MS, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

4.1.4. Diante da quantidade de normativas e ausência de informações, constata-se que sem uma rede organizada e bem estruturada, as mulheres e crianças não tem acesso a uma assistência à saúde adequada, causando desassistência, e ferindo direitos constitucionais, dispostos na Constituição Federal, cita-se:

Art. 196. "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

4.1.5. Os atores beneficiados (mulheres e crianças, usuárias do Sistema Único de Saúde) contribuem para a permanência ou agravamento do problema, quando não buscam seus direitos ou denunciam a falta de assistência adequada.

4.1.6. Os atores gestores do SUS, diante do problema normativo, ao implementar e executar, as ações e serviços da Rede Cegonha, podem ser induzidos ao erro, tendo em vista a desatualização normativa e a evolução do cuidado. Não havendo mudança de comportamento ou medida que estes próprios atores poderiam tomar para evitar ou minimizar seus efeitos, que não comece pela atualização normativa.

4.2. **Como os efeitos do problema vêm evoluindo e as perspectivas para estes efeitos caso nada seja feito.**

4.2.1. A morte materna é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como: morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

4.2.2. No Brasil, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), gerido pelo Ministério da Saúde, tem cobertura estimada de 85% dos óbitos ocorridos em todo o país, segundo dados demográficos, e com características heterogêneas para as distintas regiões da Federação, com aproximadamente 100% nas regiões Sul e Sudeste.

4.2.3. O Brasil é um dos 189 países que, em 2000, assinaram compromisso de cumprir, até 2015, com os chamados Oito Objetivos do Milênio. Entre esses, consta a redução da mortalidade materna.

4.2.4. Por ser um sensível indicador de desigualdades sociais, a morte materna reflete o grau de desenvolvimento econômico e social de cada localidade. Assim, como era de se esperar, as regiões menos desenvolvidas do país apresentam elevado coeficiente de mortalidade feminina por causa materna, que é o número de mortes maternas estimado, dividido pela população feminina em idade fértil. O Sudeste e o Nordeste concentram o maior número de mortes maternas.

Região	Óbito Materno			Óbito Materno por COVID19			Nascidos Vivos			RMM Direta			RMM COVID19 Direta		
	2.020	2.021	2.022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
1-Norte	273	420	17	66	185	7	301.558	301.810	13.488	90,5	139,2	126,0	21,9	61,3	51,9
2-Nordeste	635	690	31	105	221	2	769.269	751.567	26.376	82,5	91,8	117,5	13,6	29,4	7,6
3-Sudeste	654	919	30	110	388	1	1.052.184	991.096	37.132	62,2	92,7	80,8	10,5	39,1	2,7
4-Sul	160	343	12	22	185	0	374.928	358.254	14.361	42,7	95,7	83,6	5,9	51,6	0,0
5-Centro-Oeste	165	273	13	31	136	0	230.147	224.715	9.303	71,7	121,5	139,7	13,5	60,5	0,0
Brasil	1.887	2.645	103	334	1.115	10	2.728.086	2.627.442	100.660	69,2	100,7	102,3	12,2	42,4	9,9

Elaboração: MS/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: SIM e Sinasc – Sistema de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos

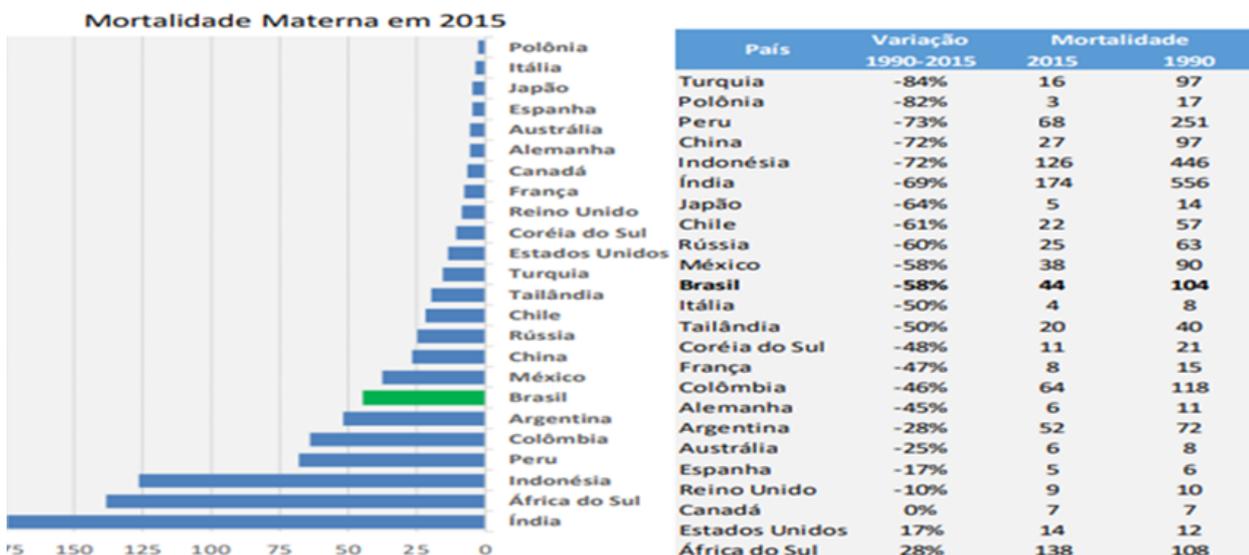
Dados preliminares do SIM e SINASC

Extração semanal do SIM sem tratamento em 04fev2022

Extração semanal do SINASC sem tratamento em 04fev2022

Obs. Não foram aplicados fatores de correção para a RMM

4.2.5. De acordo com dados da OMS (Global Health Observatory), em 2015, o Brasil apresentou uma taxa de aproximadamente 44 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Comparando-se com outros países da América Latina (amostra não estatística), o índice foi superior ao da Argentina (52), da Colômbia (64) e do Peru (68), mas inferior ao do Chile (22) e do México (38). Comparando-se com os BRICS, as taxas brasileiras para o período foram superiores às da Rússia (25) e China (27), mas inferiores aos da África do Sul (138) e Índia (174).



