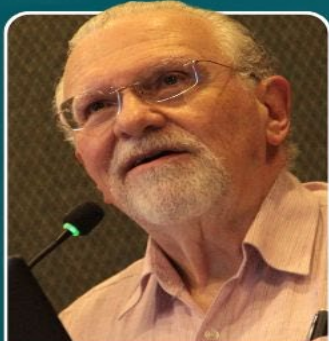


Seminário

# Mortalidade Materno Infantil

 10/06  14h  Presencial

EGC-TCMSP Av. Professor Ascendino Reis, 1130 - Vila Clementino (Portaria B)



Mediador

**Dr. José Carlos Riechelmann**

Médico obstetra, mestre pela USP e administrador em Saúde. Ex-diretor geral da Maternidade-Escola Cachoeirinha.



Palestrante

**Zilda Pereira da Silva**

Professora doutora de Epidemiologia da USP e especialista em estatísticas, sistemas de informação e inquéritos de saúde.



Palestrante

**Carmen Simone Grilo Diniz**

Professora titular da Faculdade de Saúde Pública da USP, médica e pesquisadora premiada em Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.



Palestrante

**Mariana Mendes Cruz Ferreira**

Auditora do TCMSP e supervisora responsável por auditorias na área da saúde pública municipal.

Inscreva-se no site da EGC!



# Mortalidade Materna e infantil: Situação atual e desafios

GT Gênero e GT Saúde

Escola Superior de Gestão e Contas Públicas

Simone G Diniz [sidiniz@usp.br](mailto:sidiniz@usp.br)

Faculdade de Saúde Pública USP

28 DE MAIO

DIA INTERNACIONAL DE LUTA  
PELA SAÚDE DA MULHER

DIA NACIONAL DE REDUÇÃO  
DA MORTALIDADE MATERNA

Ministério da Saúde orienta  
gestores e profissionais de  
saúde para os cuidados  
com a saúde da mulher  
**no contexto da  
pandemia de Covid-19.**

Ministério da  
**Saúde**



28  
May

40 ANOS  
SOS CORPO

Instituto  
Feminista para  
a Democracia

28 de maio

*Aumento da Mortalidade Materna  
e das ameaças aos direitos  
reprodutivos no Brasil*

# O pior de dois mundos

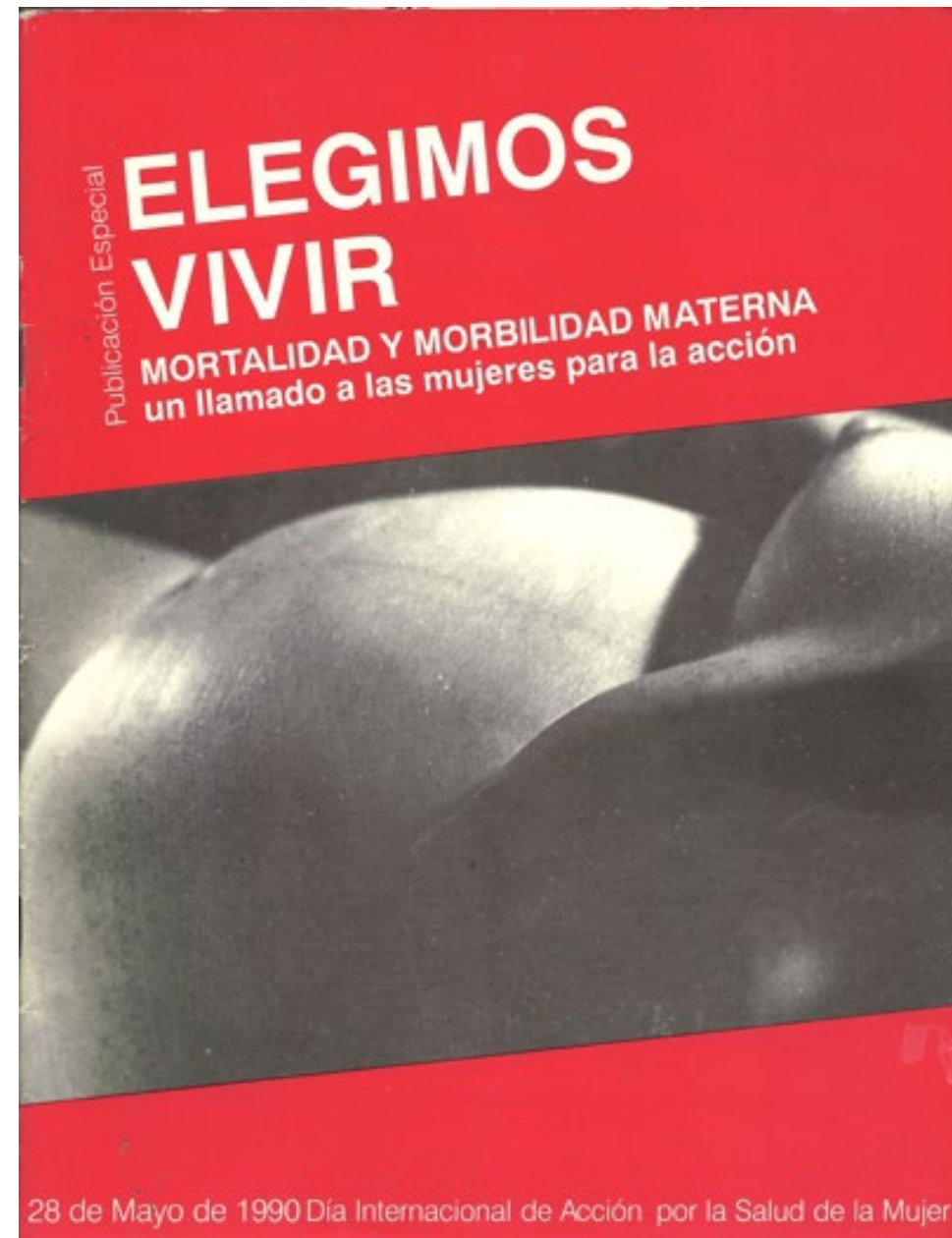
Reflexão sobre a situação da mortalidade materna e infantil no Brasil:

- Adoecimento e morte pela falta de acesso à tecnologia apropriada
- Adoecimento e morte pelo uso excessivo / inapropriado da tecnologia

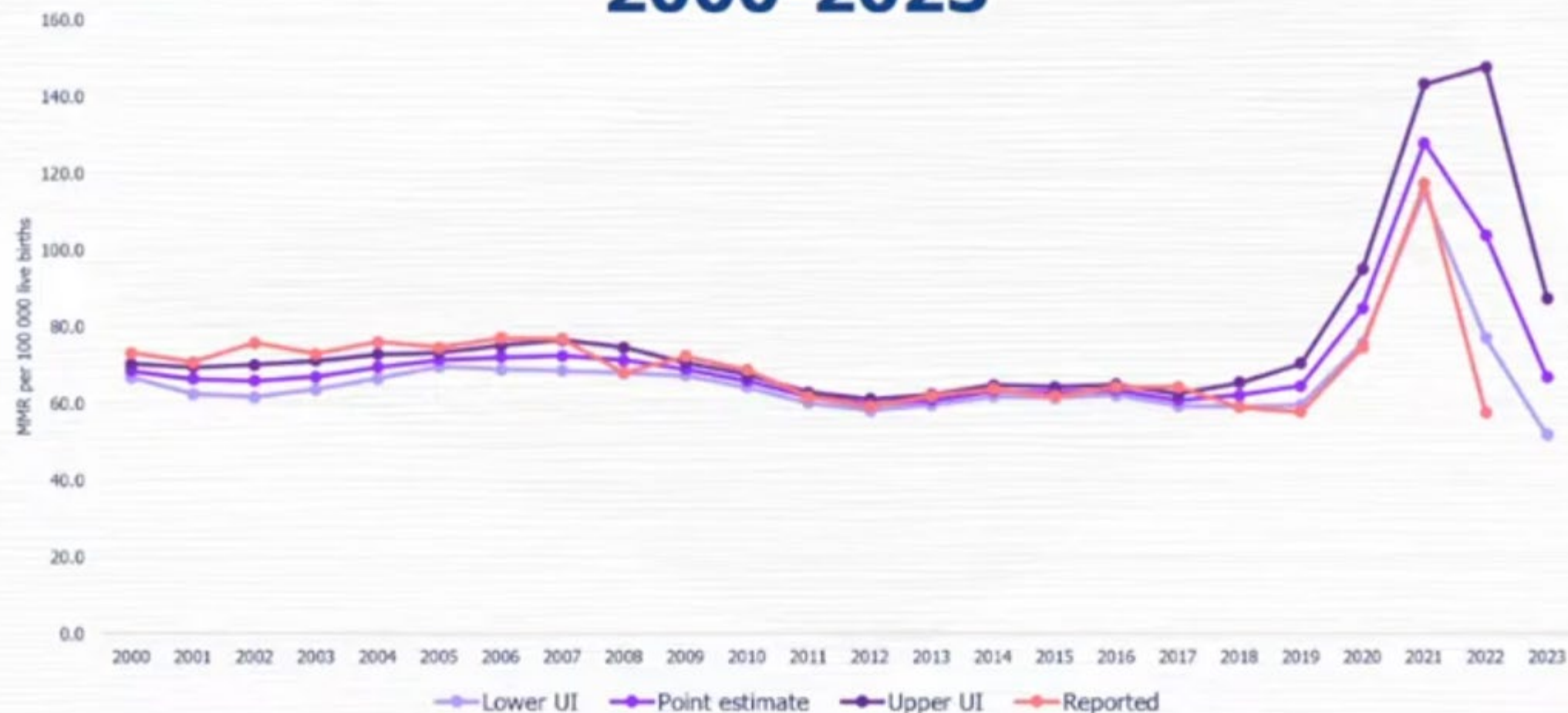


## PAISM e mortalidade e morbidade materna (1983)

Saúde da mulher - Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes (1988) pedia que fosse garantido à mulher o “direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo”

