



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral
Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher

RELATÓRIO

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

ASSUNTO: Trata-se de Análise de Impacto Regulatório (AIR) realizada previamente à edição do ato normativo que redefine a Rede Cegonha, elaborada no âmbito do Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Atenção Primária à Saúde e Secretaria de Atenção Especializada em Saúde.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Com o objetivo de atender aos requisitos propostos para a melhoria da qualidade regulatória, em atenção à Lei n.º 13.874, de 20 de setembro de 2019, a qual incorporou a obrigatoriedade de AIR no fluxo do processo de produção de normas regulatórias na Administração Pública Federal, e ao Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020, que regulamentou normativas referentes à AIR, adotou-se as etapas preconizadas pelos seguintes dispositivos: Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório da Casa Civil (BRASIL, 2018), Manual de Orientações para a execução da Análise de Impacto Regulatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), Nota Informativa nº 4/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa nº 5/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa nº 7/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa nº 8/2022-CGPN/DGIP/SE/MS e a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017.

Historicamente, o Brasil implementou uma série de ações direcionadas à saúde materno infantil, com destaque à criação do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento em 2000; da Rede Materno-Infantil em 2011; da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015; e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, atualizada em 2017. Soma-se a esse cenário, a composição de comitês de morte materna, que são organismos regionais interinstitucionais e multiprofissionais que têm como um dos objetivos a análise dos óbitos maternos e indicação de ações para a reduzi-los.

Em 2011, o Ministério da Saúde, em uma decisão estratégica organiza a Rede Cegonha, concentrando esforços para implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). No âmbito da Rede Cegonha, a atenção à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

A Rede Cegonha foi idealizada 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. A Rede Cegonha segue a metodologia de Rede Temática de Atenção à Saúde estabelecida pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E vem ao encontro da necessidade de criar estratégias para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. Em consonância com os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde e, organiza-se de modo a garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade.

Especialmente no contexto da atenção primária, destaca-se que 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 de saúde permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. Avigora-se, aqui, a assistência ao parto humanizado e a capacitação de profissionais para executarem suas funções de forma humanizada e eficiente.

Dentre as ações estratégicas previstas na Rede Cegonha, está o incentivo ao cuidado orientado pelas boas práticas em todo o ciclo gravídico-puerperal, por evidências científicas, pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pelas recomendações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, buscando melhoria da qualidade, mudança dos cenários e contribuir com a redução das cesarianas desnecessárias.

No entanto, a melhoria da prestação dos serviços de saúde é 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 à serviços de saúde. Soma-se a essas fragilidades, o contexto de pandemia recente que se impôs como realidade.

Durante a pandemia de COVID-19, o número de mortes maternas no Brasil a cada 100 mil nascidos vivos aumentou 94,4%, retrocedendo para níveis registrados no início dos anos 2000. As taxas de morte materna registram óbitos por complicações no parto, gravidez e puerpério. Em 2021, a taxa de mortalidade materna para cada 100 mil nascidos vivos foi de 107,4 (UNFPA, 2022). Em 2019, ano anterior à pandemia, essa mesma taxa era de 57,19, segundo dados do Ministério da Saúde.

Além do mais, no ano de 2000, o Brasil pactuou junto com outras nações, uma meta específica para a saúde materna: reduzir a razão de mortalidade materna (RMM), em três quartos, até 2015. Uma nova agenda de compromissos, negociada pelos países a partir de 2013, após encaminhamentos emanados da Conferência Rio+20, consolida-se 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). A nova agenda traz 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” e 3.2 “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, tendo como objetivo a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade da

mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 a cada 1.000 nascidos vivos.” Sendo assim, após as pactuações, esses objetivos deverão orientar as políticas nacionais e as atividades de cooperação internacional.

Ainda no contexto dos ODS, no Objetivo 5 “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”, especificamente na Meta 5.6, o Brasil propõe a ampliação a abrangência da meta para assegurar os direitos reprodutivos e direitos sexuais, que são pré-requisitos do pleno gozo da saúde reprodutiva e sexual.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2022), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna ou neonatal/infantil e também a riscos sociais, como baixa escolaridade e desemprego. Ressalta-se que, em muitos casos, a gravidez não planejada termina em aborto induzido, na maioria das vezes, em circunstâncias inseguras e inapropriadas, expondo meninas e mulheres a vulnerabilidade e maior chance de complicações e óbito (SECURA et al, 2010). Assim, reduzir o número de gravidezes não desejadas poderia evitar 60% das mortes maternas e 57% das infantis (FINER e ZOLNA, 2011).

O problema regulatório norteador foi a “**Dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos**”. A partir do problema, levantou-se as causas e consequências associadas.

Com base no cenário sintetizado, foram elaboradas as seguintes estratégias como alternativas de resposta à situação problema:

- **Cenário 1** - Não ação. Manutenção do status normativo do Programa Rede Cegonha, sem revisão, adaptações ou atualizações no que tange a atenção à saúde sexual e reprodutiva, gestação, parto e nascimento.
- **Cenário 2** - Publicação de Portaria que redefine Nova Rede Temática (alternativa regulatória normativa). Foco na atenção integral e no cuidado longitudinal para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e suas parcerias, perpassando por uma saúde materna inclusiva e de qualidade, incentivando nascimentos humanizados e seguros com vistas ao pleno desenvolvimento infantil.
- **Cenário 3** - Revisão e adaptação do marco normativo da Rede Cegonha com ampliação dos componentes ambulatoriais e financiamento de maternidades de risco habitual.

Além das alternativas apresentadas, identificou-se previamente as possíveis consequências para as ações, perpassando os aspectos benéficos ou não-benéficos para a saúde da população e, mais especificamente, às meninas e mulheres que utilizam os serviços de saúde. Ademais, com o intuito de amparar tecnicamente o processo decisório e de melhor alcançar a resolução do problema regulatório, realizou-se análise comparativa das alternativas.

O resultado da análise conjunta entre áreas técnicas competentes apontou para a assimilação do Cenário 2: Redefinição da Rede Cegonha com a “Publicação de Portaria sobre a Nova Rede”, que se sobressaiu em relação às demais alternativas, tendo em vista a incorporação de procedimentos que visem trazer respostas ao problema regulatório norteador.

Neste documento serão apresentadas informações, dados e evidências a respeito do problema regulatório identificado, também se descreve riscos, consequências e benefícios envolvidos na escolha desta alternativa e um plano detalhado de resposta. Nos itens a seguir, são explanadas as etapas componentes dessa AIR, contendo os elementos sumarizados em atenção ao preconizado na Nota Informativa CGPN/DGIP/SE/MS Nº 7/2022.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

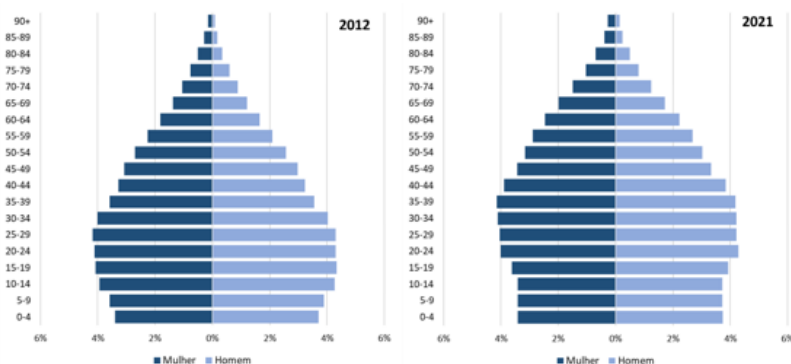
O problema regulatório norteador foi a “**Dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos**”. Para abordar os elementos do problema, organizou-se os itens a seguir:

- Perfil demográfico e epidemiológico da população de mulheres brasileiras, no qual se aborda a caracterização dos determinantes de óbito materno;
- Mortalidade materna e suas principais causas, no qual se apresenta o perfil ; e
- Mortalidade infantil e suas principais causas, no qual se apresenta o perfil .

Perfil sociodemográfico e epidemiológico da população de mulheres brasileiras

A estrutura etária e de gênero da população brasileira está passando por mudanças significativas nos últimos anos. Tem-se observado uma diminuição no número de nascimentos ao longo do tempo em ambos os sexos, o que resultou em uma redução na população com menos de 20 anos de idade. Por outro lado, os dados demonstram um aumento na população com 35 anos ou mais, com destaque notável entre os anos de 2012 e 2021.

Projeção de proporção populacional (%) segundo faixa etária e sexo, Brasil, 2012 e 2021.



O levantamento feito no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) aponta uma estimativa de 2.944.811 pessoas gestantes ao ano no país. De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, 55% destas gestações não foram intencionais e 30% não foram desejadas.

Destaca-se que a pesquisa realizada em 2014 indicou que as gestações não intencionais custaram em torno de 10 bilhões de reais ao sistema de saúde no ano de 2011 (LE et al, 2014).

Além disso, as estatísticas mostram quase 67 mil nascimentos de meninos em relação às meninas, mantendo uma tendência consistente. Entretanto, existe uma diferença na expectativa de vida ao nascer, com uma estimativa de vida para as meninas superior em sete anos à dos meninos, no ano e com variações regionais. A ocupação e renda das mulheres no Brasil aumentaram ligeiramente entre 2012 e 2021, porém continuam inferiores às dos homens.