Fonte: OMS.Global Health Observatory, dados capturados em 28/01/2022

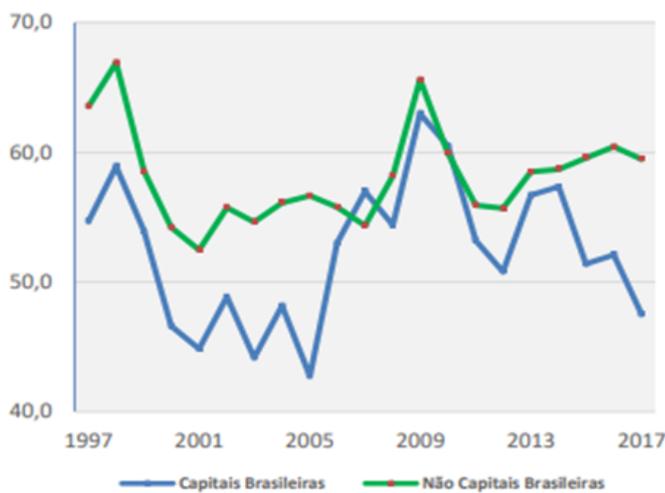
4.2.6. Em 2018, morreram cerca de 6,2 milhões de crianças com menos de 15 anos. Mais de 290 mil mulheres perderam a vida devido a complicações durante gravidez e parto em 2017. Cerca de 5,3 milhões morreram nos primeiros cinco anos de vida, com quase metade

acontecendo no primeiro mês.

4.2.7. Segundo a UNICEF, mulheres e recém-nascidos são mais vulneráveis durante e imediatamente após o parto. Estima-se que 2,8 milhões de grávidas e recém-nascidos morrem a cada ano, principalmente de causas evitáveis.

4.2.8. De acordo com folheto da OPAS Brasil, datado de agosto de 2018, a mortalidade materna tende a ser maior em áreas rurais e comunidades mais pobres, sendo que adolescentes enfrentam um maior risco de morte em decorrência da gravidez, estando a sua ocorrência diretamente e substancialmente relacionada aos índices de mortalidade prematura.

4.2.9. Ainda que exista subnotificação nos dados do SIM e do SINASC, fica latente uma tendência de aumento de mortalidade materna em determinadas localidades, como na região Norte.



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 13/2/2019

Localidade	Mortalidade		Variação	
	1997	2017		
Região Norte	Capitais	38,9	49,7	28%
	Não Capitais	62,1	85,9	38%
Região Nordeste	Capitais	55,0	48,9	-11%
	Não Capitais	54,9	68,1	24%
Região Centro-Oeste	Capitais	39,8	50,0	26%
	Não Capitais	61,8	55,5	-10%
Região Sudeste	Capitais	62,4	49,9	-20%
	Não Capitais	65,7	56,8	-13%
Região Sul	Capitais	55,8	18,9	-66%
	Não Capitais	73,8	35,4	-52%
Brasil	Capitais	54,7	47,5	-13%
	Não Capitais	63,5	59,5	-6%

4.2.10. Segue abaixo um quadro comparativo da evolução.

Histórico - Mortalidade Materna (RMM)							
Localidade		1997	2017	2012	2015	2018	*2021
Região Norte	Capitais	38,9	49,7	57,10	59,37	80,22	235,00
	Não capitais	62,1	85,9	65,15	70,05	68,55	136,33
Região Nordeste	Capitais	55	48,9	59,32	53,17	44,19	106,37
	Não capitais	54,9	68,1	67,27	72,69	67,54	103,98
Região Centro oeste	Capitais	39,8	50	51,06	38,24	52,08	137,29
	Não capitais	61,8	55,5	61,21	72,33	66,78	139,68
Região Sudeste	Capitais	62,4	49,9	45,81	54,65	52,41	106,12
	Não capitais	65,7	56,8	45,68	52,11	52,97	113,04
Região Sul	Capitais	55,8	18,9	37,97	33,75	19,54	73,47
	Não capitais	73,8	35,4	49,46	41,84	39,17	116,84
Brasil	Brasil	1997	2017	2012	2015	2018	*2021
	Capitais	54,7	47,5	50,82	51,38	51,99	126,37
	Não capitais	63,5	59,5	55,58	59,58	57,61	115,31

4.2.11. Em regiões com excelente cobertura das mortes, estudos mostram que há falhas no sistema, prioritariamente quanto à declaração do óbito, como de causa materna, configurando a subnotificação. Ainda assim, os dados oficiais disponíveis se mostram elevados, determinando a necessidade de ações corretivas, independentemente de ter ou não os dados corrigidos, pois estes já são suficientes para indicar que a situação é ruim e que é necessário prevenir a morbidade e a mortalidade materna.

4.2.12. No último relatório da OMS sobre mortalidade materna, o Brasil teve posição abaixo da meta do milênio; nos últimos 18 anos, alcançou redução de 52% (120/100.000 NV em 1990, 64/100.00 NV em 2005 e 58/100.000 NV em 2008), com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seriam 5,5%.

4.2.13. Segundo a OMS, a meta global para acabar com a mortalidade materna evitável (meta 3.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS) é reduzir a taxa de mortalidade materna global (MMR) para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030. O mundo ficará aquém dessa meta em mais de 1 milhão de vidas, caso o ritmo atual de progresso se mantiver.

4.2.14. A meta dos ODS (3.2) para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos é reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e mortalidade com menos de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos. Em 2018, 121 países já haviam atingido essa taxa de mortalidade para menores de 5 anos. Entre os 74 restantes, 53 países precisarão acelerar o progresso para alcançar a meta dos ODS de sobrevivência infantil até 2030.