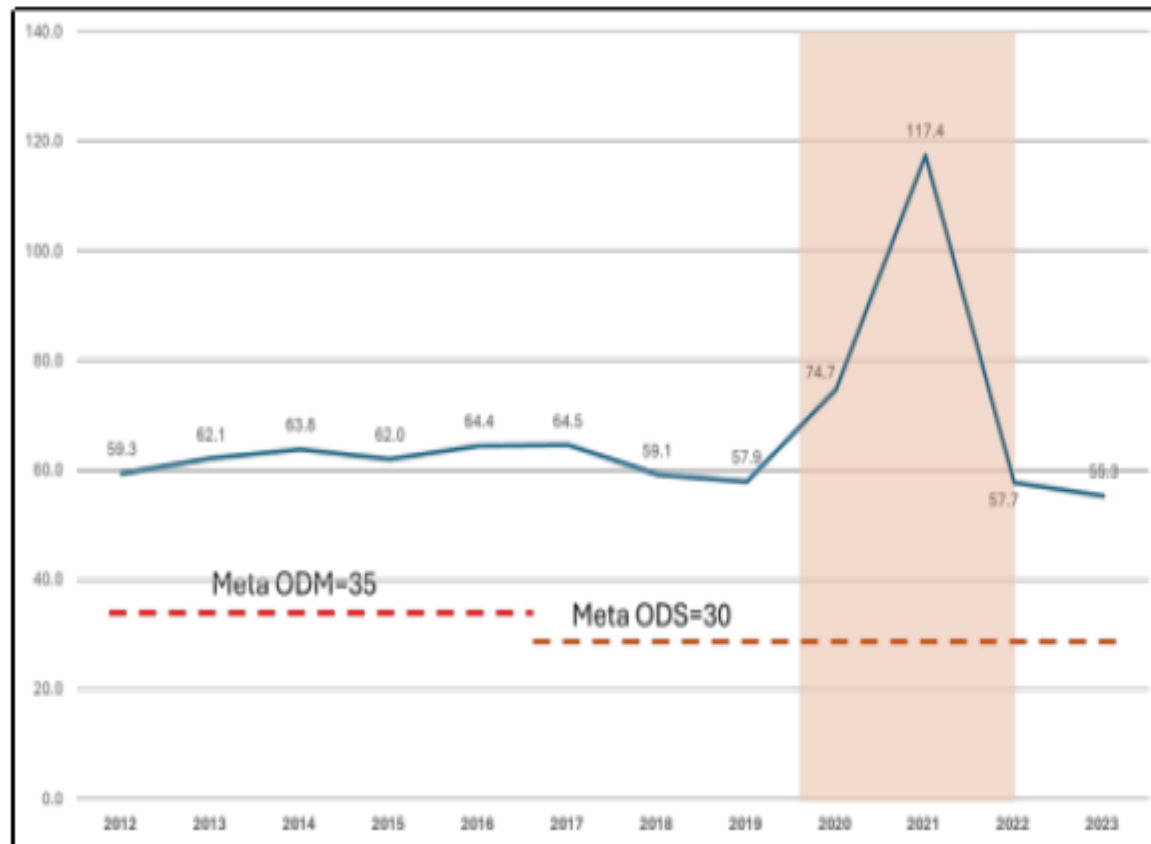


# Razão de mortalidade materna, Brasil, 2000-2023



# As metas e as dificuldades de atingi-las

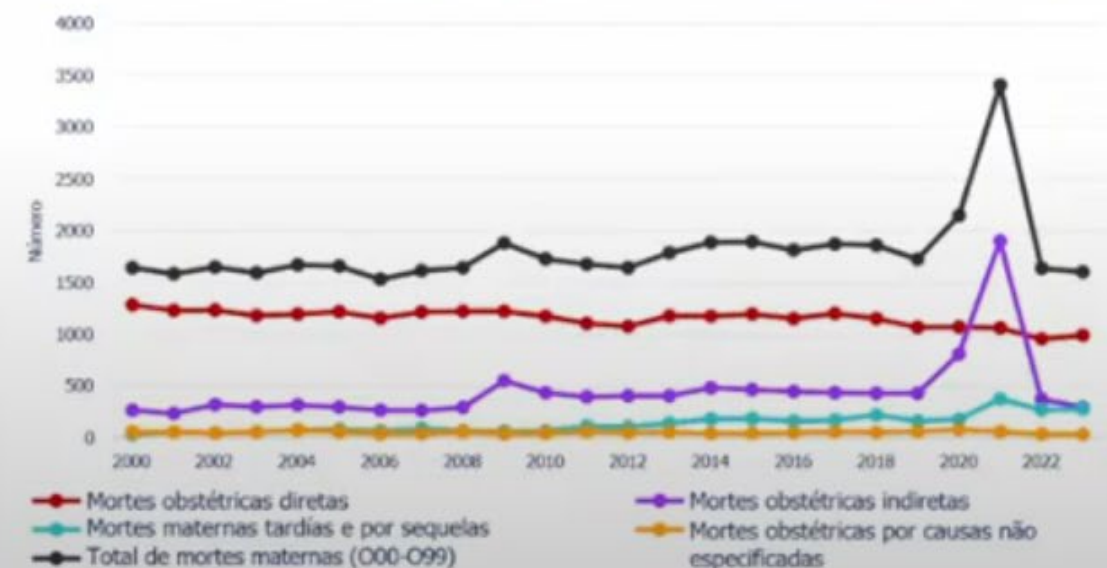
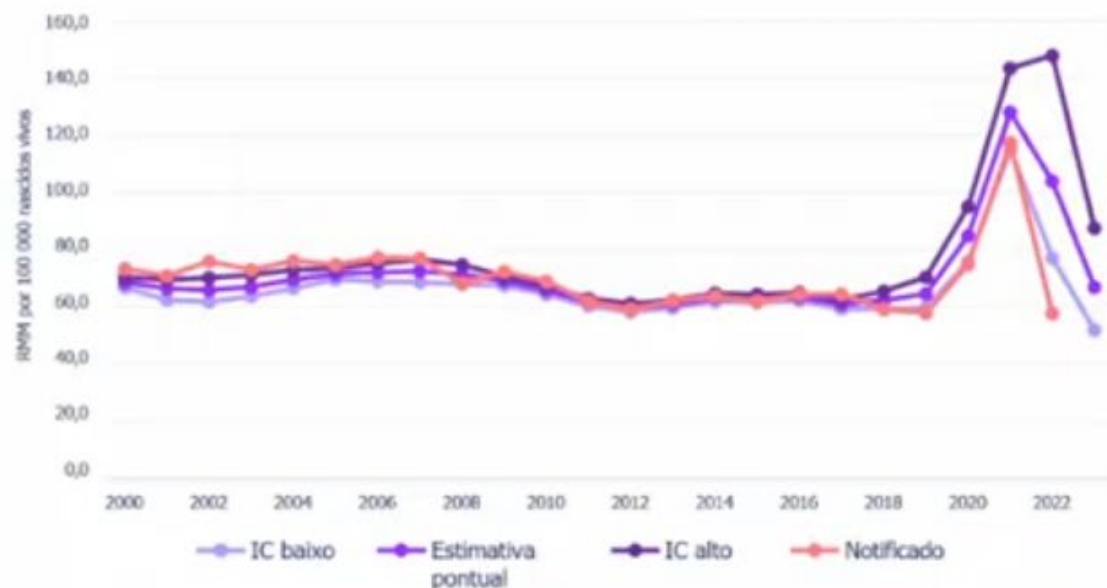
Figura 1 - Razão de Mortalidade Materna. Brasil, 2012 a 2023. Meta dos ODM (até 2015) e Meta dos ODS (a partir de 2015)



## Razões para a estagnação? Paradoxos

- Acesso ampliado a serviços, exames, pre-natal, vacinas etc
- Melhores condições maternas (educação, renda, moradia, idade, nutrição)

Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (CGIAE/Daent/ SVSA/MS).

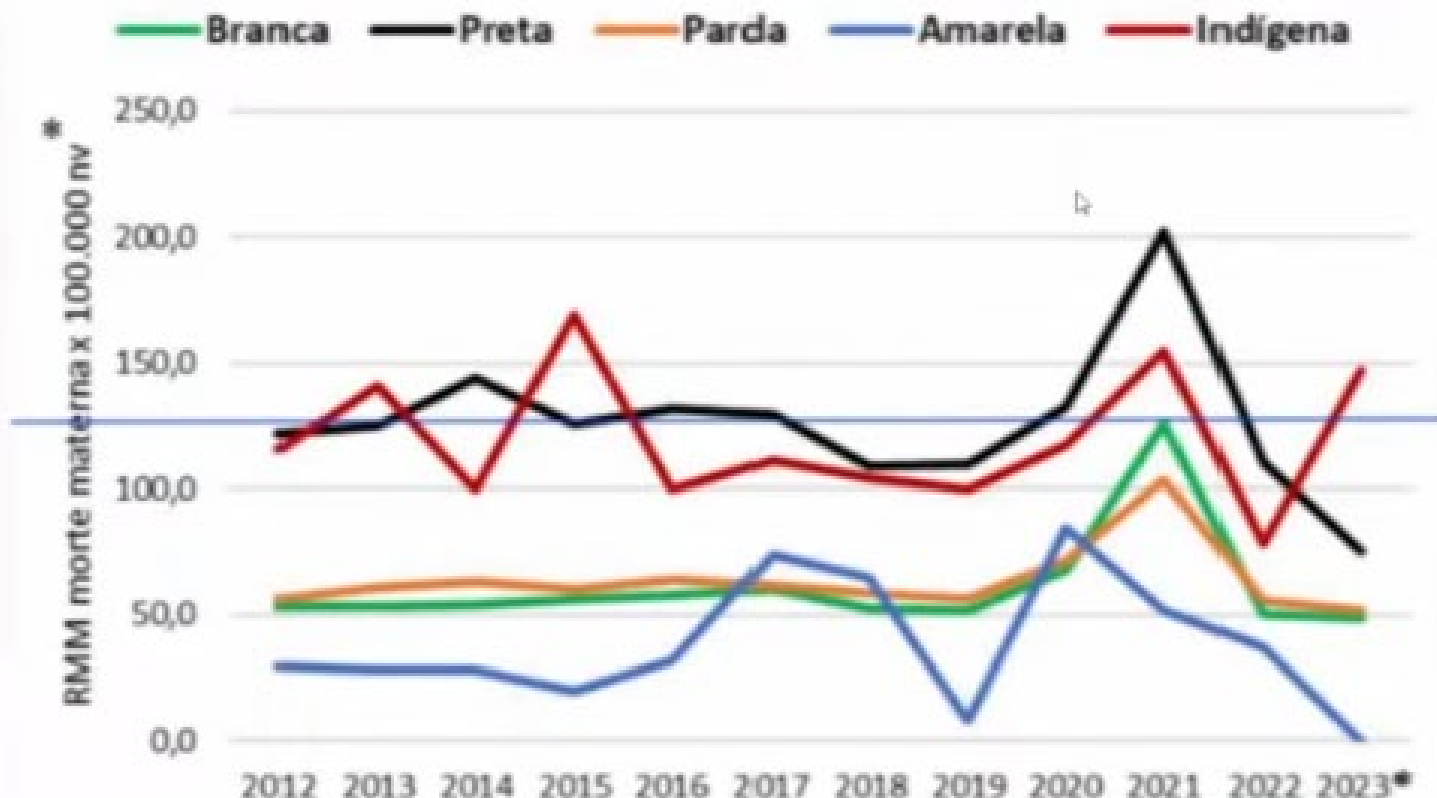


## Mortalidade materna no Brasil 2000-2023

	Anos						TRM entre 2000 e 2023 (%)	TRM entre 2000 e 2015 (%)	TRM entre 2015 e 2023 (%)	Variação total entre 2000 e 2023 (%)
	2000	2005	2010	2015	2020	2023				
RMM	68,6	71,5	66,0	63,0	84,9	66,9	-0,1	-0,6	0,8	-2,5
Mortes maternas	2375	2268	1959	1864	2302	1741	-1,4	-1,6	-0,9	-26,7

# DESIGUALDADES MÚLTIPLAS, RESPOSTAS COMPLEXAS

## RAZÃO DE MORTE MATERNA POR RAÇA/COR DE 2012 A 2023

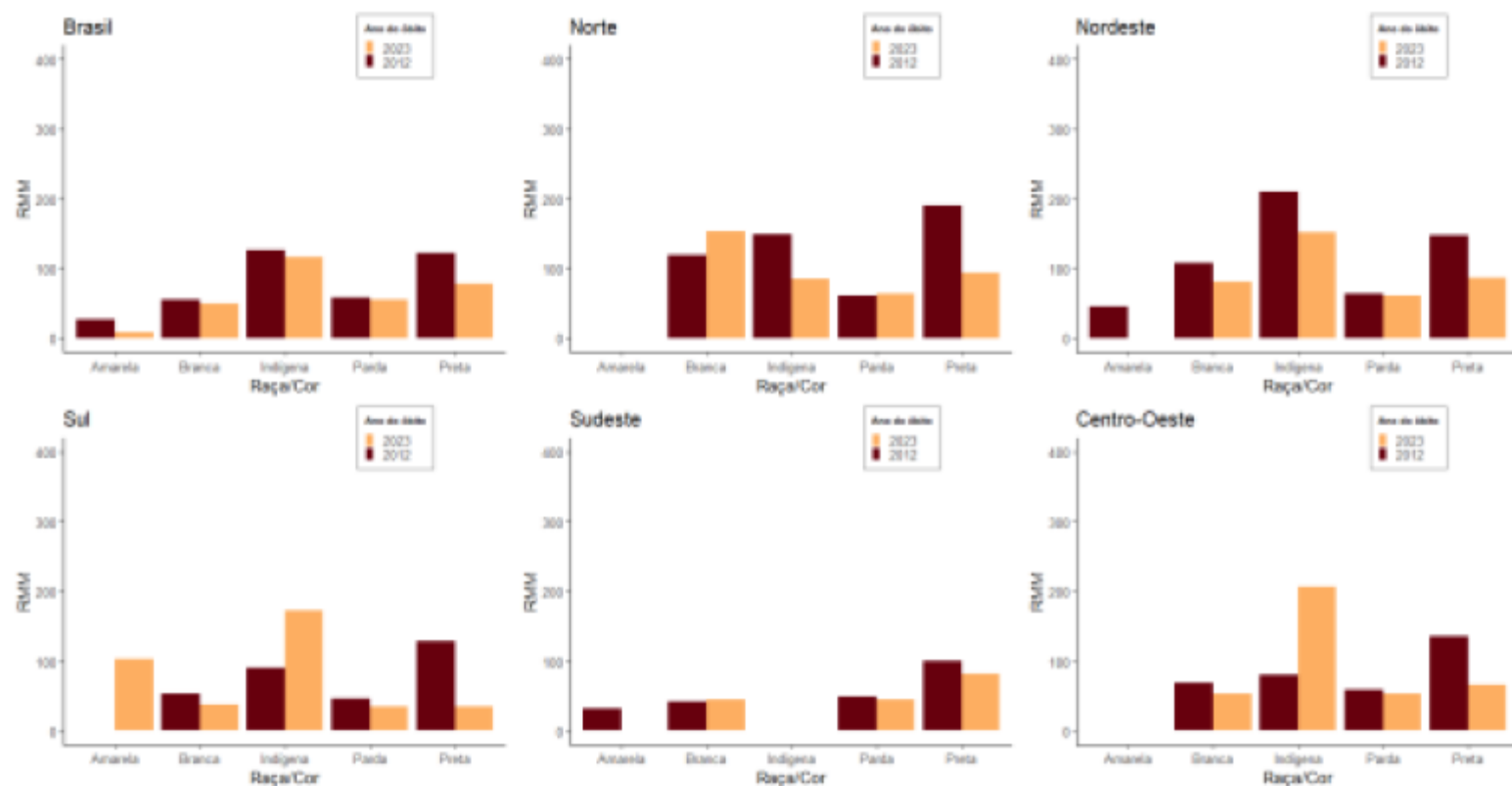


\* x 100.000 nascidos vivos

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

\*\* Dado preliminar para 2023, sujeito a alteração após o processo de qualificação pelos Estados e municípios

Figura 5 - Razão de Mortalidade Materna por raça/cor, segundo macrorregiões. Brasil, 2012 e 2023.