As condições de vida das famílias são diretamente impactadas pela ocupação e a renda das mulheres, haja vista que, o número de lares chefiados por mulheres cresceu substancialmente na última década, atingindo 48% em 2021, com diferentes composições familiares predominantes, incluindo unidades nucleares e estendidas (BRASIL, 2023).

Nessa perspectiva, o aumento na proporção de lares chefiados por mulheres, que conciliam suas responsabilidades profissionais com as tarefas domésticas, requer uma atenção especial para a implementação de políticas sociais que apoiem essas mulheres e suas famílias, abrangendo desde programas de assistência financeira até a garantia do acesso a creches e escolas para os (as) filhos (as) das mães trabalhadoras, bem como horários de trabalho mais flexíveis.

É igualmente relevante incluir na atenção à saúde da mulher a problemática das gestações não planejadas, de forma a fortalecer a assistência em direitos sexuais e reprodutivos com a oferta de métodos contraceptivos e a qualificação da rede de cuidado.

Mortalidade Materna

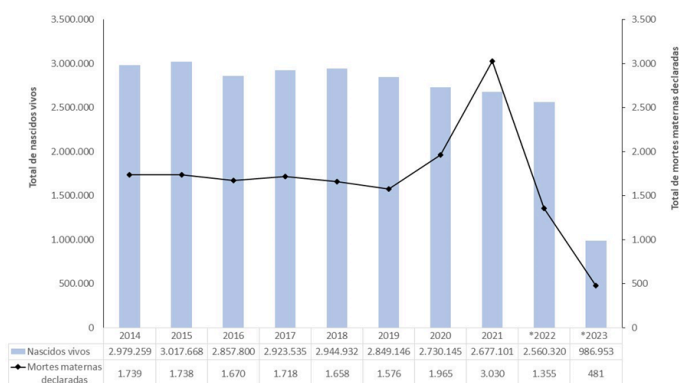
A mortalidade materna é um grande desafio para saúde pública global e apresenta desafios relacionados a sua mensuração mediante a subnotificação de óbitos (WARD et al., 2023). A OMS define a morte materna como o óbito de mulheres durante a gestação, parto e puerpério (em um período que pode se estender em até 42 dias após o término da gestação) (OMS, 2023). Para a caracterização desses óbitos, contabiliza-se todas as causas, com exceção das acidentais ou incidentais, independente da duração da gestação.

Ainda de acordo com a OMS (2023), quase 95% das mortes maternas ocorrem em países de renda baixa a média-baixa, ou seja, estão relacionadas à situação de vulnerabilidade social. Para superar esse dilema, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a Agenda 2030, que é composta por 17 ODS, dos quais o terceiro se refere à saúde e bem-estar. Neste, o primeiro trata da redução da mortalidade materna, seguido da eliminação das mortes de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos por causas evitáveis. Até 2030, o objetivo é reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos.

A mortalidade materna é um indicador crítico que reflete a qualidade da assistência e o acesso aos serviços de saúde, uma vez que 92% dos casos de morte materna são evitáveis (MELO e KNUUP, 2008). Essas tragédias ocorrem predominantemente em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, e também revelam profundas disparidades sociais, econômicas, de gênero e raciais, bem como as condições de vida das pessoas em determinadas áreas (TINTORI et al., 2022).

Apesar dessa estrutura organizativa apresentada através da Rede Cegonha e de pactuações internacionais, os dados públicos da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (IVIS), apontam que as mortes maternas declaradas apresentam flutuações em uma série histórica dos anos de 2014 a 2023. Houve aumento do número de mortes no ano de 2021 (n= 3.030), com um incremento de 74% em comparação ao ano de 2014 (n= 1.739) (Gráfico X). Essa conjuntura apresentada não foi proporcional ao total de nascidos vivos, já que houve declínio no número de nascidos vivos, a partir do ano de 2019. Dentre as explicações para a diminuição do número de nascidos vivos, a ocorrência da pandemia de covid-19 no início de 2020.

Distribuição de mortes maternas declaradas e nascidos vivos, Brasil, 2014 a julho de 2023 (n (morte materna) = 16.919 e n (nascidos vivos) = 29.430.886)

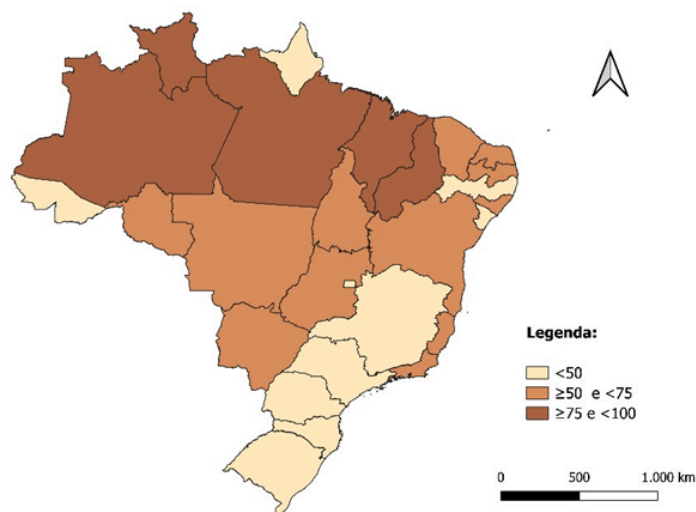


Fonte: SIM, 2023; SINASC, 2023. Elaboração própria.

Nota: *Os dados de 2022 a 2023 estão sujeitos à alteração. Para ter acesso ao conceito de morte materna: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/>

Quando se observa a distribuição da RMM corrigida, que é uma medida que resume a relação entre o total de mortes maternas declaradas e o total de nascidos vivos, verifica-se que a RMM apresentou um aumento de 102% no ano de 2021 (117,4) em relação a 2019 (57,9), ano que antecede o início da pandemia por covid-19. No ano de 2019, a maior taxa se concentra no estado do Piauí (98,06), seguida pelos estados da Região Norte, Pará (96,10), Roraima (91,86) e Amazonas (84,77).

Distribuição da Razão de Mortalidade Materna por Unidade Federativa, Brasil, 2019

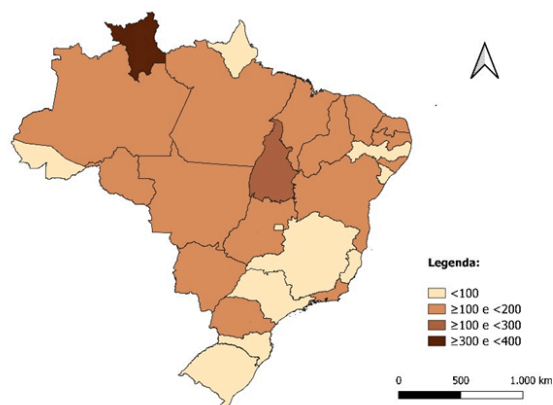


Fonte: SIM, 2023; SINASC, 2023. Elaboração própria.

Nota: Para ter acesso ao conceito de morte materna: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/>

No ano de 2021, 17 Unidades Federativas apresentaram uma RMM maior do que 100, com destaque para Roraima (RMM de 309,33), Tocantins (RMM de 227,39), Rondônia (RMM de 188,68) e Rio de Janeiro (RMM de 168,53). Diante disso, o Brasil se distanciou da meta pactuada nos ODS para esse indicador, que é de 30 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030.

Distribuição da Razão de Mortalidade Materna por Unidade Federativa, Brasil, 2021



Fonte: SIM, 2023; SINASC, 2023. Elaboração própria.

Nota: Para ter acesso ao conceito de morte materna: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/vigilancia-do-obito/mortalidade-materna/>

Principais causas da mortalidade materna

As principais causas diretas de morte materna documentadas incluem hipertensão (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), hemorragias graves (especialmente após o parto), infecções (geralmente pós parto, como sepse puerperal) e complicações decorrentes de abortos inseguros (KHAN et al., 2006).

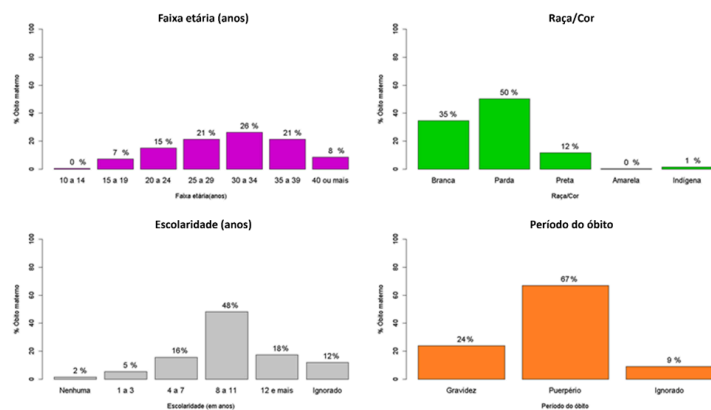
Entender o perfil e as causas das mortes maternas é fundamental para direcionar prioridades de intervenção e aprimorar ações para a promoção da saúde. O perfil da mortalidade materna está intrinsecamente ligado a fatores demográficos e socioeconômicos, como idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e condição socioeconômica.

As maiores taxas de óbitos maternos são observadas em mulheres negras, solteiras, sem convivência marital, adolescentes, com baixa escolaridade e acesso limitado a recursos sociais. Além disso, a qualidade da assistência também influencia as mortes maternas, incluindo o acesso inadequado aos serviços de pré-natal com práticas seguras e de qualidade, bem como a escassez de maternidades acessíveis e sistemas deficientes de encaminhamento na rede de saúde (BARRETO et al., 2021).