4.2.15. Portanto, se nada for feito, haverá uma continuidade da desassistência às mulheres e crianças no Brasil e o descumprimento da meta, prevalecendo altas taxas de mortalidade materna-infantil.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- 5.1. Constituição Federal, Capítulo II, Seção II, da Saúde, art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- 5.2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (notadamente Art. 2º § 1º).
- 5.3. Decreto nº 9795, de 17 de maio de 2019, art.18 das competências da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, e art. 20, das competências do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- 5.4. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Capítulo I, das Redes de Atenção à Saúde;
- 5.5. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, Título VIII, do financiamento das Redes de Atenção.
- 5.6. A RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde que complementa os requisitos de estrutura física, definidos pela RDC 23/2011.
- 5.7. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) – estabeleceu compromissos para efetivação do Planejamento Familiar e da sexualidade responsável.
- 5.8. Vale ressaltar o Relatório Sistêmico de fiscalização da Saúde - FISCSAÚDE 2017/2018 do TCU, consolidou os principais trabalhos do TCU na área da Saúde no biênio, e corrobora com os apontamentos desta análise de impacto regulatório (<https://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/773745969/relatorio-de-levantamento-rl-4077120180/inteiro-teor-773746055>).
- 5.9. As contribuições da Câmara Técnica Assessora em Mortalidade Materna. O grupo técnico foi instituído em agosto, por meio da Portaria nº 30, de 17 de maio de 2021, com o objetivo de avaliar e propor medidas para diminuir as taxas de mortalidade materna e levantar novas referências científicas sobre o tema.
- 5.10. Destaca-se que as ações propostas na alteração normativa não criam conflitos com outras atribuições legais, muito pelo contrário podem complementar ações já existentes. O Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos é um deles. A Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho, regulamentou a vigilância de óbitos maternos, estabelecendo prazos e fluxos da investigação. Atualmente, a portaria se encontra revogada e seu texto incorporado a Portaria de Consolidação nº 1/2017.

6. OBJETIVOS PREVISTOS COM O ATO REGULATÓRIO

6.1. Objetivos Imediatos:

6.1.1. O objetivo imediato da intervenção regulatória é atualizar o ANEXO II, Título I, da Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e o Título VIII, Capítulo I, Seção I e Seção II da Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, para que possa atender as normativas vigentes, uma vez que, se encontra com vários artigos obsoletos e em total desuso. Promovendo a sua conformidade com a lei, pretende-se apresentar uma proposta atualizada com diretrizes e critérios que permita estabelecer contornos claros para aplicação da portaria.

6.2. Objetivos mediatos:

- Reorganizar e operacionalizar a rede, garantindo às usuárias do Sistema Único de Saúde as ações e serviços de forma contínua, resolutiva, com qualidade e segurança;
- Que o desenho da rede seja estruturado segundo as diretrizes do Planejamento Regional Integral (PRI);
- Qualificar o atendimento à mulher desde o planejamento familiar até o puerpério;
- Organizar os fluxos de atendimento ao pré-natal e parto de risco habitual e alto risco;
- Monitoramento com indicadores;
- Ampliar o acesso, acolhimento e humanização no atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e atenção à criança, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

6.3. Os objetivos estão alinhados com os objetivos estratégicos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde:

6.3.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

6.3.2. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

6.3.3. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, tem implementado políticas para fortalecer e qualificar as ações no atendimento às gestantes, na melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre as estratégias adotadas, destacam-se: a Rede Cegonha, a implantação e implementação do PREMMICE (Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvida em parceria com a Opas (Organização Pan-Americana da Saúde). Todas essas ações visam a instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção às gestantes e puérperas.

6.3.4. Os serviços devem adotar medidas para que não ocorra descontinuidade do tratamento ou da investigação de condições clínicas como neoplasias, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), sangramento uterino aumentado, entre outras condições, cuja interrupção possa repercutir negativamente na saúde da mulher, bem como garantir o fornecimento de métodos contraceptivos. A pasta realiza a compra centralizada e distribuição dos métodos contraceptivos, estimulando a oferta de opções para as mulheres. Contudo, é de responsabilidade dos

estados e municípios a disponibilização destes insumos e a realização de ações informativas para apoiar a escolha das mulheres pelo método mais adequado às suas necessidades.

6.3.5. Dessa forma, as alterações propostas estão em completo alinhamento com os objetivos da APS, sendo de suma importância, as alterações na normativa vigente, para que se possa manter a continuidade dos serviços e ampliar o atendimento e a resolutividade da assistência.

6.4. **Metas Mínimas que a decisão de alteração normativa deve atingir:**

- a) Implantação, no território, da Rede de Atenção Materna e Infantil de forma gradativa, atendendo aos critérios dispostos em portaria;
- b) Ampliação dos serviços incorporados da Rede Cegonha na Rede de Atenção Materna e Infantil; e
- c) Incentivar e habilitar novos serviços da Rede de Atenção Materna e Infantil: Maternidades/Serviços de obstetrícia e Ambulatório de Alto Risco Gestacional.

6.5. **Resultados pretendidos e os efeitos esperados com a intervenção:**

6.5.1. O principal resultado esperado é a redução da mortalidade materna, uma vez que a mortalidade materna é um ótimo indicador da saúde da mulher e, de certa forma, da saúde geral da população. Há grande disparidade entre as taxas (ou razões) referentes a diferentes áreas, sendo seu valor bastante elevado nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Numerosos países adotaram programas visando a redução da mortalidade materna, necessitando, então, conhecer as respectivas taxas (ou razões) para avaliar e monitorar esses programas.

6.5.2. Com os novos serviços e incentivos financeiros, espera-se o aprimoramento dos serviços de maternidade de baixo risco, a partir de critérios essenciais de qualidade e segurança e o estímulo a criação do ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco, com profissionais capacitados para esse atendimento. Um monitoramento eficiente e exequível com indicadores de desempenho de boa assistência.

6.5.3. É importante destacar que quase todas as causas diretas são passíveis de prevenção. A melhoria da prestação dos serviços de saúde constitui um grande desafio, uma vez que ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção; na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais, independentemente de onde a mulher vive ou de sua situação socioeconômica.

6.5.4. Nessa perspectiva, a morte materna deveria se tornar um evento sentinela, sendo possível visualizar as dificuldades e as condições de atendimento à saúde das mulheres e da população, possibilitando o desencadeamento de ações rápidas e eficazes que qualifiquem os serviços de saúde e a atenção à saúde dessa população.