# Riscos aumentados de morte materna por via de parto

## Estudos caso-controlé também evidenciam maior chance de complicações maternas

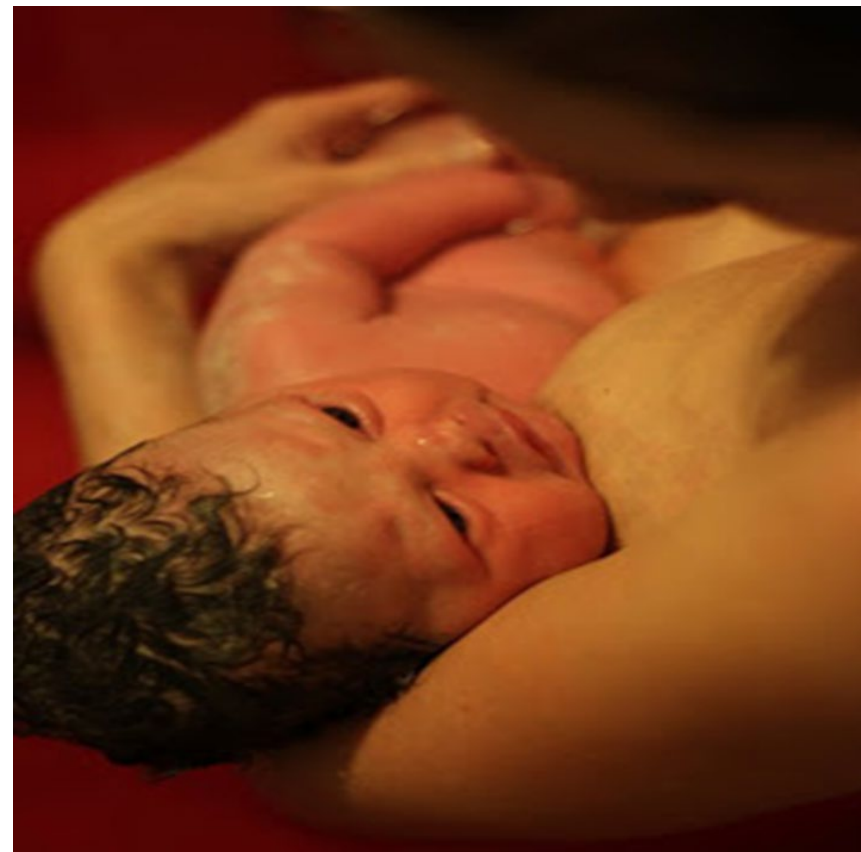
- Mortalidade pós-parto (**França** 1996-2000): OR=3,6 (2,15-6,19)<sup>1</sup>
- Mortalidade pós-parto (**Brasil** 2009-2012): OR=2,8 (1,63-5,06)<sup>2</sup>
- Morbidade grave (**Canadá** 1991-2005) OR=3,1 (3,0-3,3)<sup>3</sup>
  - ❖ Diferença para histerectomia (OR=3,2), complicação anestésica (OR=2,3), parada cardíaca (OR=5,1), tromboembolismo (OR=2,2), infecção puerperal maior (OR=3,1), transfusão (OR=0,4)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Deneux-Tharaux et al. Obstet Gynecol 2006; 108:541-8; <sup>2</sup> Esteves-Pereira et al. Plos One 2016; 11(4):e0153396.; <sup>3</sup> Liu et al. CMAJ 2007; 176:455-60.

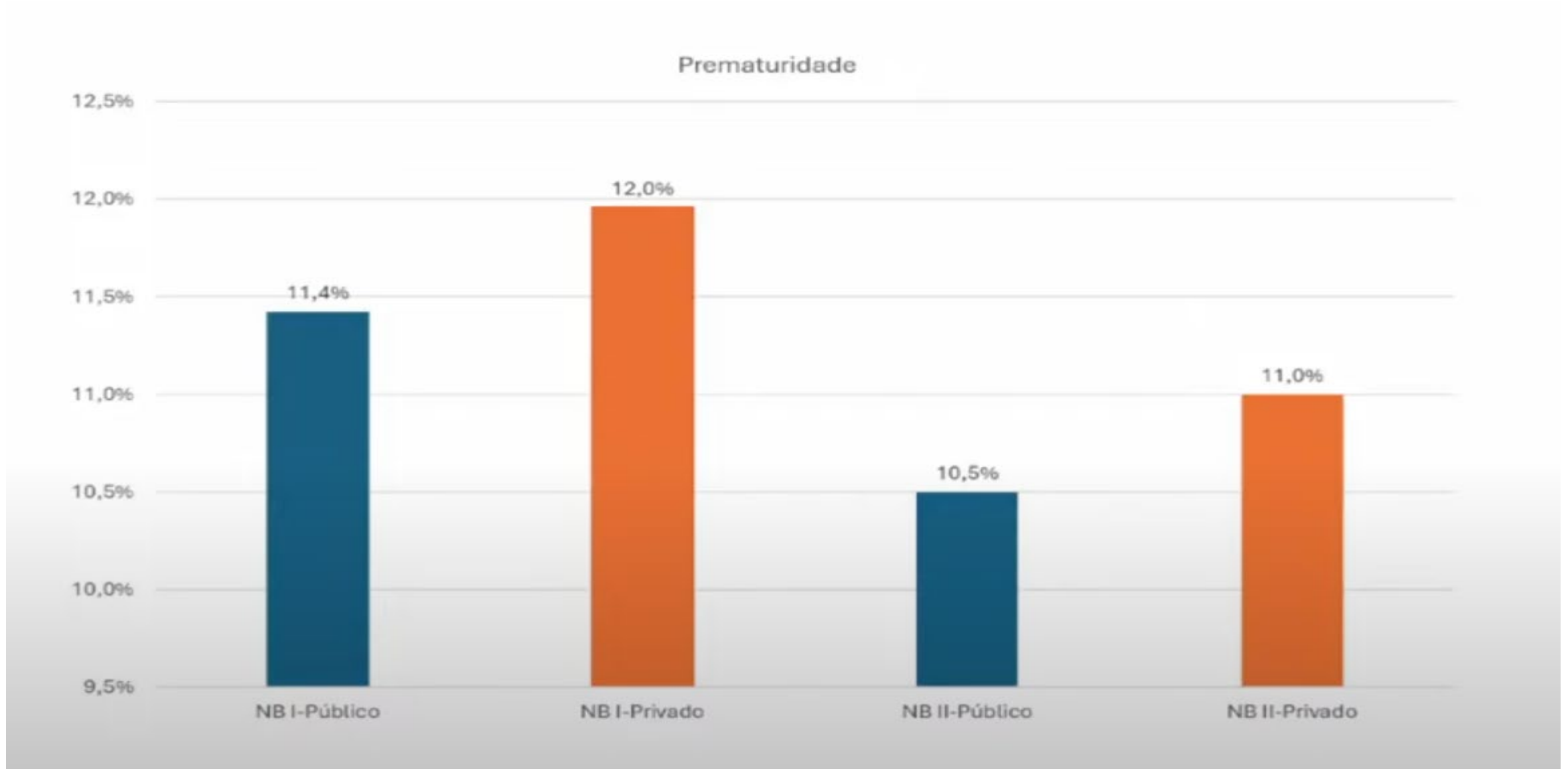


## Evidências científicas: vantagens do parto vaginal espontâneo para mãe, bebê, família, sociedade

- Bebês mais maduros
- **Trabalho de parto** e transição fetal-neonatal (respiratória, metabólica, imune, neurológica etc.)
- Transmissão do **microbioma** materno: infecções, DCNT
- Segurança materna, **near miss**
- **Hora dourada** e estabelecimento da amamentação e vínculo mãe-bebê



A prematuridade é maior nos bebês nascidos no setor privado – por que?



# Cesárea e aumento da prematuridade, morbidade, mortalidade materna e neonatal: além da dicotomia pré-termo/termo

## O PORQUÊ DA PREOCUPAÇÃO COM AS TAXAS DE CESARIANA

120 vezes maior a probabilidade de o bebê ter síndrome de **angústia respiratória**.

Cerca de **25%** dos óbitos neonatais e **16%** dos óbitos infantis são causados por **prematuridade**.

**Triplifica** o risco de **mortalidade materna**.

As mães também ficam sujeitas a **complicações** como: perda de maior volume de sangue, infecções puerperais e acidentes anestésicos.



#saúde nasredes

blog.saude.gov.br



Ministério da Saúde

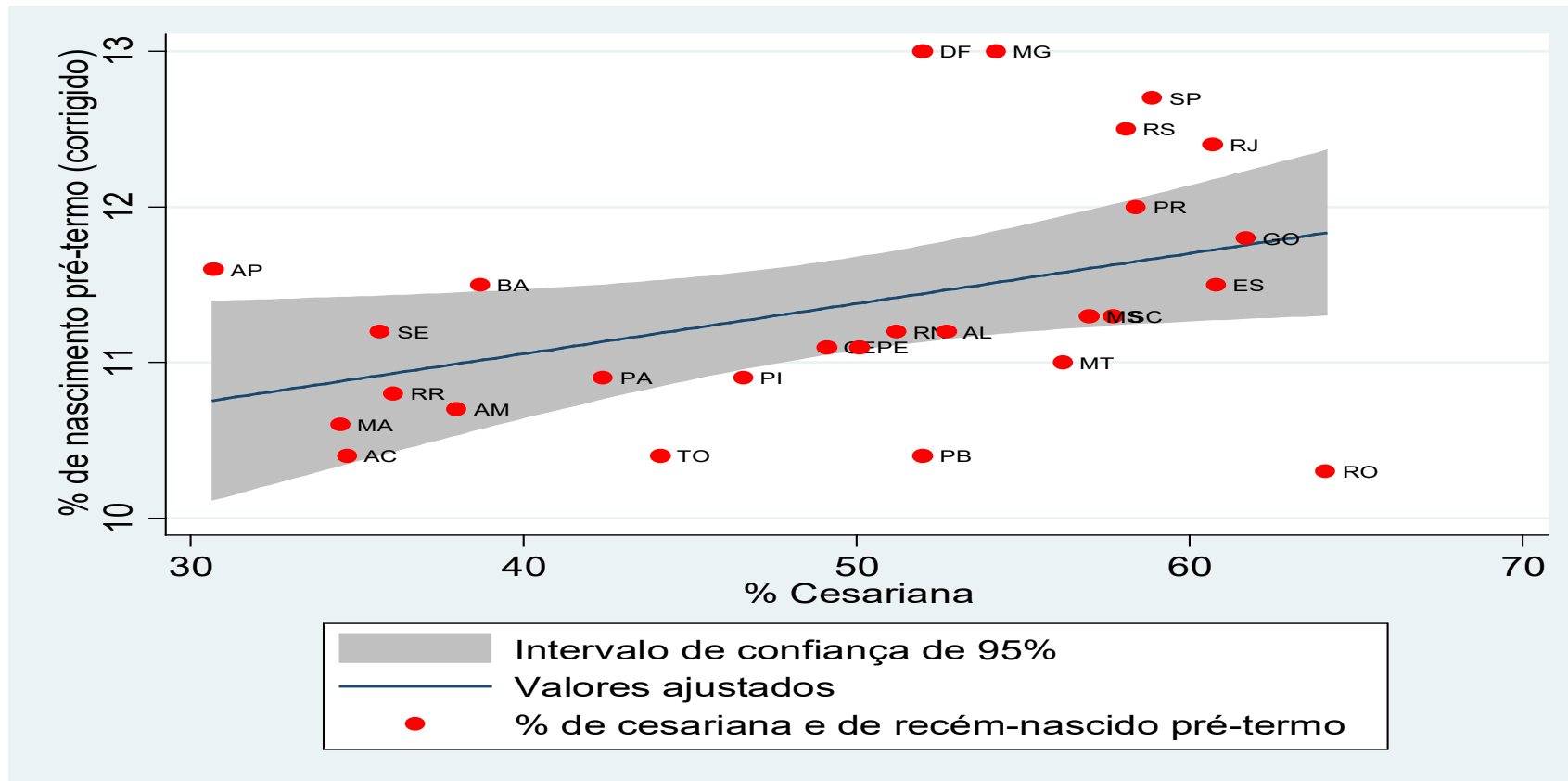
A visibilização do aumento da morbidade e da mortalidade dos bebês nascidos antes de 39 semanas completas e campanhas – teve efeito

Lançamento da campanha sobre a importância do trabalho de parto espontâneo: **"Quem espera, espera"**