Uma revisão sistemática apontou que o período da adolescência apresenta maior vulnerabilidade e que estão sujeitas a uma maior probabilidade de gravidez indesejada, menor adesão ao pré-natal, redes familiares frágeis e complicações relacionadas à gestação, muitas vezes associadas a baixo status socioeconômico, entre outros fatores (DA SILVA et al., 2021).

Em relação as variáveis raça/cor, escolaridade e estado civil, a Figura 4 apresenta a distribuição da RMM por faixa etária, raça/cor, escolaridade e período do óbito, em 2020.

Perfil das mulheres que morreram por causas maternas, segundo idade, raça/cor, escolaridade e período do óbito. Brasil, 2021.



Fonte: Sistemas de Informações sobre Mortalidade (Sinasc/SIM), 2010 a 2021.

Destaca-se que, a faixa etária entre 30-34 anos representam 65% dos óbitos maternos; a raça/cor é caracterizada por mulheres pardas (53,7%) seguido de mulheres pretas (11,7%); onde, deve-se compreender pardas e pretas compondo a população das mulheres negras que são 65,4%; 48% das mulheres tinham entre 8 a 11 anos de escolaridade e 48,6% eram mulheres solteiras sem convivência marital. No Brasil, em 2021, 8% dos óbitos maternos ocorreram em adolescentes (229 óbitos), sendo 11 meninas de 10 a 14 anos e 218 meninas de 15 a 19 anos de idade. Mulheres negras representaram 62% dos óbitos por causas maternas. Apenas 18% tinham mais de 12 anos de estudos e cerca de 24% ocorreram no período da gravidez e 67% no período do puerpério.

Essa situação se assemelha às conclusões de um estudo quantitativo realizado por Chisini et al. (2021), que avaliou o impacto da pandemia de Covid-19 no pré-natal, no tratamento de diabetes e nas consultas médicas no Brasil. Um dos resultados desse estudo foi a acentuada redução nos atendimentos pré-natais, o que levanta preocupações sobre um possível aumento na mortalidade neonatal, pós-natal e na prematuridade.

A pandemia não apenas afetou a oferta e manutenção dos cuidados pré-natais contínuos na atenção primária, mas também agravou a escassez de leitos de UTI obstétrica (já existente antes da pandemia), tornando mais desafiante o cuidado oportuno de mulheres em gestações de alto risco, independente da infecção por Covid-19 (GUIMARÃES et al., 2022).

Mortalidade Infantil

Mortalidade infantil é definida como o óbito de menores de 1 ano. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é padronizada internacionalmente como o número de óbitos de crianças menores de 1 ano em relação ao número de nascidos vivos, a cada 1.000 nascidos vivos, no período analisado.

No mesmo bojo está mortalidade neonatal, em que se considera os óbitos de menores de 28 dias de vida. Esta divide-se em mortalidade neonatal precoce, quando o óbito acontece até o 6º dia após o nascimento e mortalidade neonatal tardia, quando o óbito ocorre do 7º ao 27º dia de vida. E assim, a mortalidade pós neonatal considera os óbitos ocorridos do 28º ao 364º dia de vida. Para cada grupo citado, pode-se calcular a taxa de mortalidade específica, considerando como numerador o total de óbitos de cada grupo (neonatal, neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal) sobre o total de nascidos vivos no período analisado.

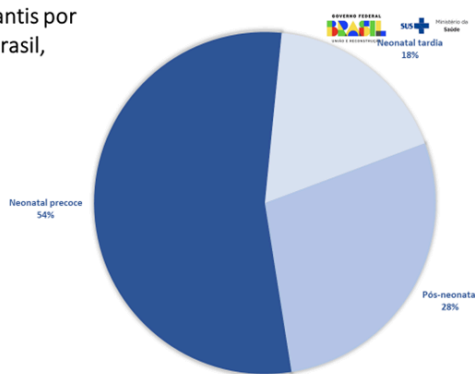
A TMI é um dos principais indicadores da qualidade de vida em uma população (BRASIL, 2021). Além de refletir a qualidade dos serviços de saúde e as condições socioeconômicas e ambientais das populações.

No Brasil, a redução da TMI é um dos eixos centrais na elaboração de políticas de saúde, com redução de 80% entre 1990 e 2015. A redução apresentada é resultado de estratégias que levaram o país a cumprir a meta de diminuir em dois terços a mortalidade na infância, de acordo com a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos após a cúpula do milênio das Nações Unidas em 2000 e a serem alcançados até o 2015 (ONU, 2015).

Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2015, foram estabelecidas novas metas globais a serem alcançadas até 2030, chamadas de ODS. A meta 3.2 dos ODS é acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, tendo como objetivo a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 a cada 1.000 nascidos vivos.

Percentual de óbitos infantis por componente de idade, Brasil, 2020

Neonatal Precoce: 17.000
Neonatal Tardia: 5.577
Pós-neonatal: 8.862
Infantil: 31.439



Das mortes infantis registradas em 2020 no Brasil, 72% delas foram de crianças com menos de 28 dias de vida

Fonte: MS/VS/DAB/INASC/SINASC

No Brasil, a mortalidade neonatal tem apresentado redução pouco expressiva nos últimos anos, e ainda existem desigualdades regionais e de raça/cor assim como é observado nas causas indiretas da mortalidade materna.

Evolução dos óbitos neonatais. Brasil, 2011-2021.

Localidade	Taxa de Mortalidade Neonatal, utilizando metodologia do Busca Ativa										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Brasil	10,6	10,3	9,9	9,8	9,4	9,6	9,5	9,1	9,2	8,8	8,8
Norte	13,4	12,6	11,8	11,6	11,3	12,0	11,7	11,5	10,9	10,8	11,1
Nordeste	12,7	12,4	11,7	11,5	11,1	11,6	11,3	10,6	10,6	10,4	10,2
Sudeste	8,9	8,8	8,6	8,6	8,2	8,3	8,2	8,0	8,2	7,7	7,8
Sul	7,8	7,7	7,4	7,6	7,5	7,0	7,3	7,2	7,4	6,8	6,8
Centro-Oeste	10,9	10,9	10,6	10,4	9,7	10,0	9,3	9,2	9,1	8,6	8,7

Fonte: CGIAE/DAENT/SVS/MS - SIM/Sinasc e Busca Ativa

Notas: 1. Para o período de 1990 a 1999, valores projetados pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE. 2. De 2000 a 2013 dados estimados pelo projeto de Busca Ativa do Ministério da Saúde e Fiocruz. 3. De 2014 a 2020 dados estimados pelo CGIAE/DAENT/SVS/MS utilizando a metodologia do Busca Ativa. 4. O CGI Demográfico e o de Mortalidade da RIPSA consideraram as Unidades da Federação Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal com boa qualidade de informação no SIM e no Sinasc, permitindo o cálculo direto de indicadores para estas Unidades da Federação. Assim, nesse período essas Unidades da Federação apresentam taxas de 100% de cobertura, pois não foram realizadas estimativas corrigidas pelo Busca Ativa.

A redução da mortalidade neonatal permanece sendo um desafio no Brasil. Ela está associada de maneira estreita aos níveis socioeconômicos e educacionais da população e à qualidade dos cuidados ofertados no período da gestação, do parto e nascimento e ao recém-nascido, em todos os níveis de atenção. A qualidade e a segurança do cuidado devem orientar as práticas assistenciais com foco na redução da morbimortalidade neonatal.

Principais Causas da Mortalidade Infantil

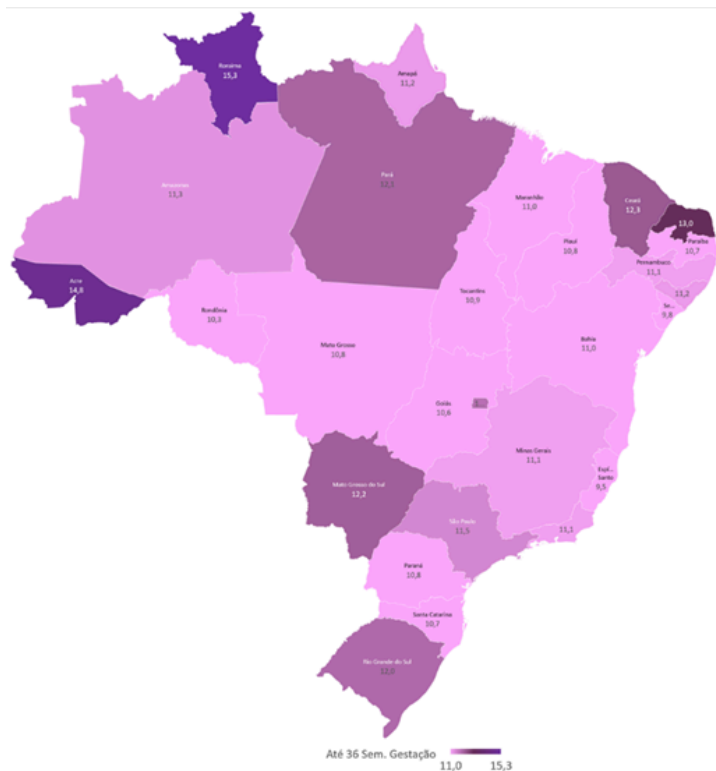
A mortalidade infantil pode ser reduzida com assistência à saúde qualificada do pré-natal ao parto e nascimento. Os cuidados são baseados em evidências científicas, compostos em sua maioria por práticas simples e de baixo custo, porém em alguns casos, é fundamental que haja acesso à atenção especializada, às maternidades de referência e unidades de cuidados neonatais.