7. **DESCRIÇÃO DAS POSSÍVEIS ALTERNATIVAS DE AÇÃO**

7.1. As opções de intervenção, voltadas à redução da mortalidade materna neonatal apresentadas, estão diretamente ligadas à necessidade de uma nova rede que seja ampla e preste assistência integral a mulheres e crianças, baseada em evidências científicas e práticas seguras, buscando aperfeiçoamento e atualização das diretrizes, requisitos e condições para garantia de segurança e qualidade dos serviços e produtos.

7.2. Nas alternativas para enfrentar o problema, cita-se:

- a) incluir o cuidado à perda gestacional;
- b) criar Ambulatório de Referência para o pré-natal de alto risco;
- c) fomentar a atenção ao parto e nascimento de gestantes com baixo risco gestacional;
- d) ampliar a oferta de componentes como a CGBP para além das maternidades de alto risco, considerando os locais de maior vulnerabilidade;
- e) organizar a distribuição de leitos de GAR e UTIN, de acordo com as necessidades locais e dados epidemiológicos;
- f) propor novos indicadores de monitoramento do cuidado ofertado pela Rede de Atenção Materna e Infantil;
- g) ampliar o recurso financeiro destinado a compra de TRG (teste rápido de gravidez) aos territórios;
- h) ampliação da política de humanização da assistência, incluindo a perspectiva da segurança e qualidade das ações.

7.2.1. Verifica-se na figura abaixo os componentes (em preto) que já são incentivados na Rede Cegonha e (colorido) os que são necessários na inclusão da Rede Materna e Infantil. Devido à limitação de recurso e do conhecimento de que qualificando as ações maternas, temos reflexo direto na saúde infantil (reduzindo as complicações maternas, é possível reduzir em 4 vezes a morte neonatal), além da diferença expressiva do montante de recurso já disponibilizado para incentivo ser heterogênia entre o binômio (em torno de 75% direcionado à saúde da criança e 25% para a saúde materna), foi deliberado, como estratégia, priorizar os serviços maternos.

Saúde Materna	Saúde Infantil
1. Leitos GAR	1. Leitos UTIN
2. CPN	2. Leitos UCINCo
4. CGBP	4. UCINca
5. Maternidades com mais de 500 partos/ano	5. Ambulatório de seguimento do RN de risco
6. Ambulatório de Alto Risco Gestacional	

7.3. **Existem outras formas de intervenção que não a edição de nova regulamentação?**

7.3.1. A opção regulatória foi discutida internamente, por carecer de determinação normativa para fortalecimento das ações e serviços no território; portanto, no presente caso não há outra forma que não seja a revogação da Rede Cegonha e a instituição da Rede de Atenção Materna e Infantil.

7.3.2. A intervenção regulatória se justifica devido aos graves problemas identificados na prestação da assistência e execução dos serviços prestados como é o caso do Centros de Parto Normal. Em monitoramento realizado pela Coordenação Geral de Ciclos da Vida (CGCIVI/DAPES/SAPS/MS), verifica-se que, das propostas de obras para CPN aprovadas, apenas 13% foram concluídas e a maioria, 87% foi cancelada por meio das Portarias nº 2937, de 26 de dezembro de 2016; e Portaria nº 186, de 03 de fevereiro de 2020, acarretando inúmeros processos administrativos e judiciais para ressarcimento ao erário. Destaca-se no quadro abaixo o número de CPN habilitados Intra-Hospitalar e Peri-Hospitalar desde o ano de 2013:

Número de CPN Habilitados - Intra Hospitalar										
Código de Habilitação_CNES	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total Geral
14.10-UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO I 3PPP	1				1					2
14.19 - UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO II 5PPP									1	1
1411- UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO I 5PPP		2		1		1	1	1		6
1418-UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO II 3PPP			5	1	3		5			14
1419- UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO II 5PPP			2		3		6	2		13
Total Geral	1	2	7	2	7	1	12	3	1	36
Número de CPN -Peri Hospitalar										
Código de Habilitação_CNES	2014	2016	2017	2018	2019	2020	Total Geral			
1412-UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR 5PPP	2		2	1	3	1	9			
1417-UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR 3PPP		1					1			
Total Geral	2	1	2	1	3	1	10			
Fonte: BD_CNES e Portarias de Habilitação										

7.3.3. Conforme se pode verificar, em uma visão nacional, não houve adesão dos estados e municípios ao CPN Peri-hospitalar, tendo em vista existirem apenas 10 em todo território nacional. O Ministério da Saúde considera o ambiente hospitalar como o local de maior segurança para o cenário de parto e nascimento, devido, principalmente, à disponibilidade de equipe assistencial completa e acesso à transfusão sanguínea, antibióticos, anestesia e a outros recursos que possam tornar-se necessários para o cuidado oportuno e emergencial do binômico materno-fetal. Outro fator de risco está na existência de redes de saúde fragilizadas no conceito de integralidade, onde a insuficiência de um ponto de atenção pode aumentar a probabilidade de intervenções, podendo ser explicadas tanto pela escassez de informações fundamentais quanto pela ausência de condutas oportunas durante o pré-natal, que trariam maior tranquilidade ao cenário do parto.

7.3.4. Ademais, existem conflitos de normas vigentes como é o caso das Portaria nº 1459/2011 e a nº 11/2015 que tiveram seu texto incorporados na Portaria de consolidação 6/2017 e a Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017, que também teve seu texto incorporado à Portaria de Consolidação 6/2017; entretanto, os textos divergem com relação aos prazos de apresentação de documentos no sistema, prazo para receber o recurso e quanto as parcelas.