9 de junho de 2017 às 8h  
Auditório Waldir Arcoverde da Sesa

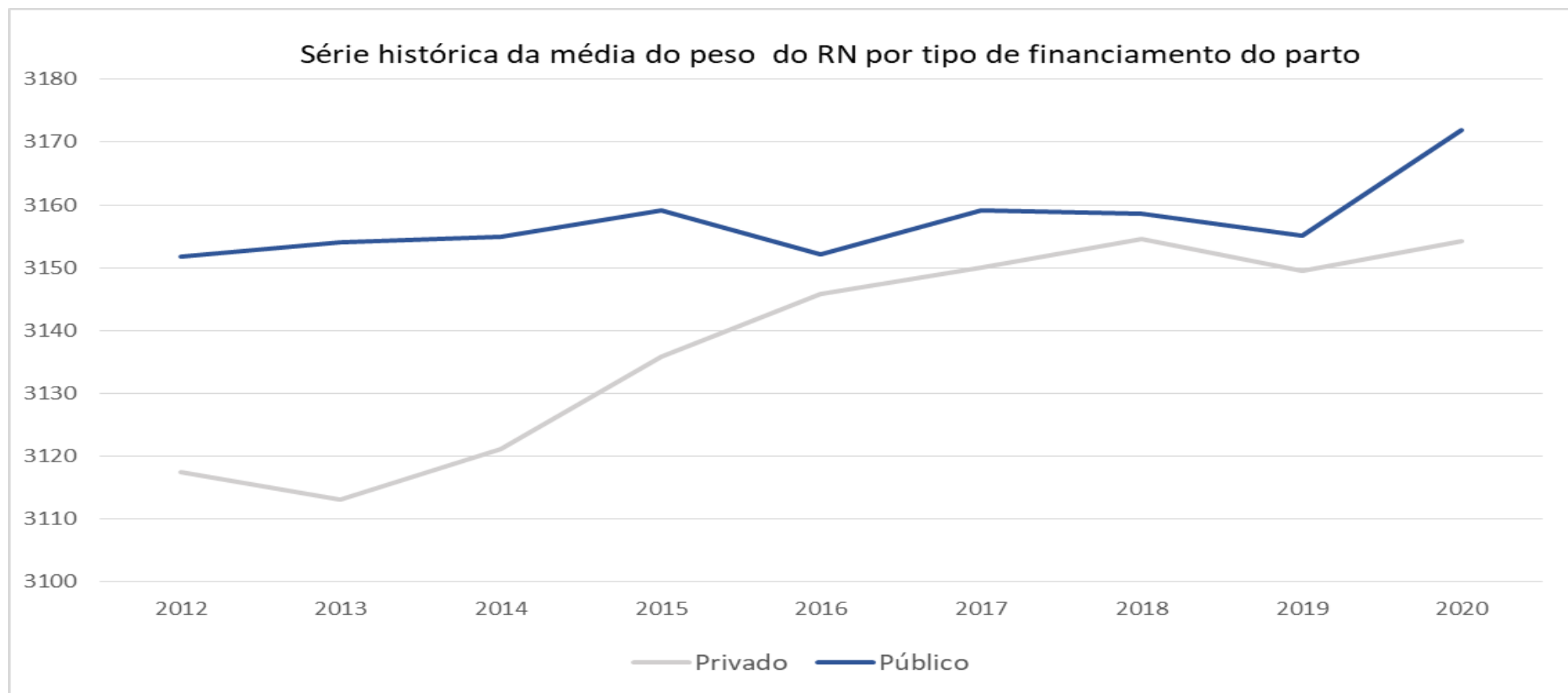


# Inversão da disparidade esperada Cesarianas e prematuridade, Brasil, 2011

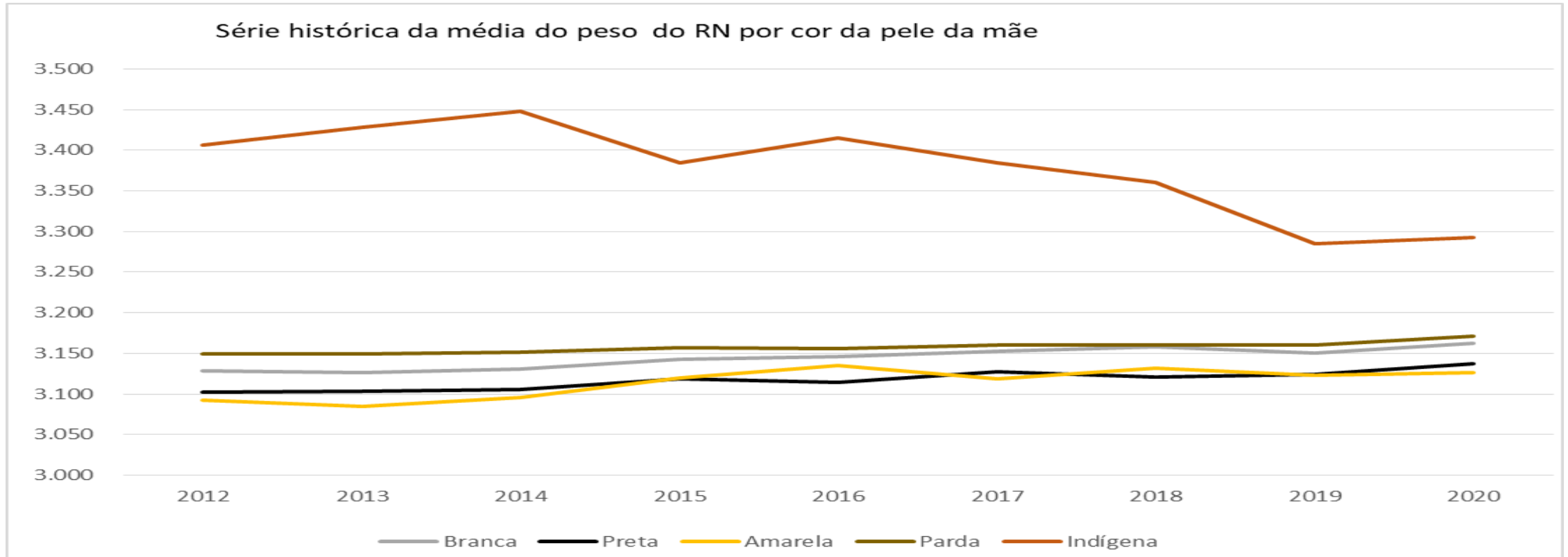


*Cesar Victora - Epidemiologia UFPEL*  
*Apresentação no XI Congresso da Abrasco julho 2015*

# Série histórica da média do peso do RN por tipo de financiamento do parto



# Série histórica da média do peso do RN por cor da pele da mãe - MSP



# TCE - Custo-efetividade dos modelos de assistência

- Cesáreas sem indicação clínica são associadas a **maior uso de unidades de terapia intensiva, cujo custo é três vezes maior** do que aquelas que não usam esse tipo de leito.
- Em revisão sistemática de complicações maternas por cesárea sem indicação, mostraram **aumento da chance de internação em UTI** nesse grupo de pacientes associado a outras complicações (Mascarello et al.2018)
- Importância da **prematuridade (<37 semanas) iatrogênica e nascimentos de termo precoce** relacionada à cesárea. Assim, as taxas elevadas são acompanhadas de complicações evidenciadas neste estudo pelo maior uso de UTI (Lansky et al. 2014)

Eis o maior equívoco: achar que a ciência está necessariamente com os médicos, e não com as pacientes. Ex.: episiotomia, kristeller. Más práticas e irracionalidade, negacionismo.

“Com o fortalecimento da autonomia da gestante, o plano individual de parto passou a exigir do obstetra uma atuação ainda mais consciente, humana e respaldada. A construção de uma assistência segura depende da compatibilização entre os limites da *ciência médica* e os *desejos expressos* pela paciente.”\*

\* <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-direito-medico-e-bioetica/434688/plano-de-parto-autonomia-limites-e-preparo-juridico-do-obstetra>

Porque a cesárea leva a mais doenças crônicas? **A**  
evidência biológica



Modo de nascer e risco aumentado de obesidade e doenças crônicas (asma, diabetes, alergias, certos cânceres, etc.):

### Vaginal Delivery



vs.

### Cesarean Delivery



Introduced to Vaginal Microbes: Lactobacillus

Introduced to Skin Flora: Staphylococcus

Normal Introduction of Gut Microbes

Abnormal Microbial Introduction

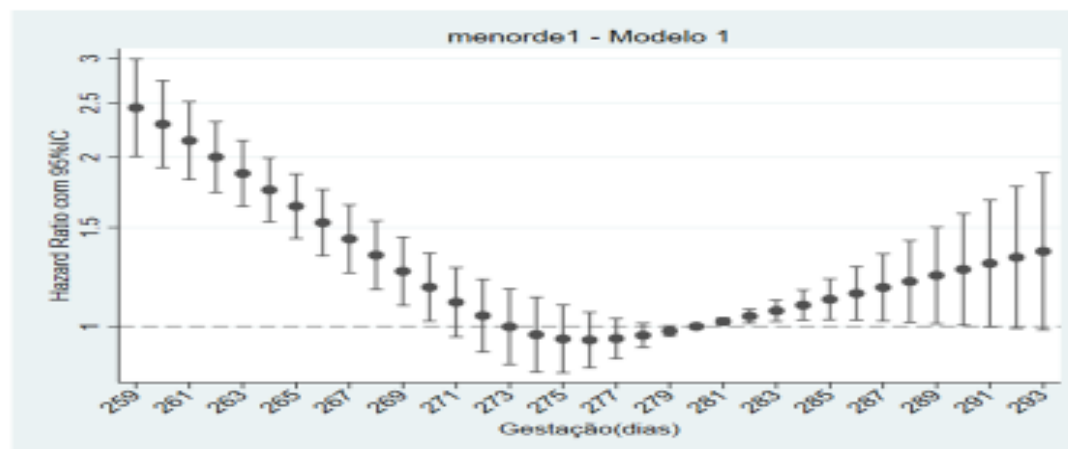
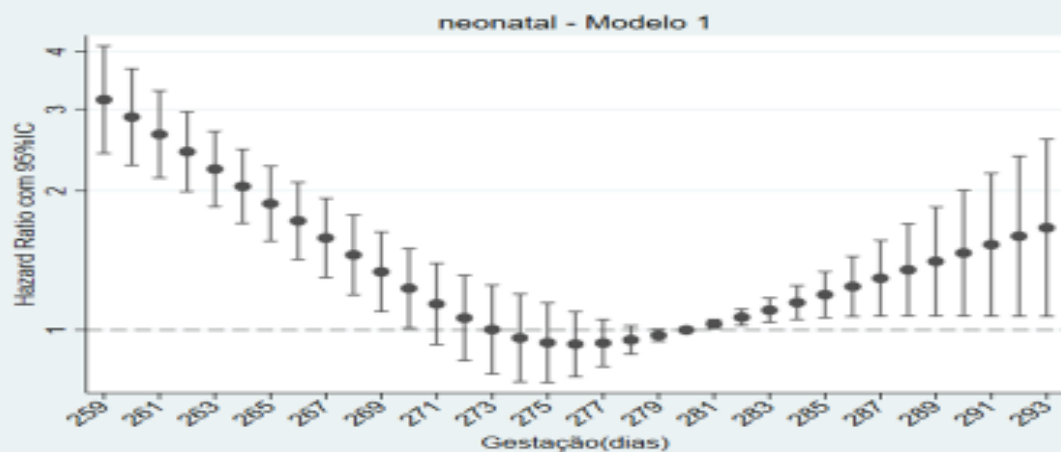
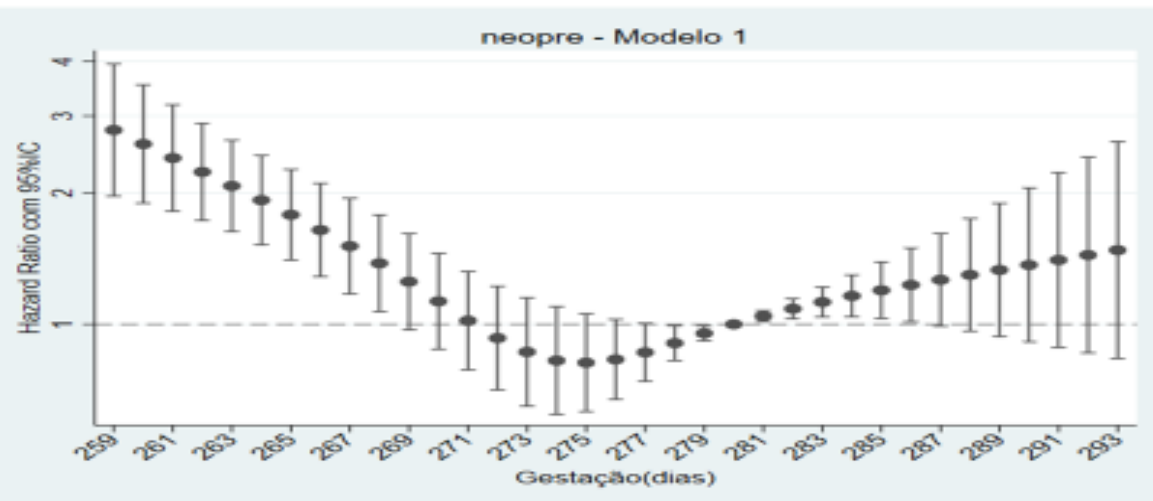
Normal Development of the Immune System  
•Production of specific cytokines for proper immune system development

Disrupted Intestinal Microbial Colonization  
•Increase risk for Atopic Diseases, Asthma, Allergic Rhinitis, and Celiac Disease  
•Association: Delayed Onset of Lactation  
•Lack Breast Milk Support for Gut Flora