Um estudo caso-controle com abordagem multinível realizado nas capitais brasileiras, sobre fatores de risco individuais e contextuais na determinação da mortalidade infantil evidenciou que os principais determinantes para estes óbitos foram os fatores biológicos como prematuridade, baixo peso ao nascer, raça/cor, malformação congênita, asfixia grave e moderada, entrepostos pelos fatores socioeconômicos maternos, tais quais, a escolaridade, estado civil e ocupação, além da insuficiência na realização de acompanhamento pré-natal (MAIA et al, 2020).

A baixa adesão ao pré-natal em casos de gravidez na adolescência e gestações não intencionais também configura fator de risco para mortalidade infantil (GOLDENBERG et al, 2005). Em ambos os casos, a descoberta tardia da gravidez e/ou a resistência em procurar os serviços de saúde contribui para a assistência inadequada e gera desfechos desfavoráveis ao nascer, como a prematuridade e o baixo peso (BRASIL, 2022). Neste sentido, políticas de planejamento reprodutivo e de acesso a métodos contraceptivos viabilizam o exercício da maternidade desejada e socialmente amparada, o que influencia na adesão ao sistema de saúde para o cuidado do binômio mãe-bebê durante a gestação.

Outro fator a ser considerado é o aspecto racial na assistência adequada no pré-natal. No período de 2014 a 2021, as mulheres pardas e pretas representaram a maioria dos casos de pré-natal inadequado no Brasil, totalizando cerca de 70%, em comparação com as mulheres brancas. Em consonância, houve também um predomínio de desfechos como baixo peso ao nascer e prematuridade em cerca de 60% dos nascidos vivos tendo mães pardas ou pretas (BRASIL, 2023).

Percentual de recém-nascidos prematuros por Unidades da Federação e Brasil, em 2020



No quadro abaixo podemos verificar as causas evitáveis de mortalidade infantil. Chama a atenção que a maior parte dos óbitos poderiam ser evitados por adequada atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido.

Total de óbitos infantis, segundo causas evitáveis e Brasil, 2018 a 2022*

Indicador	2018	2019	2020	2021*	2022*
Causas evitáveis	23.902	23.262	20.753	20.992	20.607
... Reduzível pelas ações de <u>imunoprevenção</u>	28	30	14	9	9
... Reduzível por adequada atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido	19.841	19.275	17.841	17.686	16.640
... Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequadas	2.270	2.257	1.435	1.609	2.153
... Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas à ações de atenção	1.763	1.700	1.463	1.688	1.805
Óbitos totais	35.864	35.293	31.439	31.730	31.189

Fonte: MS/SVS/DANT/CISAE/SIM

Seguindo o exercício gráficos de representação do problema e das causas, sumariza-se o problema regulatório como o índice ainda acima das metas para mortalidade infantil, especialmente considerando desigualdades sociais.

Diagrama de Ishikawa de causa e efeito da razão elevada de mortalidade infantil



Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS.

Nota: Esquema gráfico semelhante à espinha de peixe, cuja cauda alude às causas, origens do problema e a cabeça, ao problema regulatório.

IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES E GRUPOS AFETADOS

Diante do problema regulatório dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos observa-se gestores e profissionais, população, gestores e múltiplos atores como relacionados ao problema proposto.

Cidadãos e usuários do SUS

Mulheres e meninas em idade fértil, gestantes, recém-nascidos e crianças até 2 anos usuários do SUS são os principais afetados diretamente pela oferta das ações e serviços de saúde, tanto quanto ao usufruto dos benefícios como também são as primeiras prejudicadas pela descontinuidade ou disfuncionalidade sistêmica da Rede (FAUSTO et al., 2014).

Entes federativos do SUS

Conforme a composição do sistema político federativo do Brasil, as três esferas do Governo estão entre os grupos afetados, União, Unidades Federativas (UF) e Municípios. A gestão federal da saúde é realizada pelo Ministério da Saúde. O governo federal é o principal cofinanciador da rede pública de saúde, responsável pela formulação, avaliação e elaboração de políticas nacionais de saúde. A gestão estadual nas UF deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Isto porque coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os Municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. A gestão municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado (MASSUDA et al., 2021).

Conselhos e Comissões

Compõem os grupos afetados às diversas esferas de pactuação para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados na RAS, como o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a Comissão Intergestores Bipartites (CIB), a Comissão Intergestores Tripartites (CIT) e demais comissões e conselhos que desenvolvam atividades relacionadas à saúde pública (MARTINELLI et al., 2023).

Profissionais de Saúde, Conselhos Profissionais e Associações de profissionais de saúde

São atores afetados diretamente, pois participam ativamente de todos os processos envolvidos nas decisões, gestão, organização dos serviços e assistência. São as (os) profissionais de saúde, assim como as (os) cidadãs (ãos) do SUS, que fazem parte dos grupos de maior sensibilidade ao impacto das políticas públicas (FERNANDEZ et al., 2021).

Instituições de Ensino e Pesquisa

São atores afetados direta e indiretamente, pois acompanham as políticas públicas para aprimoramento e atualização da formação profissional e também para o desenvolvimento das pesquisas científicas sobre saúde pública, mapeamento de resultados e análise da efetividade das ações.

MAPEAMENTO DE EXPERIÊNCIAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

O mapeamento de experiências exitosas foi realizado para apresentar uma análise abrangente das abordagens nacionais e internacionais para enfrentar questões como mortalidade materna, mortalidade infantil e gravidezes não planejadas, especialmente entre adolescentes, sendo assim, foi conduzida uma pesquisa na literatura acadêmica abordando esses tópicos. No que concerne aos compromissos estabelecidos para o Brasil no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, o país se comprometeu, a partir de reunião da Comissão Nacional de combate à Mortalidade Materna e lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres, a alcançar a meta de redução de 51,7% da razão de mortalidade materna (RMM) até 2030, o que equivale a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Além disso, o país assumiu o compromisso de reduzir as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal a um máximo de 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos a um máximo de 8 por mil nascidos vivos.

Nesse contexto de compromissos assumidos, o Brasil se comprometeu a garantir o acesso universal a serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, a informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais até 2030.

No que diz respeito à questão da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe, dados da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) demonstram que a taxa de fecundidade em adolescentes na região ainda é elevada, tornando-a a segunda região com maior incidência no mundo. Esse fenômeno é resultado de diversos fatores individuais, relacionais e sociais que se entrelaçam, resultando em maior vulnerabilidade e dificuldade de acesso a informações, serviços e contraceptivos (OMS, 2020).

Alguns países da região, como Chile, Uruguai e Costa Rica, obtiveram resultados significativos na redução da gravidez na adolescência por meio da ampliação e descentralização de serviços, que incluíram métodos contraceptivos reversíveis de longa-duração, além de estratégias educacionais e intersectoriais, demonstraram redução significativa das gestações na adolescência.

As recomendações internacionais apontam que métodos contraceptivos de longa duração, como o implante subdérmico e o dispositivo intrauterino (DIU), são altamente eficazes entre os adolescentes, devido à alta adesão e continuidade. Esses métodos têm sido incorporados nas políticas de saúde sexual e reprodutiva em várias partes do mundo (PONCE DE LEÓN et al, 2019; DE LEÓN, et al, 2019; LÓPEZ-GÓMEZ et al, 2021; MACEIRA et al, 2023).

Quanto à abordagem da mortalidade materna e neonatal, a Organização Mundial da Saúde enfatiza que países que se comprometem politicamente e investiram em políticas de saúde para recém-nascidos e na redução da mortalidade materna por causas evitáveis obtiveram resultados efetivos. Isso requer esforços coordenados entre governos, sistemas de saúde e comunidades e comunidades para garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis e de alta qualidade para mulheres e crianças (WHO, 2023).

Segundo as evidências, os desafios internacionais em relação a esta temática têm se centrado na importância da defesa de direitos reprodutivos, na necessidade de investimentos para o enfrentamento à mortalidade materna e neonatal, e nos esforços para que articular políticas e planos de implementação à nível local, com destaque para a interação entre a atenção primária e outros níveis de atenção à saúde.

Além disso, experiências tanto em âmbito nacional quanto internacional enfatizam a necessidade de coordenação entre diferentes setores, o enfoque na formação profissional em direitos humanos, com especial atenção à diversidade étnico-racial e de gênero, visando reduzir as marcantes desigualdades existentes. Também são necessários aprimoramentos para fortalecer os sistemas de saúde, especialmente para lidar com eventuais crises ambientais e climáticas no futuro (OMS, 2023).

Em suma, a elaboração desta proposta de redefinição da Rede Cegonha se baseou em uma análise abrangente do cenário nacional e internacional, incluindo a comparação das melhores práticas adotadas por outros países para abordar questões críticas, como a mortalidade materna, infantil e a gravidez não planejada, principalmente na adolescência. O Brasil estabeleceu compromissos ambiciosos alinhados com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, visando uma significativa redução da mortalidade materna e infantil, bem como a garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, persistem desafios especialmente em regiões desfavorecidas.