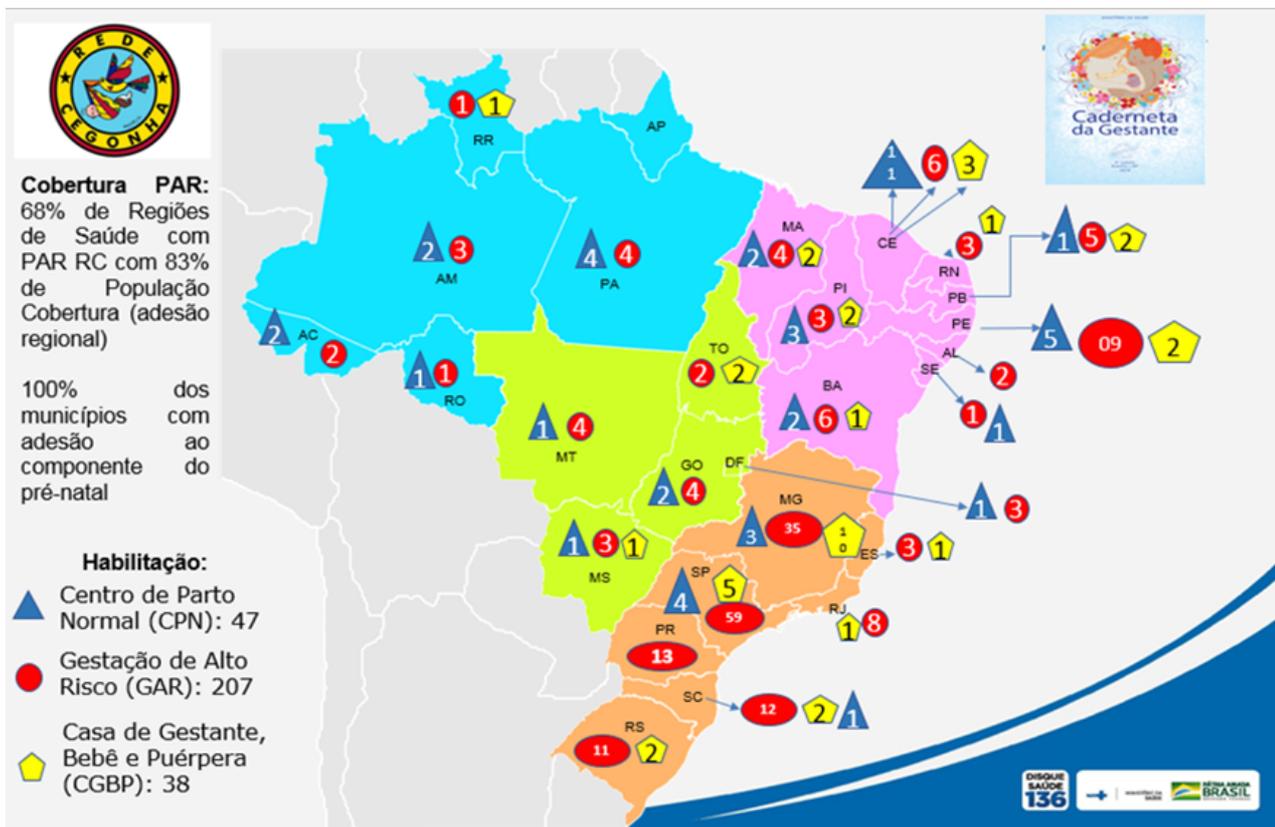
7.3.5. Não houve, ao consolidar a Portaria nº 381/2017 a revogação de disposições contrárias; portanto, os três textos incorporados estão vigentes e divergentes, o que causa confusão para o gestor na solicitação do serviços e perda de prazo para a superação das etapas e recebimento das parcelas.

7.3.6. Tendo em vista a existência de recursos limitados e a necessidade de um cenário de priorização do incentivo financeiro federal, baseado em segurança, objetivando a redução da mortalidade materna e infantil, é de extrema necessidade a intervenção regulatória para revogar a Rede Cegonha e instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil.

8. EXPOSIÇÃO DOS POSSÍVEIS IMPACTOS DAS ALTERNATIVAS IDENTIFICADAS.

8.1. Em 2021, a Estratégia Rede Cegonha completou 10 anos e é a principal estratégia do país para qualificação da assistência materno infantil.

8.2. Atualmente, o país conta com 289 serviços hospitalares habilitados na Rede Cegonha espalhados por todo o país. São 207 Centros de Referência à Gestação de Alto Risco - GAR; 38 Casas de Gestante, Bebê e Puérpera- CGBP; e 47 Centros de Parto Normal -CPN.



8.3. O valor total de incentivo (custeio – teto MAC) atual, direcionando à rede Cegonha, dividido por cada componente, são descritos no quadro abaixo. Em torno de 93,05% do recurso financeiro é destinado a leitos hospitalares de alto risco infantil e materno; nesse modelo fragmentado de rede, temos a assistência da Atenção Primária à Saúde logo após a assistência ao alto risco.

Total do Recurso Federal:			R\$ 1.017.515.547,77
Saúde Materna	Valor anual	Saúde Infantil	Valor anual
1.Leitos GAR	R\$ 214.429.740,00 (21,07%)	1.Leitos UTIN/UCI	R\$ 732.443.374
2.CPN	R\$ 51.742.433,77 (5,09%)		
3.CGBP	R\$ 18.900.000,00 (1,86%)		

Fonte: Portarias publicadas e SISMAC



* OBS - incluído todos os valores disponíveis no TetoMAC inclusive os repasses de recursos imediatos publicados por meio de aprovação de planos de ação da Rede Cegonha e portarias de habilitação.