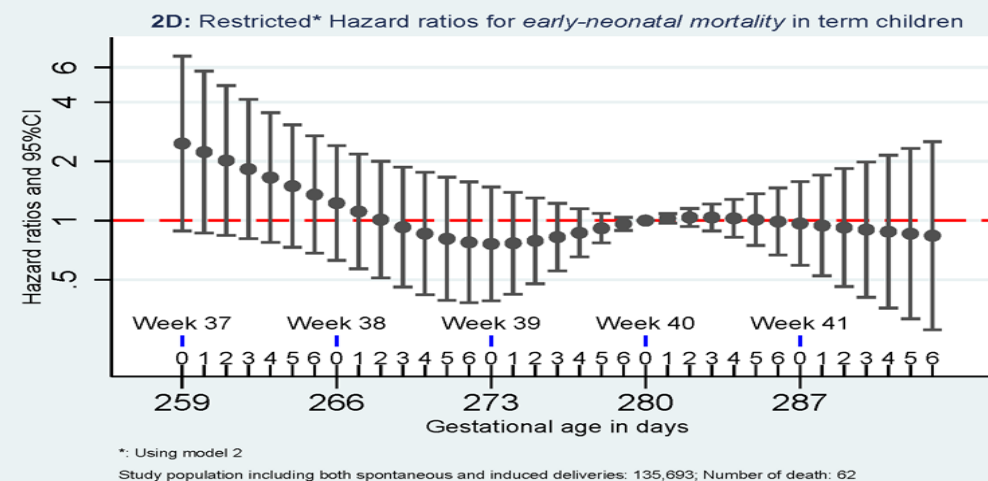
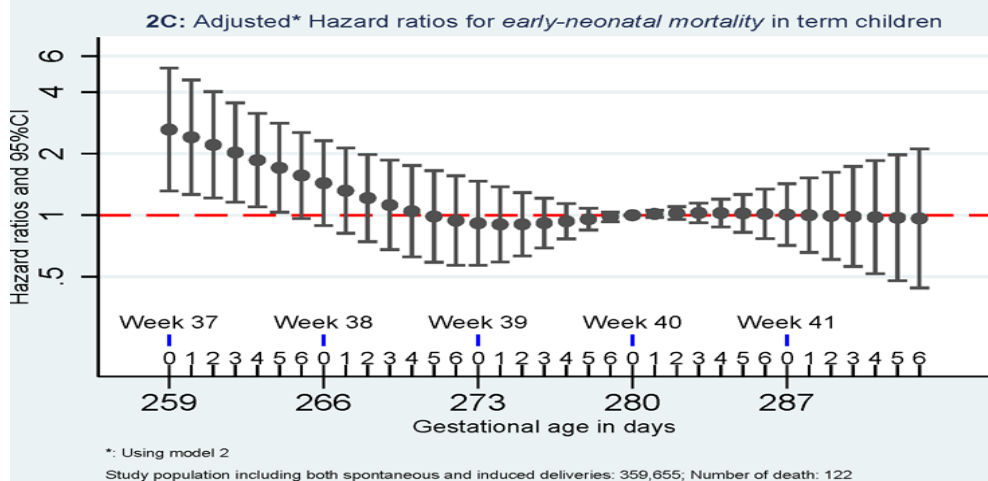
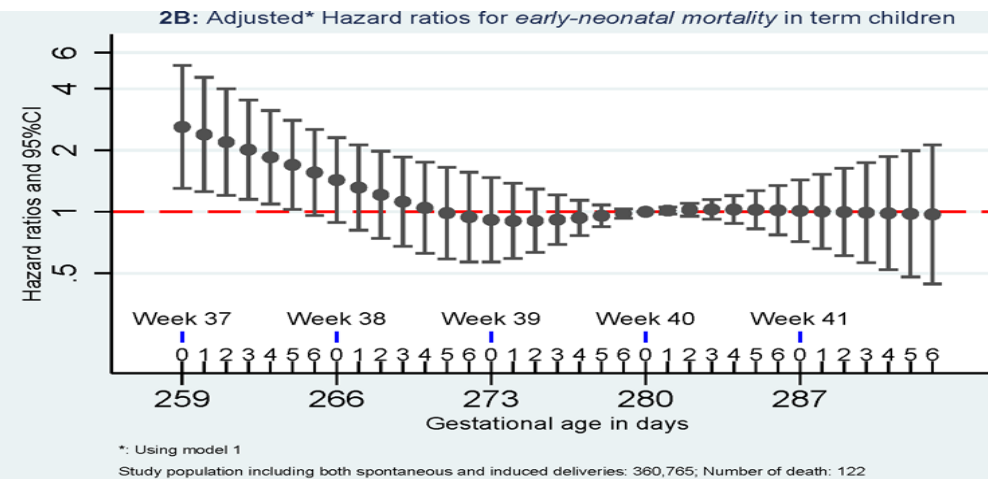
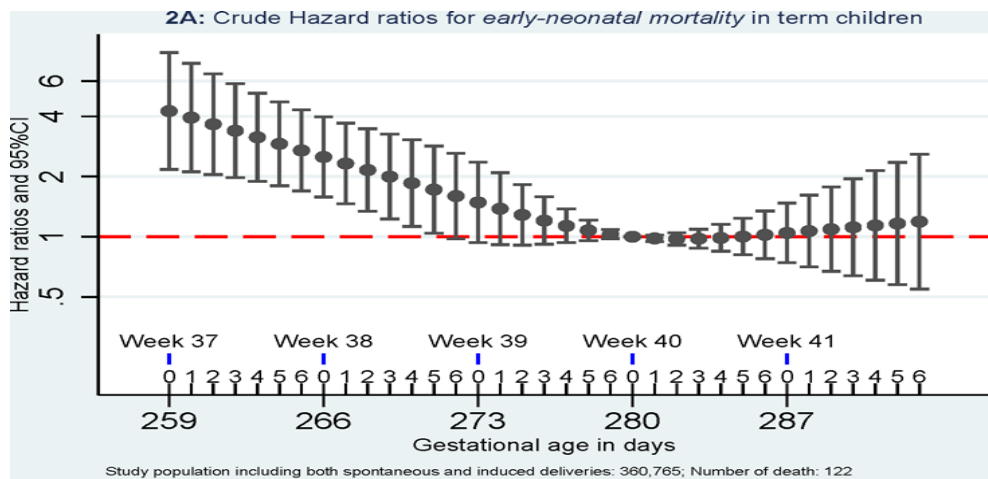
*Richardson; 2013*

# Granularidade – cada dia conta! IG em dias disponível no SINASC desde 2012

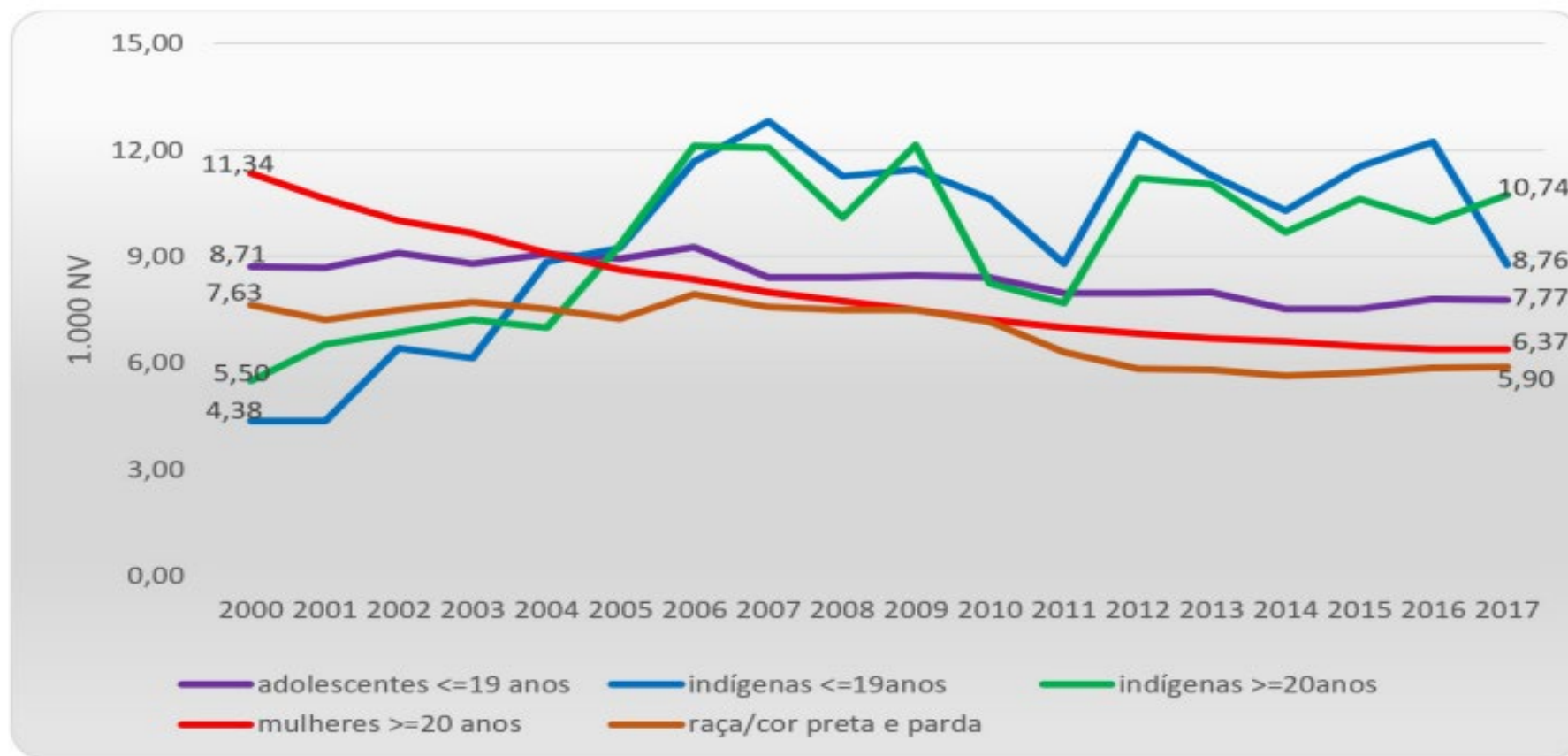
Hazard Ratio para mortalidade neonatal e infantil MSP (2012-19)



# Tendências na mortalidade por todas as causas em idade gestacional em dias para crianças nascidas a termo - Dinamarca



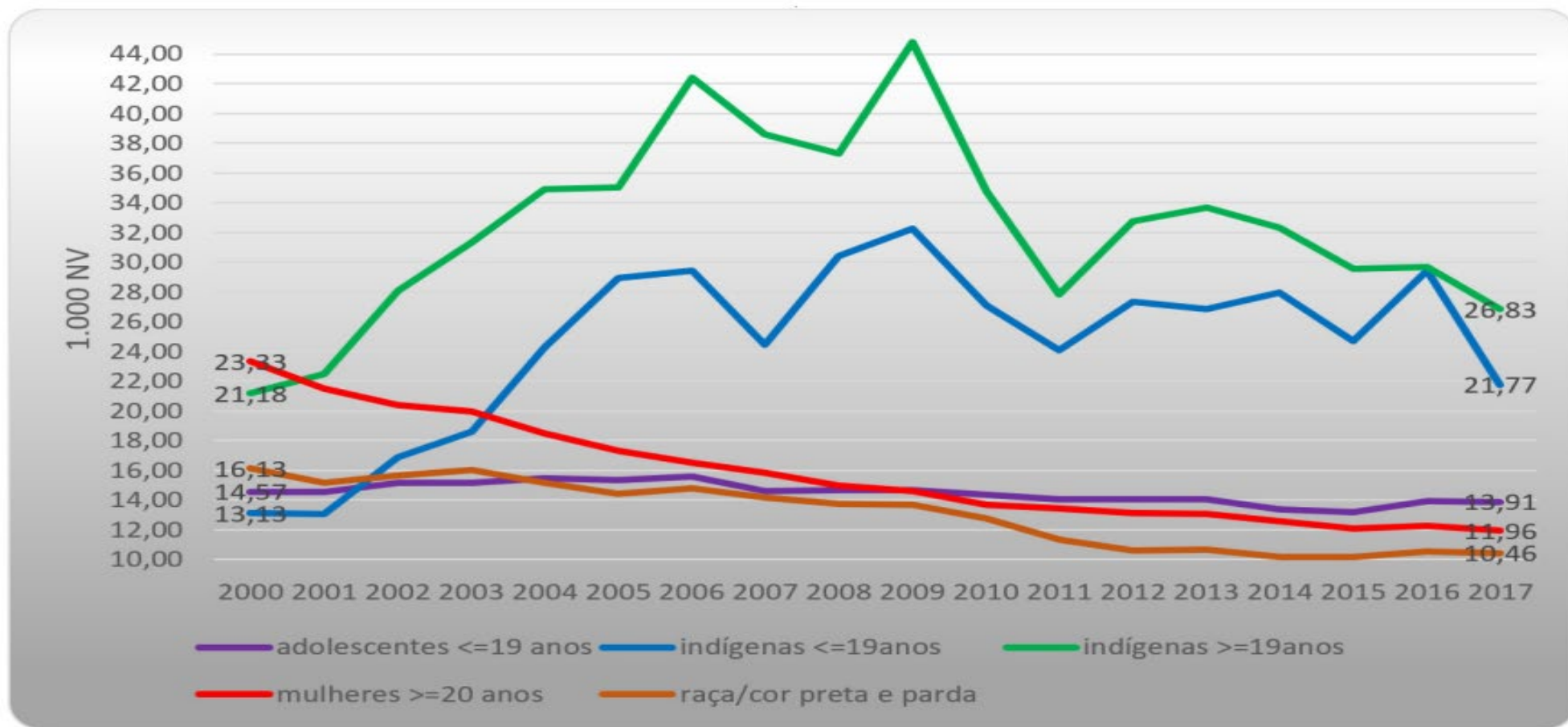
**Gráfico 9: Coeficiente de mortalidade neonatal precoce segundo características selecionadas da mãe.  
Brasil, 2000-2017.**



Fonte: Sim; Sinasc.

Nota: Cálculo direto, sem uso de fator de correção.