É importante destacar que as estratégias bem-sucedidas, como a expansão da oferta de métodos contraceptivos de longa duração e a descentralização dos serviços, foram eficazes em alguns países, especialmente da América Latina. A literatura científica também ressalta a necessidade de abordagens interdisciplinares, promoção de direitos reprodutivos e equidade de gênero, além de preparação dos sistemas de saúde para futuras crises. Em última análise, a eficácia das políticas públicas requer comprometimento político, investimentos adequados e colaboração efetiva entre os governos, sistemas de saúde e comunidades, com ênfase na atenção primária e no estabelecimento de redes de cuidados, reforçando a importância dos investimentos necessários nesta atualização da Rede Cegonha.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

A identificação da base legal está intrinsicamente ligada à competência legal do órgão para intervir no problema regulatório em questão, a fim de dar respaldo às suas ações, em conformidade com o princípio da legalidade que rege os atos administrativos. A seguir, apresentam-se os principais dispositivos legais relevantes, organizados em ordem cronológica, que sustentam a regulamentação proposta neste processo de Avaliação de Impacto Regulatório. Essa regulamentação está alinhada com a busca pela efetivação dos princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizadas na APS:

Princípios:

- (a) Universalidade,
- b) Equidade; e
- c) Integralidade;

Diretrizes:

- (a) Regionalização e hierarquização,
- b) Territorialização,
- c) População adscrita,
- d) Cuidado centrado na pessoa,
- e) Resolutividade,
- f) Longitudinalidade do cuidado,
- g) Coordenação do cuidado,
- h) Ordenação da rede, e
- i) Participação da comunidade.

Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988 que, em seu artigo 196, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e:

“Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (...) II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;”.

“Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: (...) XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;”.

“Art. 87. (...) Parágrafo único. Compete ao Ministro de Estado, além de outras atribuições estabelecidas nesta Constituição e na lei: (...) II - expedir instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos; (...) IV - praticar os atos pertinentes às atribuições que lhe forem outorgadas ou delegadas pelo Presidente da República.”.

“Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”.

“Art. 227. (...) § 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;”.

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências).

“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: (...) II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;”.

“Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: (...) XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;”.

Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023.

“Art. 1º O Ministério da Saúde, órgão da administração pública federal direta, tem como áreas de competência os seguintes assuntos: I - política nacional de saúde; II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde – SUS.”

“Art. 20. À Secretaria de Atenção Primária à Saúde compete: (...) II - fomentar estratégias que fortaleçam a atenção primária à saúde, a fim de alcançar os objetivos de alto grau de resolutividade e integralidade da atenção; (...) VI - propor a incorporação de tecnologias do cuidado em atenção primária à saúde; VII - coordenar a formulação e a definição de diretrizes para o financiamento federal das políticas, dos programas e das estratégias da atenção primária à saúde; (...) XI - articular e executar, em conjunto com as demais Secretarias do Ministério, medidas e ações de integração da atenção primária à saúde aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde.”.

Portarias incorporadas às portarias de consolidação referentes à Rede Cegonha:

- **Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021:**

Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde.

Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.

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

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Beb  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   Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internat  o e Internat  o 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   saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internat  o, de internat  o provisória e de semiliberdade.

Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral  s Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral  s Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.

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

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema  nico de Saúde.

Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1  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  nico de Saúde – SUS.

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

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  nico de Saúde (SUS).

Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Beb  e Puérpera (CGBP).

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  nico de Saúde (SUS), para o atendimento   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 nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema  nico de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

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

Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema  nico de Saúde.

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

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

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

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema  nico de Saúde.

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

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  nico de Saúde (SUS), para o atendimento   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 nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Portaria nº 1792 de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

Com base no problema regulatório mencionado anteriormente, o objetivo é intervir de maneira a contribuir para a resolução e mitigação desse problema. Portanto, formulou-se o objetivo geral: **Fomentar a ampliação do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos.**

Diagrama do problema regulatório, com suas causas e consequências

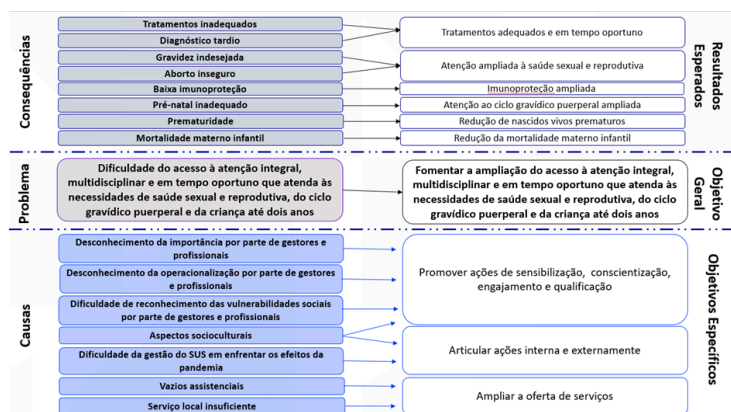


Os objetivos específicos relacionados são:

- Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação
- Articular ações interna e externamente
- Ampliar a oferta de serviços

Os resultados esperados são:

- Tratamentos adequados e em tempo oportuno
- Atenção ampliada à saúde sexual e reprodutiva
- Imunoproteção ampliada
- Atenção ao ciclo gravídico puerperal ampliada
- Redução de nascidos vivos prematuros
- Redução da mortalidade materno infantil
- Representação gráfica com causas, consequências, objetivos geral e específicos e resultados esperados



DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E SEUS IMPACTOS

O processo de desenvolvimento de possíveis alternativas e estratégias para contenção do problema regulatório surge como necessidade de atualização das normativas referentes à atenção materna e infantil, a Rede Cegonha. Os dados apresentados sobre o tema também justificam a necessidade de uma nova normativa. Sendo assim, foram elencadas as seguintes alternativas:

1. Manutenção da situação atual;
2. Instituição de Nova Rede + ações de comunicação, educação permanente e articulação interna e intersetorial;
3. Revisão e adaptação do marco normativo da Rede Cegonha (com financiamento de maternidades de baixo risco) + ações de comunicação e articulação com gestores do SUS.

Com esse propósito, foi empregada a metodologia 5W2H para a análise das alternativas, conforme as diretrizes estabelecidas no Manual de Avaliação de Políticas Públicas / Guia Prático de Análise Ex Ante (IPEA, 2018). Nos Quadros 1, 2 e 3, encontram-se as descrições das alternativas de acordo com a análise da matriz 5W2H.

Matriz 5W2H da alternativa 1

Manutenção da situação atual (não ação)

Alternativa	Manutenção do status normativo do Programa Rede Cegonha
O quê (What)	Ausência de intervenção pelo ente federativo federal no escopo normativo do Programa Rede Cegonha
Por que (Why)	Em 2021, a Estratégia Rede Cegonha completou 10 anos e é a principal estratégia do país para qualificação da assistência materno infantil. A implantação da Rede Cegonha foi efetiva na garantia de melhor diagnóstico de patologias durante o pré-natal, aumento do acesso e do número de consultas com o incentivo ao encaminhamento para a assistência pré-natal de alto risco, bem como o aumento de nascimentos dos bebês de risco em hospital de referência.
Onde (Where)	No território nacional
Quem irá fazer (Who)	Ministério da Saúde UF e municípios
Quando será feito (When)	Não se aplica (vigente)
Como (How)	Não se aplica (em curso)
Quanto custará (How much)	Não se aplica

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS e Saes/MS.

Matriz 5W2H da alternativa 2

Instituição de Nova Rede Cegonha

Alternativa	Instituição de Nova Rede Cegonha
O quê (What)	Redefinição do Programa Nova Rede através de revisão, adaptações e modernização do modelo assistencial.
Por que (Why)	Necessidade de ajustes e revisão do modelo assistencial, de financiamento e monitoramento com vistas à atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, ampliação do acesso à saúde sexual e reprodutiva e redução da morbimortalidade materna e infantil.
Onde (Where)	No território nacional
Quem irá fazer (Who)	Ministério da Saúde, UF e municípios
Quando será feito (When)	A partir de publicação da portaria
Como (How)	Redefinição dos componentes assistenciais e incentivo na saúde sexual e reprodutiva, prioritariamente, com ampliação da oferta de métodos contraceptivos modernos, reversíveis e de longa duração. Atualização dos valores de financiamento para alguns componentes e criação de outros incentivos, como financiamento para centrais de regulação, transporte de urgência por exemplo.
Quanto custará (How much)	A definir (SAPS + SAES)

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS e Saes/MS.

Matriz 5W2H da alternativa 3

Revisão e adaptação do marco normativo da Rede Cegonha

Alternativa	Revisão e adaptação da Rede Cegonha
O quê (What)	Ampliação dos componentes ambulatoriais e financiamento de maternidades de risco habitual.
Por que (Why)	Identificou-se necessidade de atualização do modelo assistencial e organizativo da Rede Temática
Onde (Where)	No território nacional
Quem irá fazer (Who)	Ministério da Saúde, UF e municípios
Quando será feito (When)	O início se dará após a pactuação tripartite e publicação da normativa
Como (How)	Incorporação das ações e serviços já habilitados da Rede Cegonha numa Rede de Atenção Materna e Infantil em todo território nacional com ampliação de <u>ambulatórios</u> de especialidades e financiamento de maternidades de baixo risco.
Quanto custará (How much)	A definir

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS e Saes/MS.

Após elaboração das alternativas com base na matriz 5W2H, procedeu-se para a análise de cada uma das alternativas identificando-se os impactos positivos (benefícios) e negativos (custos) para cada uma das alternativas. A seguir, encontra-se o impacto das alternativas.