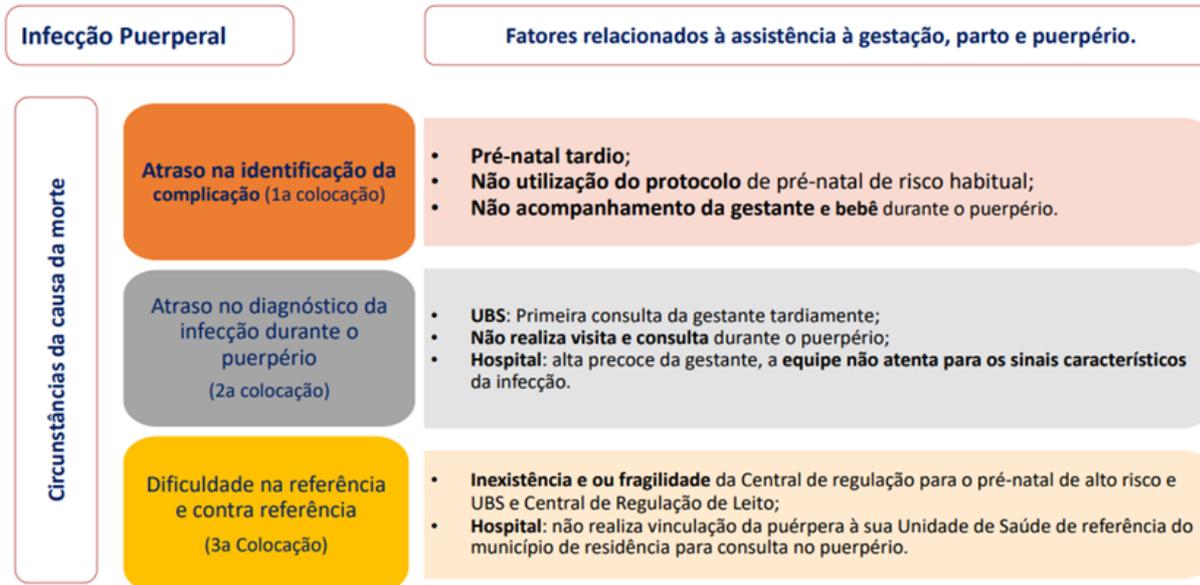
** Informações podem sofrer alterações de acordo com as atualizações do SISMAC

8.4. Entre os componentes da rede de cegonha, encontra-se em destaque a atenção ao pré-natal. A intenção de fortalecer o acesso e a qualidade da assistência a gestantes, puérperas e recém nascidos, foi incentivado, desde o início da implementação da rede, por meio do repasse de recursos para a realização do teste rápido, em que vislumbrava-se a captação precoce, antes da 12ª semana de gestação, como meio de garantir as triagens sorológicas necessárias (Sífilis, HIV), a identificação de fatores de risco, bem como o diagnóstico e tratamento oportuno, diminuindo assim, os agravos que interferem na saúde da gestante e no crescimento e desenvolvimento do feto.

8.5. Outros recursos foram aportados para a realização de novos exames, entre eles, os laboratoriais, gráficos e de imagem, específicos para o acompanhamento das gestantes de alto risco que deveriam ser acompanhadas em ambulatórios especializados. Entretanto, o retrato da atenção ao pré-natal é preocupante nas regiões de Norte a Sul do país, conforme apresentado na figura abaixo:

8.11. Segundo registro de dados internacionais, no ano de 2016, aproximadamente 661.000 casos de sífilis congênita no mundo. Os resultados adversos associados ao nascimento compreendem 143.000 perdas fetais precoces e tardias; 61.000 mortes neonatais; 41.000 nascimentos prematuros ou com baixo peso; 109.000 crianças com sífilis congênita sintomática. Tal cenário mundial revela essa doença como um grave problema de saúde pública, uma vez que se trata de um agente etiológico conhecido com formas de transmissão bem definidas, testes diagnósticos sensíveis e baratos e com uma droga eficaz e de baixo custo. Mesmo no contexto favorável para diagnóstico e tratamento oportunos, os mesmos dados, apontam que 203.000 (57%) das mães que realizaram pré-natal não foram testadas para sífilis; 74.000 (21%) mães não tiveram acesso ao pré-natal; 55.000 (16%) das mães foram testadas para sífilis, mas não tiveram acesso ao tratamento e, apenas, 23.000 das mães com pré-natal foram testadas e tratadas.

8.12. A infecção puerperal está registrada como a terceira causa de óbito entre gestantes e puérperas. Segundo dados publicados no Saúde Brasil, encontra-se em destaque que tal causa de óbito pode ser evitada por uma atenção adequada ao pré-natal e ao puerpério.



Fonte: Método - Ministério da Saúde/SVS/CGIAE

AM - Interior; AM - Capital e Reg. Metropolitana; RO; RR; GO - Interior; GO - Capital; AC; TO; PA; MT; SP; AL; PB; RN; RN-Capital; MG; MS; PR; SC-Capital; SC - Interior; SE; DF; RS; MA.

8.13. Tais óbitos poderiam ser evitados se a atenção ao pré-natal levasse em consideração os recursos investidos, entre eles, o de novos exames em que constem a realização de urocultura com antibiograma para a bacteriúria assintomática em todas as gestantes no primeiro trimestre de gestação, para o diagnóstico e a oferta de antibióticos.

8.14. A intervenção regulatória proposta fomenta o cuidado intermediário, buscando a integralidade das ações e economia de escala.

8.15. Destaca-se que o melhor caminho para se chegar a um determinado fim público é gerando o menor custo possível para o cidadão com maior retorno a sociedade. Em um cenário de restrição fiscal maior, é importantíssimo que se melhore a forma de gastar o dinheiro público, usando de forma mais eficiente.

8.16. **Quanto aos seus Custos Regulatórios.**

8.16.1. Segundo estudos da Coordenação Geral de Ciclos da Vida – CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, o impacto financeiro, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI, será de acordo com a disponibilidade orçamentária para implementação dos novos componentes conforme disposto no quadro abaixo:

Impacto financeiro para implementação da RAMI	
Tipo de habilitação	Valor de impacto
Maternidade de Baixo Risco - MAB	R\$ 439.900.683,00
Ambulatório de Gestação de Alto Risco – AGAR	R\$ 436.800.000,00
Leitos GAR	R\$ 527.222.082,89
Leitos UTIN	R\$ 289.608.228,00
Leitos UCINCO	R\$ 495.783.973,44
Leitos UCINCA	R\$ 130.680.453,60
Total	R\$ 2.319.995.420,93

9. **CONSIDERAÇÕES SOBRE CONTRIBUIÇÕES, MANIFESTAÇÕES OU PARTICIPAÇÃO SOCIAL RECEBIDAS AO LONGO DA ELABORAÇÃO DA AIR:**

9.1. A proposta de revisão da rede tem como marco a oficina de enfrentamento das mortalidades materna e infantil, ocorrida em 10 e 11 de agosto de 2021, na OPAS. Nela, foram discutidas as principais estratégias para tal e pactuado, de forma tripartite, sobre a urgente necessidade de ampliar e qualificar a rede, priorizando-a dentre as outras redes, no contexto do PRI.