**Gráfico 8: Coeficiente de mortalidade infantil segundo características selecionadas da mãe.  
Brasil, 2000-2017.**

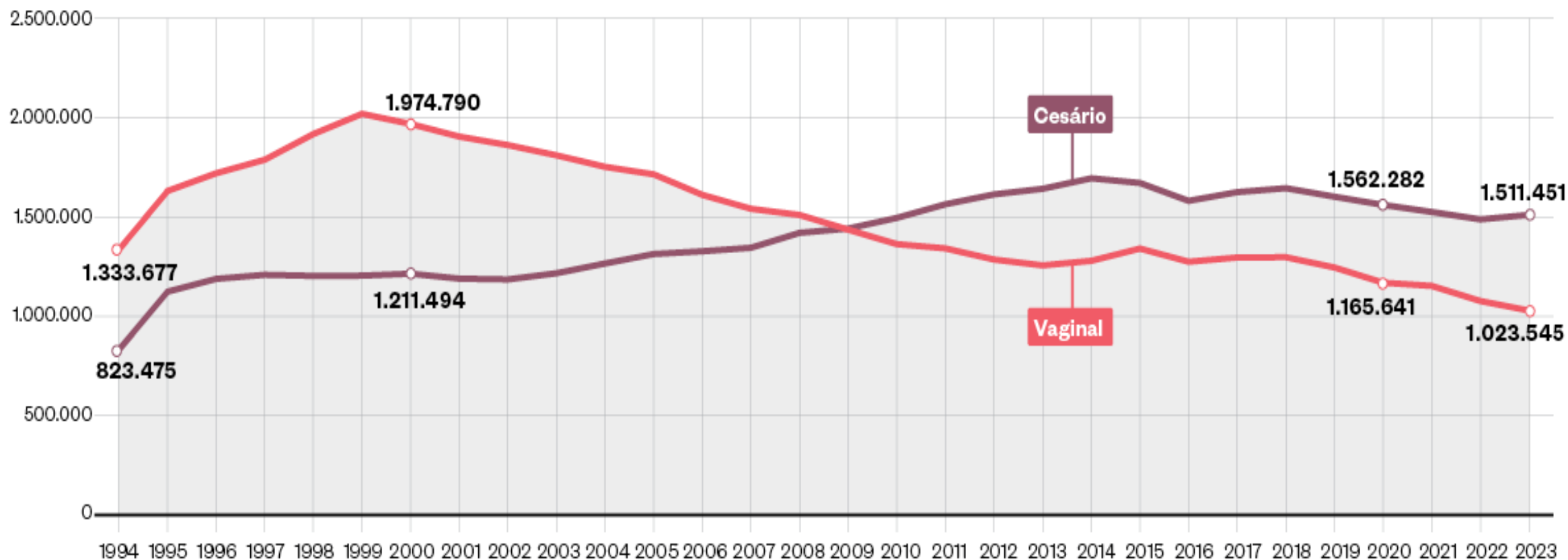


Fonte: Sim; Sinasc.

Nota: Cálculo direto, sem uso de fator de correção.

# Como nascem os brasileiros

O gráfico mostra a evolução dos diferentes tipos de parto no país nos últimos 30 anos

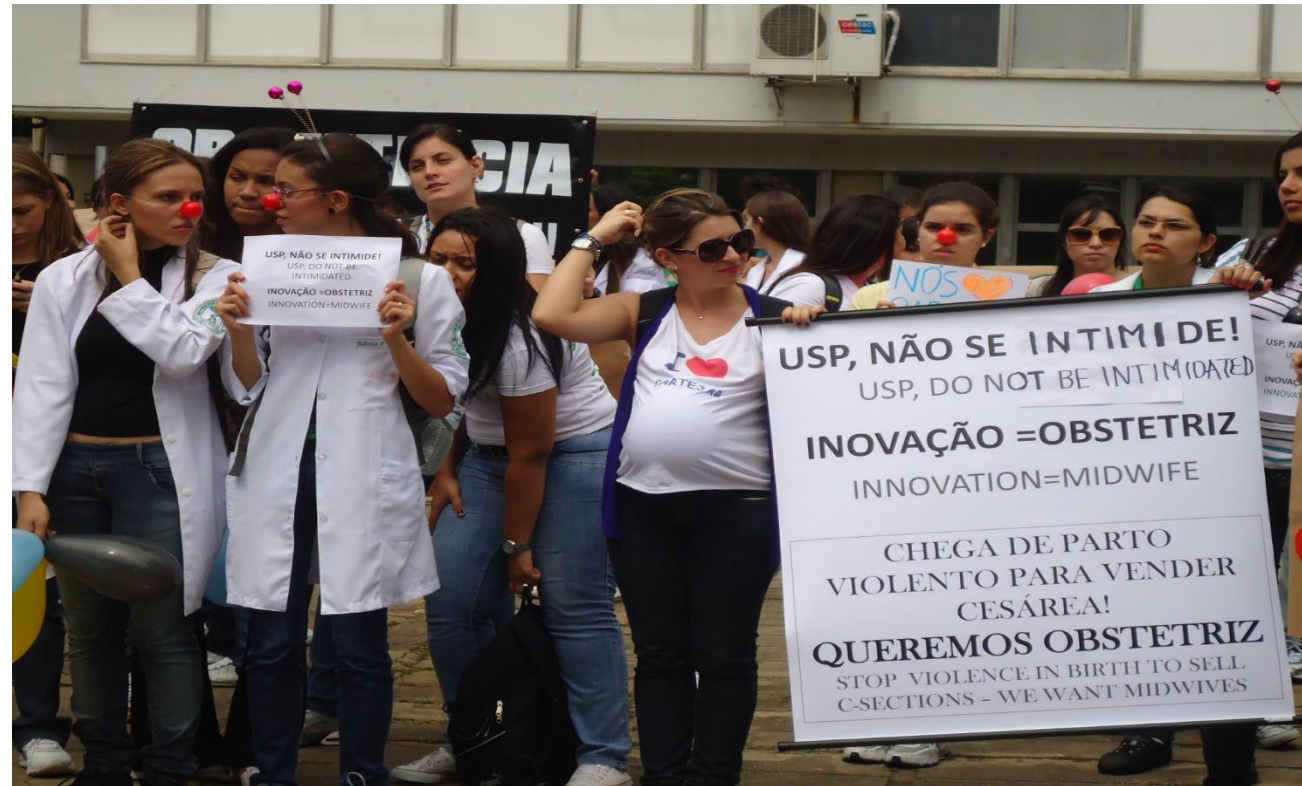


FONTE MS/SVSA/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

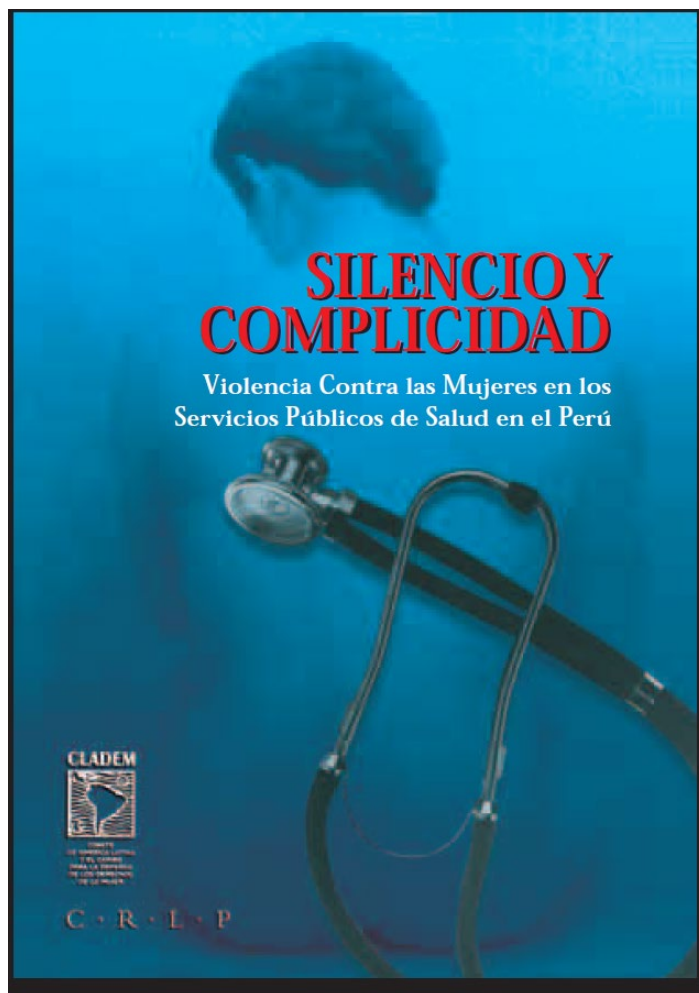
Por que tanta cesárea no Brasil?

“Chega de parto violento para vender cesárea”

Cesárea como (comparativamente) “menos insegura”

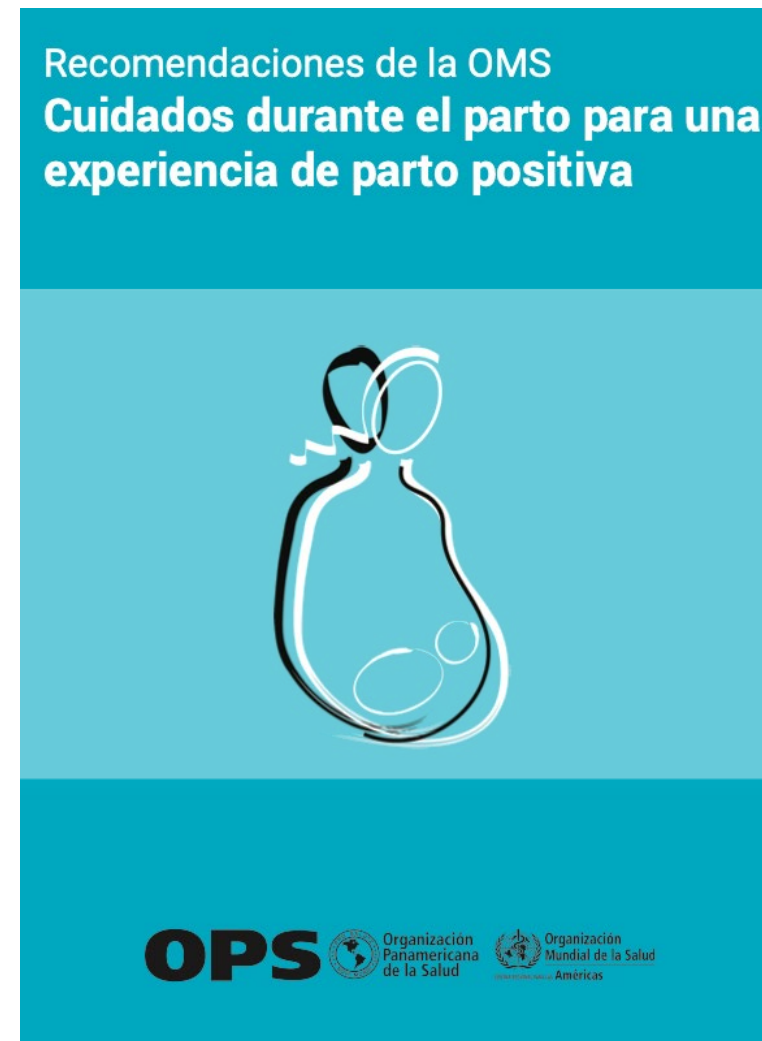
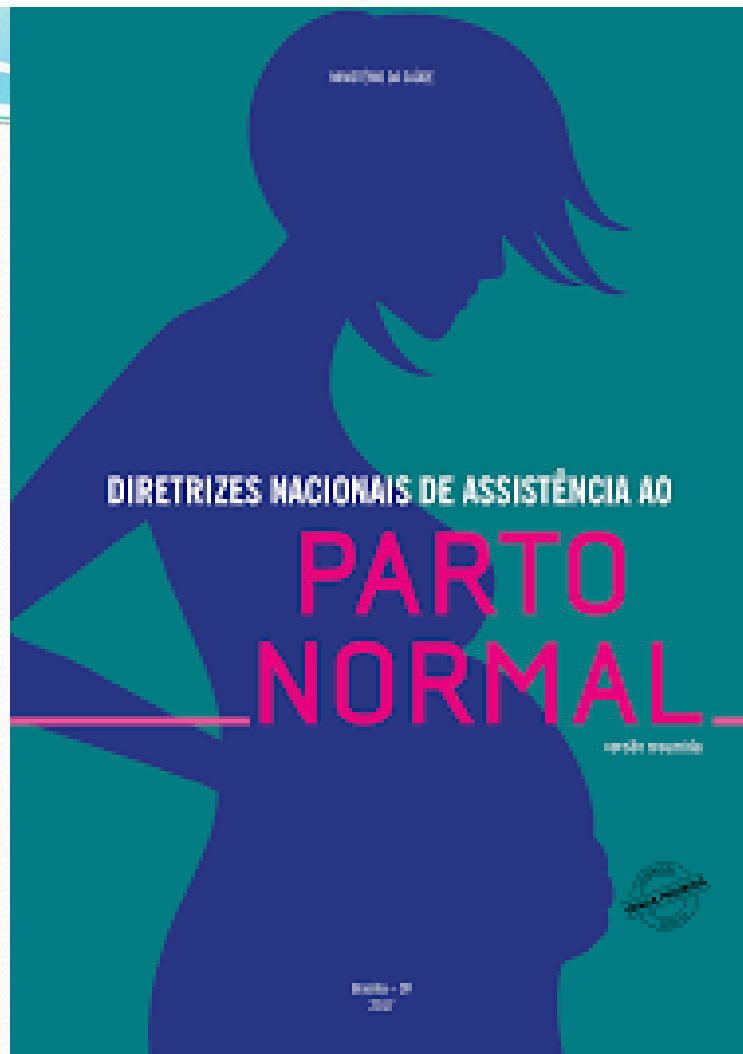
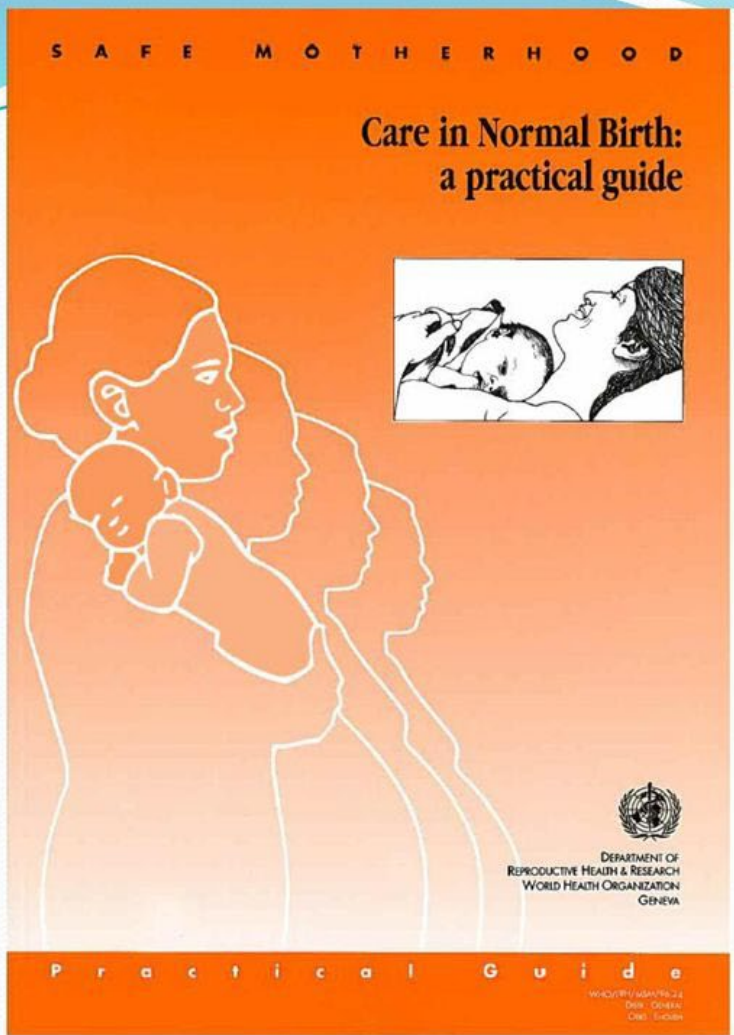