Impacto das possíveis alternativas

Alternativa	Impactos positivos	Impactos negativos
Manutenção do status normativo do Programa Rede Cegonha (não ação)	Não modifica os processos já existentes	Processos de monitoramento e avaliação defasados. Não contempla componentes ambulatoriais. Valores de incentivo deficitários que não contemplam os custos assistenciais.
Instituição de Nova Rede + ações de comunicação, educação permanente e articulação interna e <u>intersectorial</u>	Amplia o acesso à atenção integral e longitudinal, em tempo oportuno. Provimento de métodos contraceptivos modernos, reversíveis e de longa duração para suporte aos direitos sexuais e reprodutivos que atenda às necessidades de saúde da população, com indicadores de monitoramento e avaliação da política.	Provável custo elevado na ampliação da oferta de métodos contraceptivos e na ampliação dos valores de financiamento.
Revisão e adaptação do marco normativo da Rede Cegonha (com financiamento de maternidades de baixo risco) + ações de comunicação e articulação com gestores do SUS	Simplificação do arcabouço normativo da Rede Cegonha. <u>Ampliação</u> dos componentes ambulatoriais e financiamento de maternidades de risco habitual.	O financiamento de maternidades de baixo risco pode induzir a permanência e ou criação de hospitais de pequeno porte. Não houve estudo de impacto financeiro que garantisse a sustentabilidade do Programa. As habilitações foram interrompidas por insuficiência financeira. Fragilidade no monitoramento da execução dos recursos repassados. A simplificação do arcabouço normativo mostrou-se precária e insuficiente.

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS e Saes/MS.

O relatório da OMS sobre as tendências na mortalidade materna sublinha que a chave para prevenir a mortalidade está na redução de gestações não planejadas ou indesejadas. Portanto, garantir acesso a métodos contraceptivos, serviços de aborto seguro quando previsto em lei e cuidados pós-aborto de qualidade é crucial (OMS, 2022).

Dado que a maioria das mortes maternas é evitável e as soluções para prevenir e controlar complicações são bem conhecidas, é imperativo assegurar assistência de alta qualidade e eficácia durante a gravidez, parto e pós-parto. Isso é particularmente importante, considerando a estreita relação entre a saúde neonatal e a materna.

A assistência qualificada no parto, oferecida por profissionais de saúde treinados, desempenha um papel fundamental, pois o gerenciamento e tratamento oportunos podem fazer a diferença entre a vida e a morte.

Além disso, medidas como a administração de ocitócicos imediatamente após o parto para reduzir o risco de hemorragia e o uso de medicamentos como sulfato de magnésio para pré-eclâmpsia podem ser eficazes na prevenção de complicações graves. A infecção pós-parto pode ser evitada com práticas adequadas de higiene e detecção precoce de sinais.

Portanto, as alternativas possíveis para abordar o problema regulatório incluem, inclusive, a não regulamentação ou não normatização. Pode-se considerar o desenvolvimento de iniciativas de treinamento profissional para melhorar a identificação de sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento oportuno das causas de mortalidade. Tais ações podem ser implementadas por meio de termos de execução descentralizada ou parcerias público-privadas, por exemplo.

Além disso, ações de educação permanente tanto para profissionais de saúde quanto para usuários da rede podem ser eficazes na prevenção de doenças que podem agravar a gravidez e o parto.

Outra alternativa é o repasse de recursos isolados para estimular a compra e distribuição de medicamentos e insumos, visando combater a escassez. Esse estímulo financeiro (ou a compra centralizada) poderia abordar as preocupações relacionadas à disponibilidade de métodos contraceptivos e outros insumos mencionados.

COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

Com o objetivo de comparar as alternativas elaboradas, utilizou-se o método PAH/AHP, por meio de análise multicritério. Esta análise quali-quantitativa caracteriza-se pela comparação de alternativas com base em critérios que podem nortear a tomada de decisão diante de um problema regulatório (REIS e SCHRAMM, 2022). Suas vantagens se encontram no fato de que considera a natureza dos critérios em uma escala de avaliação e, as desvantagens, no fato de que nem sempre seus resultados refletem a natureza do problema de decisão.

Para a aplicação da análise multicritério com o método AHP, é preciso atribuir pesos para critérios e pontuar alternativas com base em cada critério no alcance de um objetivo. No contexto da AIR, entende-se que todas as alternativas tenham potencial para solucionar o problema, portanto os critérios são os objetivos específicos transportados para a análise.

No que concerne ao objetivo proposto nesta AIR: “Fomentar a ampliação do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos”, identificou-se os seguintes critérios:

- 1. Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação.
- 2. Articular ações interna e externamente.
- 3. Ampliar a oferta de serviços.

Tratando-se de critérios e alternativas, no método AHP, os mesmos podem ser avaliados de forma paritária para a atribuição de pesos. Sendo assim, os avaliadores respondem a perguntas como “Qual o grau de importância de um critério em detrimento de outro?” e “Qual o grau de importância de uma alternativa em detrimento de outra, considerando-se determinado critério?”.

E assim, no seguimento do processo de construção da AIR, para o objetivo geral de “Fomentar a ampliação do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos”, no que refere-se às alternativas para o alcance do objetivo, mediante ao objetivo específico de “Ampliar a oferta de serviços”, as alternativas possíveis são: 1) Manutenção da situação atual (Rede Cegonha ripristinada); 2) Instituição de Nova Rede + ações de comunicação, educação permanente e articulação interna e intersetorial e; 3) Revisão e adaptação do marco normativo da Rede Cegonha (com financiamento de maternidades de baixo risco) + ações de comunicação e articulação com gestores do SUS.

A partir desse entendimento, elaborou-se um questionário para julgamento de critérios e pesos com os colaboradores do DGCI/SAPS/MS. Primeiramente, atribuiu-se pesos aos critérios definidos e obteve-se o resultado abaixo, a partir da média ponderada de respostas dos participantes, normalizada em uma escala de 0 a 1:

Resultados da Análise Multicritério			
Pontuação – Alternativas e Critérios	Critério 1	Critério 2	Critério 3
1. Manutenção da situação atual	0,063	0,072	0,058
2. Instituição de Nova Rede	0,723	0,717	0,247
3. Revisão	0,214	0,211	0,696

Peso de Cada Critério		
Critério 1	Critério 2	Critério 3
0,468	0,071	0,460

	Pontuação final	Ordem de preferência
Alternativa 1	0,061	3
Alternativa 2	0,503	1
Alternativa 3	0,436	2

Cenário 01: Manutenção do Programa Rede Cegonha

Em 2021, a Estratégia Rede Cegonha completou 10 anos e é a principal estratégia do país para qualificação da assistência materno infantil. A implantação da Rede Cegonha foi efetiva na garantia de melhor diagnóstico de patologias durante o pré-natal, aumento do acesso e do número de consultas com o incentivo ao encaminhamento para a assistência pré-natal de alto risco, bem como o aumento de nascimentos dos bebês de risco em hospital de referência.

Cenário 02: Publicação de Portaria que redefine Nova Rede Temática

Instituição de Nova Rede com foco na atenção integral e no cuidado longitudinal para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, perpassando por uma saúde materna inclusiva e de qualidade, incentivando nascimentos humanizados e seguros com vistas ao pleno desenvolvimento infantil. E ações de comunicação, educação permanente e articulação interna e intersetorial.

• **Cenário 03: Revisão e adaptação do marco normativo da Rede Cegonha**

Ampliação dos componentes ambulatoriais e financiamento de maternidades de risco habitual. E ações de comunicação e articulação com gestores do SUS.

IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA ALTERNATIVA SUGERIDA

A análise evidenciou para cada objetivo relacionado, os seguintes riscos, causas, efeitos e consequência conforme:

Identificação dos Efeitos e Riscos da alternativa escolhida

OBJETIVO RELACIONADO	RISCO	CAUSAS DO RISCO	EFEITOS / CONSEQUÊNCIAS
<i>Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação</i>	Baixa adesão dos usuários	Engajamento contrário à iniciativa; Desinformação	Manutenção do problema
	Baixo engajamento de gestores e profissionais	Engajamento contrário a iniciativa; Alta rotatividade de profissionais; mudança de gestores; Baixa qualificação; Dificuldade de priorização;	Aumento das barreiras de acesso; Agravamento do problema
	Implementação proforma por parte dos gestores	Engajamento contrário a iniciativa; Baixa qualificação; Divergência de prioridade	Manutenção do problema;
	Mudança de prioridade na gestão	Mudança de gestores	Possibilidade de reinicialização ou reorganização dos processos de trabalho
	Indefinição de competências	Imprecisão e/ou sobreposição de orientações	Manutenção do problema; Conflitos entre gestores; Sobreposição de ações
	Dificuldade de acompanhamento da operacionalização da Rede	Fragilidade de monitoramento e avaliação	Tempo insuficiente para implementação
	Falta de recursos necessários	Insuficiência de profissionais; Dificuldade técnicas e operacionais; Problemas de sistemas; Infraestrutura insuficiente e/ou inadequada	Inviabilidade de implementação da rede em determinadas localidades

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS.