9.2. Todos os passos foram amplamente divulgados nas CITs (de agosto até o presente momento). O plano é composto:

- I - Instituir a Rede de Atenção Materno e Infantil, incorporando todas as ações e serviços habilitados da Rede Cegonha, e implementar novos incentivo e componentes;
- II - Guia de orientação aos gestores estaduais e municipais sobre a rede;
- III - Painel com indicadores de monitoramento da rede por Macrorregiões de saúde.

9.3. Dada a abrangência da revisão da Rede Cegonha e o impacto elevado de qualquer alteração no modelo, o processo de elaboração da minuta de portaria, que institui a Rede de Atenção Materno e Infantil, teve participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

9.4. Houve contribuições da Câmara Técnica Assessora em Mortalidade Materna (Portaria nº 30, de 17 de maio de 2021), tendo em vista o tema ser de interesse da referida Câmara, com o objetivo de auxiliar na avaliação, propor medidas para diminuir as taxas de mortalidade materna e levantar novas referências científicas sobre o tema.

10. EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL QUANTO ÀS MEDIDAS ADOTADAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO IDENTIFICADO.

10.1. Como preparação para a elaboração da proposta de alteração da portaria referente a Rede Cegonha, foram estudadas experiências nacionais e internacionais.

10.2. Em 2018, o Brasil reiterou o compromisso de alcançar, até 2030, a meta de redução da mortalidade materna para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos. O fortalecimento das ações de vigilância, na investigação dos óbitos maternos, e a discussão de estratégias nos Comitês de Mortalidade, são ações importantes no enfrentamento deste problema. É necessário investir em práticas eficientes e eficazes, baseadas em evidências científicas e comprometidas com políticas públicas que reduzam as iniquidades em saúde e desigualdades sociais.

10.3. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS, em folha informativa atualizada em agosto de 2018, aproximadamente 830 mulheres morrem todo o dia por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo; sendo que 99% de tais mortes ocorrem em países em desenvolvimento, especialmente em áreas rurais e comunidades mais pobres. Ainda segundo a publicação, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%.

10.4. Segundo a Organização das Nações Unidas, uma das principais razões de diminuição de mortes maternas é o fato de mulheres estarem recebendo mais cuidados profissionais em obstetrícia. A assistência especializada ao parto aumentou de 67%, em 2010, para 79% em 2017.

10.5. Em nota, o diretor-geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, disse que *"nos países que fornecem serviços de saúde seguros, acessíveis e de alta qualidade para todos, as mulheres e bebês sobrevivem."* Segundo ele, *"esse é o poder da cobertura universal de saúde."*

10.6. O Brazilian Journal of Health Review -BJHR publicou a análise situacional da Rede Cegonha, com ênfase no nível terciário na macrorregião Centro-Norte/ Situational analysis of the rede cegonha with emphasis at the tertiary level in the Central-Northern macroregion. Vale citar:

"Resultados: Foram constatados ausência de organização e planejamento da rede, número insuficiente de leitos obstétricos, de leitos para Gestação de Alto Risco, de leitos de UTI pediátrica e neonatal, e de leitos pediátricos, ausência de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, ausência de habilitação do banco de leite, além de deficiência de profissionais capacitados para a rede de atenção e falta de capacitação de profissionais para realizar os registros de produção. Conclusão: A Rede Cegonha em seu nível terciário ainda necessita de grandes intervenções e melhorias em sua infraestrutura, capacitação e sistematização, para que possa suprir efetivamente as demandas da região analisada".

10.7. Revista de Elsevier: Maternal mortality in Brazil. Failure to comply with the fifth Millennium Development Goal (Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio) vale citar:

"O insucesso brasileiro em relação ao óbito materno contrasta com o cumprimento dos outros sete ODM. Esse contraste é ainda maior quando se analisam as justificativas e os argumentos para não se ter alcançado o objetivo. A publicação do governo federal Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento, lançada em 2014, preocupa-se notadamente em valorar os avanços em relação a 1990, bem como em destacar uma situação mais favorável do que a média dos países em desenvolvimento, inclusive os da América Latina.

O referencial do governo brasileiro quanto à morte materna parece mais vinculado à lógica secular dos países em desenvolvimento e de suas trágicas estimativas e menos voltado para incorporar as lições exitosas e os modelos bem-sucedidos dos países desenvolvidos, que adotam a perspectiva de respeito aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres. Repete-se, portanto, a desigualdade social e econômica como fator preponderante no óbito materno: mulheres negras e pobres, em plena idade reprodutiva, ainda são as que mais morrem no Brasil, principalmente das regiões menos favorecidas."

10.8. Segundo a O266/2020 - Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil - Evaluation of Rede Cegonha: feedback results for maternities in Brazil

Resumo: Este artigo descreve e analisa o processo de devolutiva dos resultados do 2º ciclo avaliativo das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde implementada em 2011, com enfoque no potencial de contribuição para a melhoria da gestão e atenção obstétrica e neonatal. Trata-se de estudo qualitativo de análise documental de 27 relatórios dos estados e do Distrito Federal referentes às Oficinas de Devolutiva com 1.641 participantes, sendo 40% de profissionais e gestores das maternidades avaliadas, 25% de representantes estaduais, 20% das secretarias municipais de saúde e 15% de representantes da esfera federal. Entre janeiro e agosto de 2019, foram recebidos 46% dos planos de ação de maternidades de 11 estados. Os resultados demonstram o desafio de incorporar os processos de monitoramento e avaliação no cotidiano destas maternidades, por questões estruturais da cultura institucional. Essa situação interfere na análise local de informações de forma sistemática e na realização de ciclos nacionais de avaliação com retorno dos resultados de forma ágil e contínua, uma vez que o acesso a dados nacionais secundários é inexistente no caso das boas práticas de assistência ao parto e nascimento.

11. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DO ATO NORMATIVO

11.1. A efetividade, eficiência, eficácia e a sustentabilidade das ações da Rede Cegonha só poderão ter sucesso a partir da reestruturação da rede para um modelo organizacional que objetive melhorar as condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população. Garantindo a assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, na qualidade certa e com custo certo e com a responsabilização pelos resultados sanitários referentes a esta população.