# Direitos Humanos no Parto, várias iniciativas na década de 1990/2000 – ReHuNa, RFS, RPP



# Grandes mudanças na concepção de “ parto”

Medicina baseada em evidências e os novos protocolos de assistência – OMS – Últimos 30 anos



# Interseccionalidades e assistência diferenciada no parto

## Gênero, maternidade, hierarquias sexuais\*, discriminação e violência

Todas as combinações/ sinergias são possíveis: interseccionalidades



### Hierarquias de maternidades



A respeitabilidade da maternidade/ reprodução é dependente daquela da parceria sexual



Branças, casadas, heterossexuais, >=classe média

Solteiras      Adolescentes, “idosas” (>35)

Doentes em geral (diabetes, lupus, HA)

Pobres      Negras, nordestinas

Lésbicas      Deficientes físicas

Soropositivas (HIV, sífilis etc)

Doentes mentais      Transgender

Usuárias de drogas

Moradoras de rua

Trabalhadoras do sexo

Presidiárias

\*Baseado em Gayle Rubin (1984) *Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality*, in *Carole Vance, ed., Pleasure and Danger*, (Routledge & Kegan, Paul, 1984)  
Mattar, L. Diniz, CSG.

# Histórias de sucesso e desafios: o papel dos movimentos de mulheres

> **Participar** Dia 14 de outubro, às 19h, no Plenário da Câmara Municipal.

## Audiência Pública

# PÚBLICA

ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO



### "1 EM CADA 4 BRASILEIRAS SOFRE VIOLÊNCIA DURANTE O PARTO"

A Câmara Municipal de Campo Grande, MS, através do vereador Odilon de Oliveira tem a honra de convidar Vossa Senhoria para a Audiência Pública sobre "Violência Obstétrica".

**SUA PRESENÇA É MUITO IMPORTANTE!**

14 DE AGOSTO 19H

PLENÁRIO EDROIM REVERDITO  
AV. RICARDO BRANDÃO, 1400  
VILA MANOEL DA COSTA LIMA



## AUDIÊNCIA PÚBLICA

### POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E ACOMPANHAMENTO DE DOULAS ÀS GESTANTES

Em debate, o projeto de lei 56/2016, que "garante a presença de doulas durante o trabalho de parto e pós-parto nas maternidades, casas de parto e os estabelecimentos hospitalares e congêneres, das redes pública e privada". A presença de todos é importante para tornar ainda melhor esta iniciativa.

**03 DE AGOSTO DE 2016**



## AUDIÊNCIA PÚBLICA

### Violência Obstétrica e Parto Humanizado em Sorocaba

**TERÇA-FEIRA - 08 de Abril, às 19h**  
na Câmara Municipal de Sorocaba  
Avenida Eng. Carlos Reinaldo Mendes,  
nº 2.945, Alto da Boa Vista

Organização  
**Vereador Izidio (PT)**  
Fone: 3238-1144



FOTOGRAFIA: DUAS ESTÚDIO

# É AMANHÃ!

**17.05 | 09H**

## AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE O PARTO HUMANIZADO EM NATAL

NATÁLIA VEREADORA BONAVIDES

CÂMARA MUNICIPAL DE NATAL  
RUA JUNDIAÍ, 546, TIROL



Convite

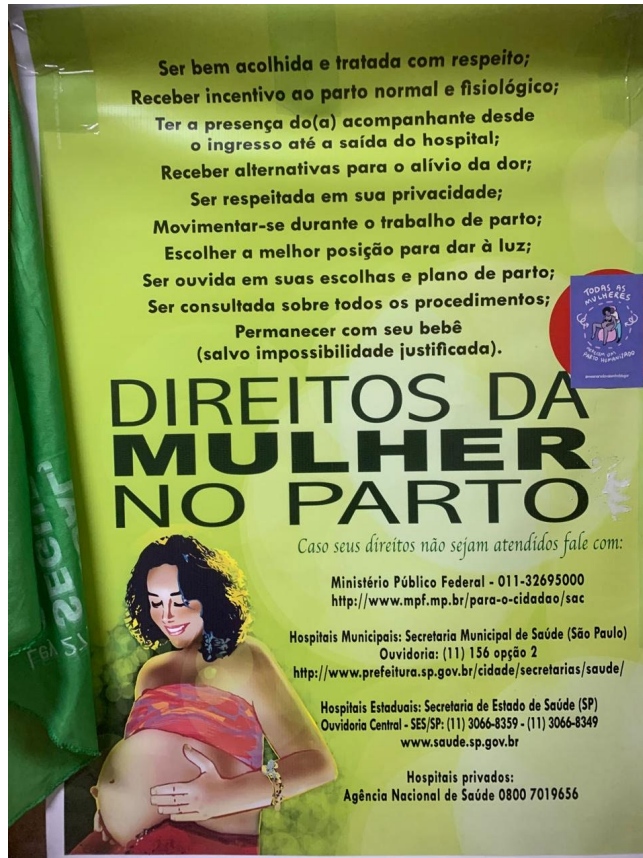
### Audiência Pública

O Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP) tem a honra de convidar V. Sª para participar da Audiência Pública sobre a **Humanização do Parto e Nascimento: é possível mudar a forma de nascer?** Será realizada no dia 21 de dezembro de 2016 às 08h30, no Plenário da Câmara Municipal dos Vereadores de Lagoa Grande/PE.

Contamos com sua valiosa presença!

Realização:    

# Direitos no parto



Ter bem acolhida e tratada com respeito;  
Receber incentivo ao parto normal e fisiológico;  
Ter a presença do(a) acompanhante desde o ingresso até a saída do hospital;  
Receber alternativas para o alívio da dor;  
Ser respeitada em sua privacidade;  
Movimentar-se durante o trabalho de parto;  
Escolher a melhor posição para dar à luz;  
Ser ouvida em suas escolhas e plano de parto;  
Ser consultada sobre todos os procedimentos;  
Permanecer com seu bebê (salvo impossibilidade justificada).

**DIREITOS DA MULHER NO PARTO**


Caso seus direitos não sejam atendidos fale com:

Ministério Público Federal - 011-32695000  
<http://www.mpf.mp.br/para-o-cidadao/sac>

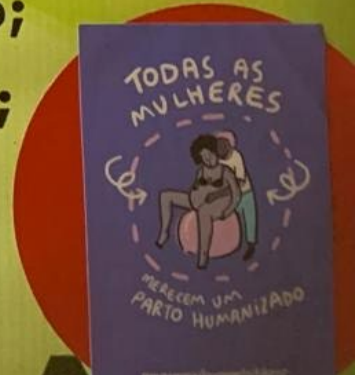
Hospitais Municipais: Secretaria Municipal de Saúde (São Paulo)  
Ouvidoria: (11) 156 opção 2  
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/>

Hospitais Estaduais: Secretaria de Estado de Saúde (SP)  
Ouvidoria Central - SES/SP: (11) 3066-8359 - (11) 3066-8349  
[www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br)

Hospitais privados:  
Agência Nacional de Saúde 0800 7019656



**Ter bem acolhida e tratada com respeito;**  
**Receber incentivo ao parto normal e fisiológico;**  
**Ter a presença do(a) acompanhante desde o ingresso até a saída do hospital;**  
**Receber alternativas para o alívio da dor;**  
**Ser respeitada em sua privacidade;**  
**Movimentar-se durante o trabalho de parto;**  
**Escolher a melhor posição para dar à luz;**  
**Ser ouvida em suas escolhas e plano de parto;**  
**Ser consultada sobre todos os procedimentos;**  
**Permanecer com seu bebê (salvo impossibilidade justificada).**



Parto: o que é qualidade da assistência, o “padrão ouro” (melhores resultados) da assistência hoje em dia, para mulheres saudáveis (90%)?

- (1) Parto a termo (39 semanas completas ou mais)
- (2) Parto de início espontâneo (sinaliza maturidade, não-induzido)
- (3) Se desenrola preferencialmente sem o uso de drogas
- (4) Mãe sem feridas cirúrgicas pós-parto (cesáreas, lacerações ou episiotomia)
- (5) Prioridade ao conforto físico e emocional da mãe e família
- (6) Tecnologia usada: mínimo compatível com a segurança e conforto, pode ser nenhuma senão a observação qualificada
- (7) Pode ser com parteiras, com os médicos e tecnologia complexa disponíveis caso necessários

**REFORMA OBSTÉTRICA JÁ!**

# ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: UMA AGENDA PARA O SÉCULO 21

Parceria Unicef - ReHuNa

O documento “Assistência ao parto e nascimento: Uma agenda para o século 21” foi elaborado em parceria com a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna).

Tem o objetivo de levantar os dados do Brasil, evidências científicas, reflexões, boas práticas e recomendações de extrema importância para a sensibilização e a mobilização de diversos atores em prol da garantia dos direitos à vida e ao respeito de gestantes, neonatos e crianças, especialmente de segmentos e territórios mais vulneráveis.

# A ciência, negacionismo e conflito de interesses

## Aspectos **estruturais** da epidemia de cesárea



*“Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra.”*

Sérgio Martins-Costa e José Geraldo Lopes Ramos

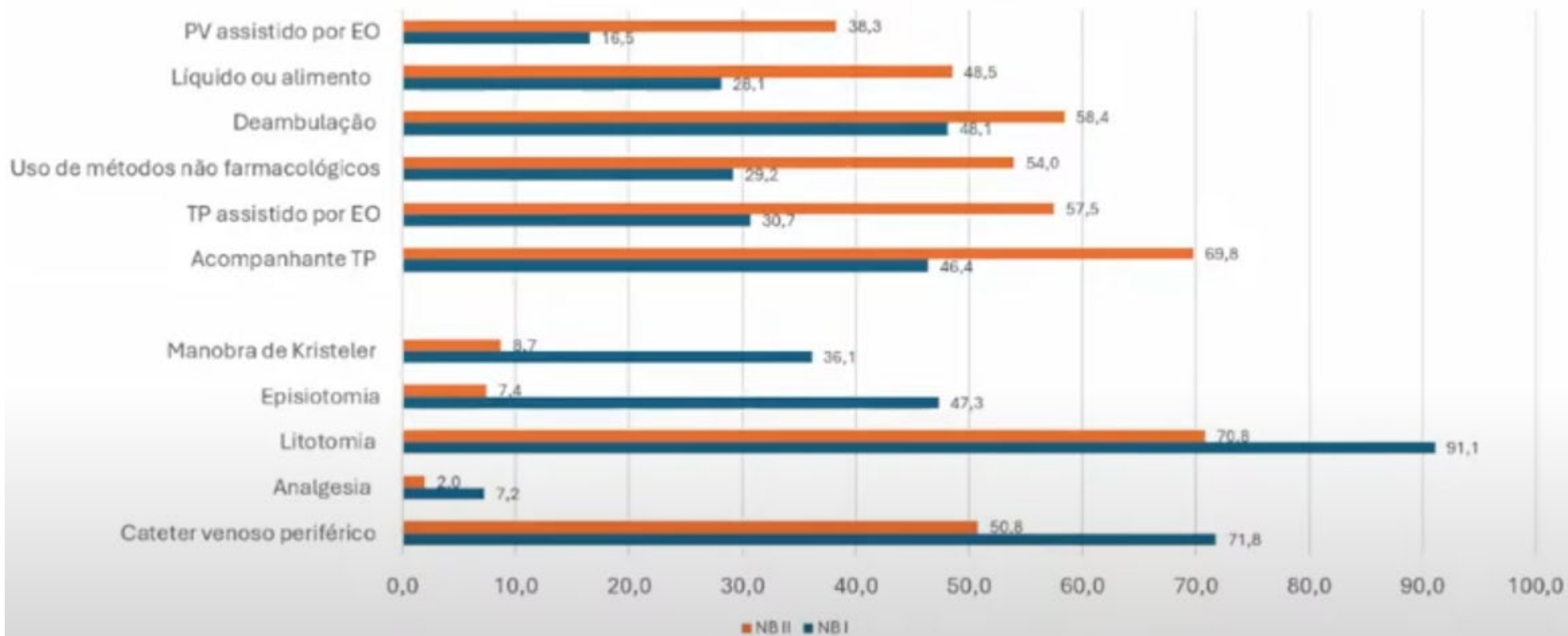
Editorial • Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 27  
(10) • Out 2005 • <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005001000001>