OBJETIVO RELACIONADO	RISCO	CAUSAS DO RISCO	EFEITOS / CONSEQUÊNCIAS
<i>Articular ações interna e externamente</i>	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução interna no MS	Indefinição de competências; Comunicação <i>inefetiva</i>	Manutenção do problema; Conflitos entre gestores; Sobreposição de ações; Imprecisão das orientações
	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução externa ao MS	Indefinição de competências; Comunicação <i>inefetiva</i>	Manutenção do problema; Conflitos entre gestores; Sobreposição de ações; Imprecisão das orientações
	Manutenção de Regras Obsoletas	Instituição de novas regras sem revogação expressa das anteriores de mesma temática	Orientações contraditórias e/ou imprecisas que interferem na tomada de decisão do profissional da saúde
	Problemas de Informação e TI	Multiplicidade de sistemas; Dificuldade na interoperabilidade entre sistemas; Baixa qualificação profissional para uso dos sistemas	Informações não adequadas ou insuficientes

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS.

OBJETIVO RELACIONADO	RISCO	CAUSAS DO RISCO	EFEITOS / CONSEQUÊNCIAS
<i>Ampliar a oferta de serviços</i>	Baixa adesão dos usuários	Engajamento contrário à iniciativa; Desinformação	Manutenção do problema
	Baixo engajamento de gestores e profissionais	Engajamento contrário a iniciativa; Alta rotatividade de profissionais; mudança de gestores; Baixa qualificação; Dificuldade de priorização;	Aumento das barreiras de acesso; Agravamento do problema
	Mudança de prioridade na gestão	Mudança de gestores	Possibilidade de reinicialização ou reorganização dos processos de ampliação dos serviços
	Dificuldade de acompanhamento da operacionalização da Rede	Fragilidade de monitoramento e avaliação	Tempo insuficiente para implementação
	Falta de recursos necessários	Insuficiência de profissionais; Dificuldade técnicas e operacionais; Problemas de sistemas; Infraestrutura insuficiente e/ou inadequada	Inviabilidade de implementação da rede em determinadas localidades
	Falta de recurso financeiro em todas as esferas de governo	Custeio comprometido	Dificuldade na ampliação e/ou sustentabilidade dos serviços; Impossibilidade de contratação; Dificuldade de manutenção das folhas de pagamentos; Manutenção do custeio comprometida; Paralisação de obras; Paralisação ou redução de serviços; Insuficiência de insumos
	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução interna no MS	Indefinição de competências; Comunicação <i>inefetiva</i>	Manutenção do problema; Conflitos entre gestores; Sobreposição de ações; Imprecisão das orientações
	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução externa ao MS	Indefinição de competências; Comunicação <i>inefetiva</i>	Manutenção do problema; Conflitos entre gestores; Sobreposição de ações; Imprecisão das orientações

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS.

Análise dos riscos quanto a sua categorização

Objetivo específico relacionado	Riscos	Categoria / Tipo de risco	Probabilidade	Impacto	Nível de risco inerente
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Baixa adesão dos usuários	Estratégico	4 (Provável)	4 (Alto)	16
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Baixo engajamento de gestores e profissionais	Estratégico	4 (Provável)	4 (Alto)	16
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação	Implementação proforma por parte dos gestores	Estratégico	3 (Possível)	4 (Alto)	12
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Mudança de prioridade na gestão	Estratégico	4 (Provável)	4 (Alto)	16
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação	Indefinição de competências	Estratégico / Operacional	3 (Possível)	3 (Médio)	9
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Dificuldade de acompanhamento da operacionalização da Rede	Operacional	5 (Praticamente certo)	4 (Alto)	20
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Falta de recursos necessários	Operacional	5 (Praticamente certo)	3 (Médio)	15
Articular ações interna e externamente / Ampliar a oferta de serviços	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução interna no MS	Estratégico	4 (Provável)	3,5 (Médio-alto)	14
Articular ações interna e externamente / Ampliar a oferta de serviços	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução externa ao MS	Estratégico	4 (Provável)	3,5 (Médio-alto)	14
Articular ações interna e externamente	Manutenção de Regras Obsoletas	Estratégico / Operacional	5 (Praticamente certo)	4 (Alto)	20
Articular ações interna e externamente	Problemas de Informação e TI	Operacional	5 (Praticamente certo)	3 (Médio)	15
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Falta de recurso financeiro em todas as esferas de governo	Estratégico	3 (Possível)	5 (Muito Alto)	15

Fonte: Elaboração pelas áreas técnicas da Saps/MS.

A análise dos riscos permitiu a categorização conforme sua categoria, probabilidade, impacto e nível de riscos inerentes.

Os riscos com maior pontuação, foram para os objetivos específicos: 1) Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação; 2) Ampliar a oferta de serviços, no risco: Dificuldade de acompanhamento da operacionalização da Rede, risco de natureza operacional, praticamente certo para a probabilidade e alto para impacto com um resultado de 20 pontos. Assim, foi analisado o risco de não conseguir acompanhar a implementação da nova estratégia devido a dificuldades de sistemas operacionais, por exemplo.

Outro risco com maior pontuação foi para o objetivo específico "Articular ações interna e externamente": Manutenção de regras obsoletas, risco de natureza estratégica e operacional, praticamente certo para a probabilidade e alto para impacto com um resultado de 20 pontos. Nesse risco foi analisada a atenção que a área técnica deve ter em atualizar as normativas vigentes. A natureza operacional se refere à publicação de orientações atualizadas e estratégico a depender da priorização das temáticas dentro da secretaria.

Para cada um dos riscos identificados, estipulou-se ações de prevenção, monitoramento e intervenção com o objetivo de mitigar, compartilhar ou, ainda, evitar os riscos identificados e otimizar o alcance da resolução do problema regulatório.

Plano de resposta aos riscos

Objetivo	Risco	Classificação	Resposta	O quê (controle proposto)	Onde (área responsável)	Quem (responsável)	Como (como será implantado)	Como (intervenientes)
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Baixa adesão dos usuários	Alto	Mitigar	Intensificar as ações de comunicação e engajamento	SAPS e SAES	Secretários	Promover o engajamento favorável; Plano de comunicação para aumentar a disseminação da informação; Organizar interlocução com outros	MDHC, MDS e MM; SES, SMS, Conass e Conasems; MP; CNS; Movimentos sociais; MEC; Conselhos de profissionais;

							órgãos, sistemas e ministérios	Sociedades científicas
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Baixo engajamento de gestores e profissionais	Alto	Mitigar	Intensificar as ações de comunicação e engajamento	SAPS e SAES	Secretários	Promover o engajamento favorável; Plano de comunicação para aumentar a disseminação da informação; Organizar interlocução com outros órgãos, sistemas e ministérios	Conass; Conasems; Cosems e apoiadores; SES e SMS; SEINP/SEMS; MP; CNS; MEC; Movimentos sociais; Conselhos de profissionais e Sociedades científicas
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação	Implementação proforma por parte dos gestores	Alto	Mitigar	Estabelecer estratégia de apoio, monitoramento e avaliação	SAPS e SAES	Secretários	Reuniões de alinhamento interno; elaborar plano de ação; elaborar estratégias de apoio	Cosems e apoiadores; SEINP/SEMS; MP
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Mudança de prioridade na gestão	Alto	Mitigar	Estratégia de orientação para gestores	SAPS e SAES	Secretários	Reuniões de alinhamento; Propor parceria institucional com Conass e Conasems; Elaborar material orientativo contemplando riscos (prejuízos) para gestores; Organizar webinars em caráter regular; Criar um fórum/espço de debate e tira dúvidas	Conass e Conasems
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação	Indefinição de competências	Médio	Compartilhar	Estratégia de orientação para gestores	MS, Conass e Conasems	Secretários de MS e Secretários-Executivos de Conass e Conasems	Reuniões de alinhamento; Elaborar plano de comunicação	SES e SMS
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Dificuldade de acompanhamento da operacionalização da Rede	Extremo	Evitar	Plano de Monitoramento e Avaliação	SAPS	Secretário	Reuniões alinhamento; estabelecer metas e parâmetros; incorporar à redação da portaria	SAES; DEMAS/SEIDIGI
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Falta de recursos necessários	Alto	Mitigar	Estratégia de Apoio Institucional	SAPS e SAES	Secretário	Reuniões de alinhamento; Integração com outras iniciativas da SAPS voltadas para profissionais; atualização do parque tecnológico	DATASUS; SGTES; Conass; Conasems; Cosems e apoiadores; SES e SMS; SEINP/SEMS; MEC; Conselhos de profissionais e Sociedades científicas
Articular ações interna e externamente / Ampliar a oferta de serviços	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução interna no MS	Alto	Mitigar	Intensificar as ações de articulação	SAPS	Secretário	Elaborar Plano de comunicação; Organizar interlocução com demais	Conass; Conasems

							secretarias do Ministério da Saúde	
Articular ações interna e externamente / Ampliar a oferta de serviços	Baixa autonomia/ Insuficiência de interlocução externa ao MS	Alto	Mitigar	Intensificar as ações de articulação	SAPS	Secretário	Elaborar Plano de comunicação; Organizar interlocução com demais secretarias e outras entidades envolvidas	Conass; Conasems; Cosems e apoiadores; SES e SMS; SEINP/SEMS; MP; CNS; MEC; Movimentos sociais; Conselhos de profissionais e Sociedades científicas
Articular ações interna e externamente	Manutenção de Regras Obsoletas	Extremo	Evitar	Revogação expressa das portarias anteriores relacionadas a Rede Cegonha	SAPS e SAES	Secretários	Colocar na redação da portaria dispositivo de revogação expressa; realizar atividades de ampla divulgação da atualização e revogação	Conass; Conasems
Articular ações interna e externamente	Problemas de Informação e TI	Alto	Mitigar	Estratégia de Apoio Institucional	Ministério da Saúde	Secretários	Reuniões de alinhamento; Implementação do RNDs; Disponibilizar curso autoinstrucional (virtual)	Conass; Conasems
Promover ações de sensibilização, conscientização, engajamento e qualificação / Ampliar a oferta de serviços	Falta de recurso financeiro em todas as esferas de governo	Alto	Mitigar	Estratégia de Apoio Institucional	Ministério da Saúde	Secretários	Colocar na previsão orçamentária; Negociar prioridade com as demais secretarias; Elaborar e homologar plano de ação	Conass e Conasems

Um ponto importante a ser discutido no plano de resposta aos riscos, é o fato de que a Rede que trata da atenção à saúde materna e infantil, tem componentes em duas secretarias (SAPS e SAES), sendo assim, para alguns riscos, a responsabilidade deve ser compartilhada entre as duas secretarias. Destaca-se que, além das áreas técnicas do Ministério da Saúde fornecer os subsídios norteadores por meio de documentos técnicos orientativos, oficinas, ações de educação permanente, as parcerias com Conass e Conasems é uma estratégia organizacional para apoio aos estados e municípios, que pode auxiliar no enfrentamento dos riscos identificados e relacionados às alternativas constantes neste documento.