11.2. Diante do contexto apresentado, o risco está em não revogar a Rede Cegonha e instituir uma rede de maior abrangência, considerando que a instituição da Rede Materna e Infantil se propõem a finalidades maiores que a atual rede e são significativas para às ações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e à própria operacionalização das disposições gerais e financiamento incorporados da Rede Cegonha na Rede de Atenção Materna e Infantil, tendo em vista que as portarias de Consolidação 3 e 6/2017 encontram-se dissociadas da disciplina atual; acrescenta-se o fato de que o texto atual da normativa não é suficientemente claro em aspectos necessários à aplicação do recurso.

11.3. A edição do ato normativo trará um impacto direto na implementação e operacionalização de uma Rede de Atenção integral, totalmente voltada para atenção materna e infantil. Dessa forma, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas -DAPES/SAPS incorre em riscos se não revogar a normativa referente a Rede Cegonha, pois continuará existindo interpretação distinta e conflitante que induzem a erros na implementação, incentivo e habilitação de serviços, permanecendo uma rede fragmentada e aquém da assistência da população a que se propõe.

11.4. Portanto, a intervenção normativa proposta conduz a um impacto positivo, mesmo considerando os riscos para implementação da rede, os quais estão sendo considerados, tal como a carência de recursos humanos, recursos financeiros e até de infraestrutura.

12. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO

12.1. Os indicadores de morbidade e de mortalidade materno-infantis são essenciais no contexto da organização da Rede de Atenção Materna e Infantil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede organiza-se para assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado para a sexualidade responsável, ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao parto e nascimento e puerpério.

12.2. A Rede de Atenção Materna e Infantil será implementada de forma gradual, atendendo a sua finalidade e contribuindo para uma rede de atenção organizada e estruturada dentro de uma normativa exequível no atendimento ao parto e nascimento nos serviços do SUS.

12.3. Para fins de monitoramento e a avaliação das ações e serviços da Rede de Atenção Materna e Infantil, os estados e municípios, anualmente, a partir do início do repasse de recurso, preencherão os formulários inseridos no endereço eletrônico <http://saips.saude.gov.br>, de acordo com cada tipo de habilitação existente. Será encaminhado, via SAIPS, aviso de comunicação de abertura do ciclo de monitoramento, cabendo ao gestor local, a obrigatoriedade de atualização dos seus administrados no sistema.

12.4. A documentação mínima exigida para o monitoramento será: preenchimento do *checklist* do ciclo de monitoramento de acordo com cada tipo de habilitação; termo de compromisso do gestor local, garantindo a manutenção do cumprimento dos requisitos mínimos de cada habilitação; relatório da vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde; apresentação do plano macrorregional da Rede de Atenção Materna e Infantil atualizado; apresentação de relatório de monitoramento do gestor local e ou estadual, a depender da gestão do estabelecimento, comprovando o cumprimento de todos os parâmetros mínimos.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011ª. Disponível: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo II, Título II, Capítulo II Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação 6, de 28 de setembro de 2017, Título VIII, Capítulo I – Institui o financiamento da Rede Cegonha. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
- Saúde Brasil 2011- uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Disponível: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf
- CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./ jun. 2014.
- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde;2007.
- Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368:1284.
- Ronsmans C, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006; 368:1189.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>
- Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. Lancet 2010; 375:2032.
- United Nations Sustainable Development Goals: Disponível <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em <http://svs.aids.gov.br/centrais-de-conteudos/paines-de-monitoramento/mortalidade/>
- ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>
- Laurenti R, De Mello JMH, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(4):449-60.
- Moura ERF, Ponte MSR, Silva RM, Lopes MVO. Mortalidade materna no Ceará-Brasil (1998 -2002): estudo retrospectivo. Cogitare Enferm. 2007;12(1):44-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus 1996. Brasília: MS; 1996. [Citado em 2010 Nov 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- Leal MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1724-25.
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina -Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Disponível: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>
- Organização das Nações Unidas. Unfpa: exemplos de como a maternidade mudou nos últimos 25 anos-2019. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2019/05/1673921>
- World Health Organization. Managing eclampsia. Educational Material for teachers of midwifery Department of Making Pregnancy Safer. Family and Community Health. Geneva: World Health Organization; 2006.
- ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>
- Brazilian Journal of Health Review -BJHR (2020). Disponível: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/21167>
- Revista de Elsevier. Disponível: <https://www.elsevier.es/es-revista-reproducao-climaterio-385-articulo-mortalidade-materna-no-brasil-insucesso-S1413208714000089>
- Revista Ciência & Saúde Coletiva: Disponível: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-rede-cegonha-devolutiva-dos-resultados-para-as-maternidades-no-brasil/17748?id=17748>
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna e a contribuição do CNPq para o tema: Disponível: <https://www.gov.br/cnpq/pt-br/assuntos/noticias/destaque-em-cti-o-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-e-a-contribuicao-do-cnpq-para-o-tema>
- CSP Caderno de Saúde Pública. Disponível: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-33-03-e00195815-1.pdf>
- Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes: Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS One . 2019; 14(2):e0211720. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211720>
- Saúde Brasil 2017 - Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Ministério da Saúde. Disponível: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf>
- CAMPOS, F. E; MACHADO, M. H. & GIRARDI, S. N (2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Revista Divulgação em Saúde para Debate, n.44, p. 13-24.
- MACIEL FILHO, R. (2007) Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. (Tese de doutorado) Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- UNICEF – Para cada Criança: Brasil, Disponível: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais#:~:text=Mulheres%20e%20rec%C3%A9m%20nascidos%20s%C3%A3o,evit%C3%A1veis%2C%20dizem%20as%20novas%20estimativas.>



Documento assinado eletronicamente por **Simone Garcia de Araujo, Bolsista**, em 19/02/2022, às 17:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Coordenador(a)-Geral de Ciclos da Vida**, em 19/02/2022, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Rodrigues Braga Neto, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 20/02/2022, às 13:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0025437344** e o código CRC **B0E65B99**.

Referência: Processo nº 25000.024319/2022-75

SEI nº 0025437344

Coordenação-Geral de Ciclos da Vida - CGCIVI
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br