## Movimentos pela mudança e seus resultados, no setor público e privado – A LUTA CONTINUA: retrocessos

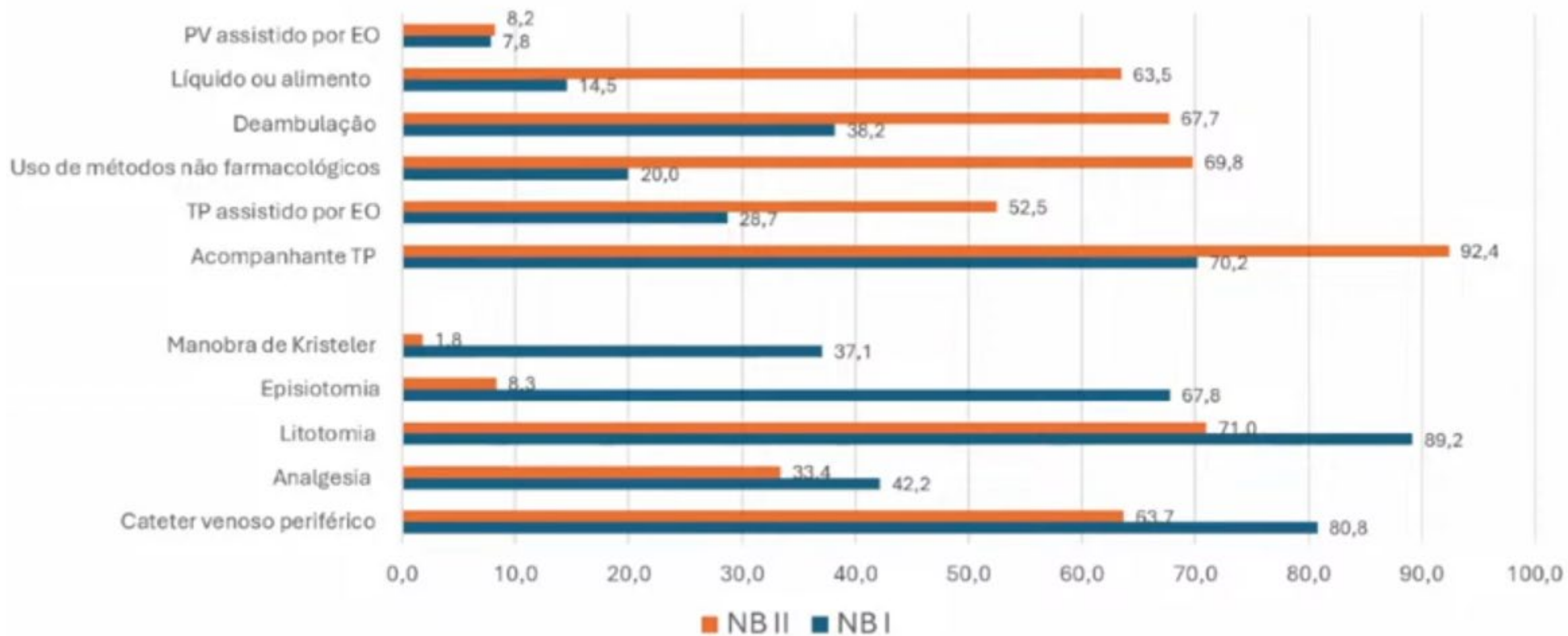


A importância de produzir conhecimento atualizado sobre a situação do parto e do nascimento para promover a mudança

## Manejo durante o trabalho de parto e no parto vaginal, hospitais públicos: NB I vs. NBII



## Manejo durante o trabalho de parto e no parto vaginal, hospitais privados: NB I vs. NB II



# best

## A Experiência do Parto no Brasil





—  **Est-IC** —  
THE BIRTH EXPERIENCE STUDY  
INTERNATIONAL COLLABORATION



# Feminismo Interseccional

Trata-se de uma pesquisa orientada pela perspectiva da justiça reprodutiva e da interseccionalidade, com métodos mistos

(Loretta Ross, Ros Petchesky, Silvia Federici, outras)

- Origens do pensamento interseccional: cruzamentos de opressões
- Origens da justiça reprodutiva: os direitos de **não ter, ter e criar**
- **Quais grupos na interseccionalidade?**
  - **Mais ricas e mais pobres/ classe social/público x privado**
  - **Raça/cor da pele (pretas, pardas, indígenas)**
  - **Tamanho corporal/peso**
  - **Orientação sexual e identidade de gênero**
  - **Idade / geração**
  - **Estado civil – Migratório**
  - **Situações especiais de vulnerabilidade**
  - **Responsabilidades de cuidado**



# Conteúdo do websurvey/inquérito online

- Critérios de inclusão e TCLE
- Dados sócio-demográficos
- História reprodutiva
- Local de parto escolhido
- Relação com profissionais/continuidade
- Escalas MADM (autonomia) e MORI (respeito)
- Plano de parto
- Comunicação/comentários
- Preferências de parto
- Apoio familiar e licença maternidade
- Assistência ao trabalho de parto
- Indução e aceleração
- Atividade física e mobilidade
- Alimentação e líquidos
- Alívio da dor
- Episiotomia
- Pressão para aceitar intervenções
- Decisão sobre cesárea
- Escala MIST
- Trauma
- Perdas e lutos
- Pós-parto
- Adaptações à maternidade
- Sono, sexualidade
- Questões finais

# Escalas - Co-criação, revisão, análise

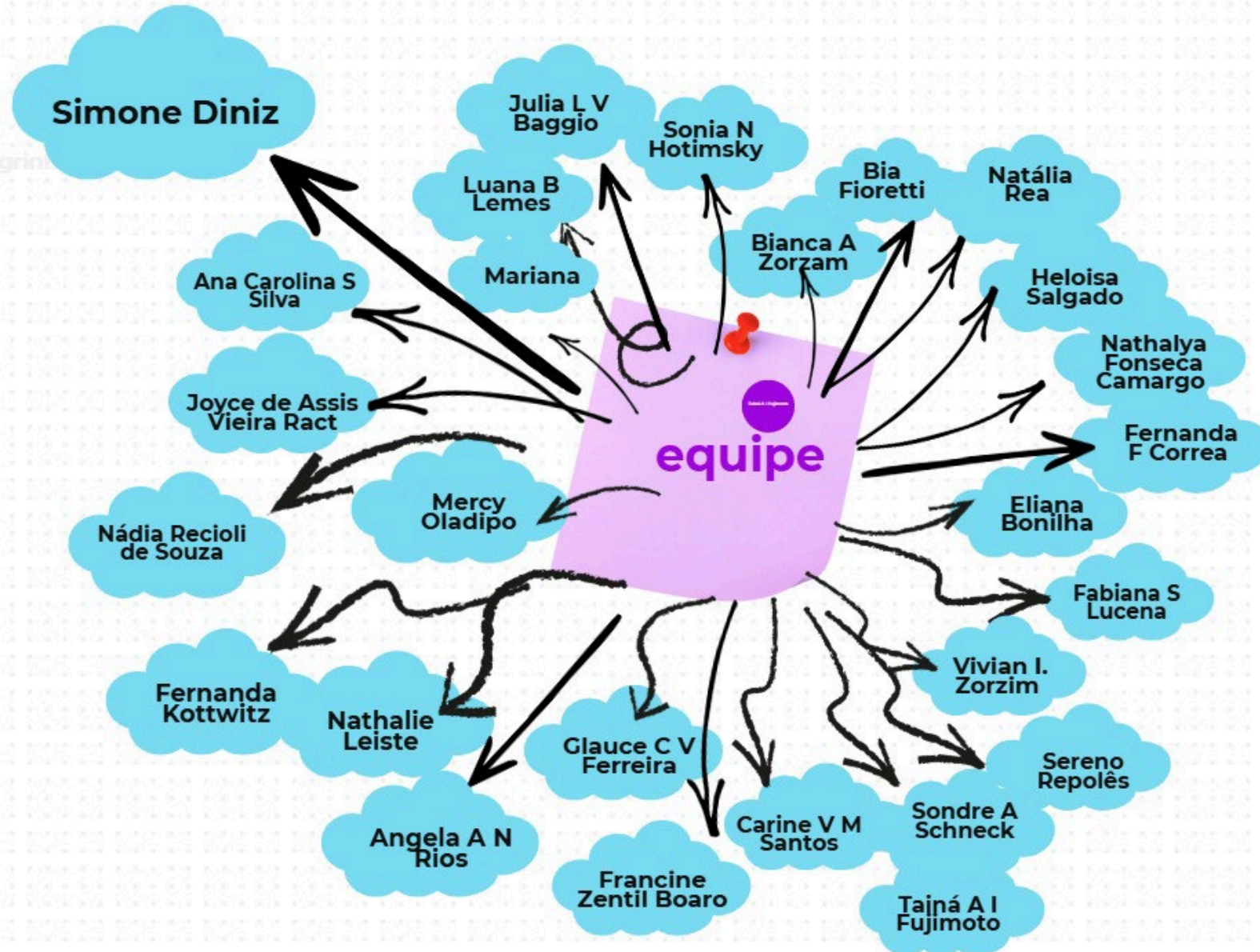
Grupos organizados de usuárias contribuíram para a **adaptação transcultural e validação de escalas** sobre autonomia, respeito e abusos.

Estudo da “experiência do estudo”

- Grupos específicos (mulheres negras, gordas, “idosas”, homens trans, usuárias do SUS e privado etc.)
- Parcerias com grupos organizados e eventos (REHUNA, conselheiras de saúde/SUS, Exposição Sentidos do Nascer, SIAPARTO, MEL, Abrasco ...)



# A experiência do parto no Brasil



## **Efeitos colaterais: hostilização do plano de parto e da paciente informada (“PI”)**

*“A obstetra do convênio me abandonou, o médico do convênio me expulsou da sala por eu me recusar a permitir o toque (não havia nenhuma indicação que justificasse), a enfermeira que me recebeu no plantão do SUS no parto me abandonou quando entreguei meu plano de parto, a técnica ficou sentado na minha frente por pelo menos meia hora e disse que não podia me ajudar porque eu te um plano de parto cheio de não me toques.”*

## **Condicionamento da anestesia à cesárea**

*Eu tive medo de expressar minhas vontades e ser deixada de lado mas fui deixada de lado mesmo assim. Chegou um tempo que pedir analgesia e os médicos enfermeiros **me disseram que só me daria anestesia se eu fosse pra cesárea.** Enfim terminou em cesárea, porque lá eles vão fazer anestesia para parto normal.*

## **Consciência da inadequação das intervenções e medo de se expressar**

*Durante o período expulsivo do trabalho de parto eu me sentir vulnerável sem força para expressar os meus desejos. **Sabia que o que estava sendo feito não era o melhor para mim** mas devido ao medo de acontecer algo com a minha filha me vi coagida aceitar tudo*

## Autonomia e a ameaça ao bem estar do bebê

*“Uma médica que estava substituindo a minha médica no dia da consulta me entregou um encaminhamento para o agendamento da cesárea, e **disse que meu bebê iria morrer caso não me internasse de imediato.** Fui amparada por uma professora enfermeira obstetra que me tranquilizou e me orientou para que eu pudesse ter o parto dos meus sonhos. Sou grata.”*



## Esperanças renovadas quanto à autonomia:

### **O Plano de Parto como Diretiva Antecipada**

O Plano de Parto é reconhecido juridicamente e bioeticamente como um tipo de diretiva antecipada. Ele serve para alinhar as expectativas da gestante com a equipe médica e hospitalar.

**Direitos assegurados:** A gestante pode manifestar o desejo por métodos naturais de alívio da dor, presença de **doulas**, recusa de intervenções rotineiras desnecessárias (como a episiotomia ou uso indiscriminado de ocitocina) e o contato pele a pele imediato com o bebê.

**Amparo legal:** No Brasil, as diretivas baseiam-se na **Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM)** e no recente **Estatuto dos Direitos do Paciente**, além de leis estaduais ou municipais específicas de parto humanizado.

Para participar  
da Pesquisa

Obrigada!

[pesquisabestbr@gmail.com](mailto:pesquisabestbr@gmail.com)

Instagram  
@experienciadopartobr