No plano de riscos apresentado, todos os controles propostos se iniciam após a publicação das portarias e são atos contínuos da gestão da rede proposta, sem data de conclusão.

DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA

Mediante o problema regulatório “Dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar e em tempo oportuno que atenda às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, do ciclo gravídico puerperal e da criança até dois anos”, e conforme destacado nas seções anteriores a partir da avaliação e da análise multicritério executada por meio do método PAH/AHP, prioriza-se a publicação de Portaria que redefine Nova Rede Temática (Nova Rede Cegonha).

Instituir a Nova Rede com foco na atenção integral e no cuidado longitudinal para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, perpassando por uma saúde materna inclusiva e de qualidade, incentivando nascimentos humanizados e seguros com vistas ao pleno desenvolvimento infantil. E ações de comunicação, educação permanente e articulação interna e intersetorial. A alternativa sugerida atualiza as portarias da Rede Cegonha de modo que novos serviços serão incorporados e sem prejuízo para a rede de atenção já consolidada.

A implementação da Nova Rede Temática inclui a parceria com estados e municípios na organização dos serviços, afim de qualificar o desenho do Planejamento Regional Integrado. O PRI será o documento orientador para a execução das fases de implementação, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da Nova Rede.

Como oferta para implementação no âmbito do MS, há a proposta de: produção de recursos educativos baseados em indicadores e evidências científicas que possam apoiar a qualificação da atenção à saúde materna e infantil; também a produção de curso de educação perinatal

autoinstrucional direcionado às mães, pais e famílias (abordagem educativa popular da gestação, do parto, do puerpério, onde deve-se incluir cuidados com o bebê, amamentação, amamentação prolongada, introdução alimentar, desenvolvimento infantil); elaboração de protocolos e recomendações sobre pré-eclâmpsia, acolhimento em situações de interrupção da gravidez, protocolo humanizado de atendimento a mulheres vítimas de violência; realização de escuta qualificada dos movimentos sociais a partir de marcos temporais definidos para firmar laços de confiança e traçar planos e metas de avanço nas políticas de combate à mortalidade; estabelecimento de parcerias com entidades da sociedade civil organizada a fim de compreender as questões sensíveis nos territórios e as lutas mais emblemáticas dos movimentos sociais, firmando acordos e estabelecendo espaços de construção conjuntos.

REFERÊNCIAS

BARRETO et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 127–133, 2021. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3709>>. Acesso em: 21 de setembro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: Saúde da Mulher Brasileira - Uma Perspectiva Integrada entre Vigilância e Atenção à Saúde, Número Especial, Março 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>>. Acesso em: 11 de setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Mortalidade infantil no Brasil; Informes gerais. Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 52, Nº 37, Outubro de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf/view>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

CHISINI, L. A.; Costa F. dos S.; Sartori L. R. M.; Corrêa M. B.; D'Ávila O. P., Demarco F. F. COVID-19 Pandemic impact on Brazil's Public Dental System. *Braz oral res* [Internet]. 2021;35:e082. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0082>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

DA SILVA, I. O. S.; DOS SANTOS, B. G.; GUEDES, L. S.; ASSIS, J. M. F.; SILVA, B. de O.; BRAGA, E. O.; MENDES, A. C. A.; RODRIGUES, S. O. Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021. Disponível em <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27297>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

DE LEÓN, G.; Thourte, M. Plan ENIA. Recorrido, logros y desafíos. Plan ENIA Travel, achievements and challenges. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Argentina Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación; 2019. 60 p.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de .; SEIDL, H.; & GAGNO, J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Em Debate*, 38. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em 12 de setembro de 2023.

FERNANDEZ et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.30, n.4, e201011, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rHQ55dwmfK5WCSGS8xDpyDt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1077–1086, 2005.

GUIMARÃES, R. M.; OLIVEIRA, M. P. R. P. B. de .; & DUTRA, V. G. P Excesso de mortalidade segundo grupo de causas no primeiro ano de pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FwN86cxgjnmbSfhxXhCCcPr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações gerais e indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>>. Acesso em: 11 de setembro de 2023.

KHAN, K.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GULNEZOGLU, M. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*, 2006.

LE H. H.; CONNOLLY M. P.; BAHAMONDES L.; CECATTI J. G.; YU J., HU H. X. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health*. 2014 Jul 16;6:663-70.

LÓPEZ-GÓMEZ, A. et al. Desarrollo de una política pública integral de prevención del embarazo en adolescentes en Uruguay. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. v. 45. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.93>>. Acesso em 10 de setembro 2023.

MAIA, L. T. de S., SOUZA, W. V. de ., & MENDES, A. da C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. *Cadernos De Saúde Pública*, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/5H3YpQRg9hyWsvKmDdmG9yG/#>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

MACEIRA, D.; OIZEROVICH, S.; PERROTTA, G.; DE LEÓN, RGP; KAROLINSKI, A.; SUAREZ, N.; ESPINOLA, N.; CAFFE, S.; CHANDRA-MOULI, V. Acceptability and continuation of use of the subdermal contraceptive implant among adolescents and young women in Argentina: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Health Matters*. 2023 Dec;31(1):2189507. doi: 10.1080/26410397.2023.2189507. PMID: 37042700; PMCID: PMC10101666.

MARTINELLI, N. L.; SCATENA, J. H. G.; CASTRO, M. de L.; SOARES, N. R. F.; CHARBEL, S. C.; SOUZA, N. F. da S.; MEDEIROS, A. R. S.; & SOUZA, D. P. O. de . Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/KqhrVCLNmTFNZPDNhYQK7S/#>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M.; VECINA NETO, G.; TASCA, R.; & FERREIRA JUNIOR, W. C. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cadernos EBAPE.BR*, 19(spe), 735–744. 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfsg/#>>. Acesso em 12 de setembro de 2023.

MELO E. C. P., KNUPP V. M. A. O. Mortalidade Materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez; 12 (4): 773-79. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/KxNpKz8tfccpZzj354yJP7x/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 20 de

setembro de 2023.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. Ginebra. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>>. Acesso em 10 de setembro de 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo. Escritório Regional África. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Mortalidade materna. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>> Acesso em 11 de set, 2023.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Tendencias de la mortalidad materna de 2000 a 2020: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA: resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud. 2023. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/372571>>. Acesso em 12 de setembro de 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. A Agenda 2030. 2015. Disponível em: <<https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

PONCE DE LEON R. G.; EWERLING F.; SERRUYA S. J.; SILVEIRA M. F.; SANHUEZA A.; MOAZZAM A.; BECERRA-POSADA F.; COLL C. V.N.; HELLWIG F.; VICTORA C. G.; BARROS A. J.D. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. Lancet Glob Health. 2019 Feb;7(2):e227-e235. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30481-9. PMID: 30683240; PMCID: PMC6367565.

REIS, A. C. B.; SCHRAMM, V. B. Guia para aplicação da análise multicritério em análise de impacto regulatório (air) no inmetro. Projeto de Melhoria da Qualidade Regulatória - PN 15.2099.8-019.00, pages 21–30. 2022.

SECURA, G. M.; ALLSWORTH, J. E.; MADDEN, T. et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010. 203(2):111-7.

TINTORI, J. A.; Mendes, L. M. C.; Monteiro, J. C. dos S., & Gomes-Sponholz, F.. (2022). Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. Acta Paulista De Enfermagem, 35. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/HYMZJ8NRfyM77wNsWHxgmsr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

UNFPA. UNFPA: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia. 2022. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>>. Acesso em 12 de setembro de 2023.

UNFPA; OPS. Reseña técnica: el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. No. de páginas: 9. Fecha de publicación: 2020. Autor: UNFPA y OPS. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

WARD, Z. J. et al. Simulation-based estimates and projections of global, regional and country-level maternal mortality by cause, 1990–2050. Nature Medicine, p. 1-9, 2023.

WHO. World Health Organization. Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/367617>>. Acesso em 12 de setembro de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Vinicius Soares Pedrosa, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 12/01/2024, às 18:27, 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 **0038387264** e o código CRC **F96C2B16**.