MANIFESTO PELA URGENTE E EFETIVA MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL
Direcionado ao Governo Brasileiro/Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde (JUN/2024)

A mortalidade materna é um indicador sensível da saúde das mulheres em qualquer país do mundo. Em países como o Brasil, esse índice permanece elevado, revelando um grave problema de saúde pública e uma grave violação dos direitos humanos das mulheres e meninas, estando comprovado que é uma tragédia evitável em 92% dos casos.

No Brasil, em 1990, a razão de mortalidade materna (RMM) era estimada em 104 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (NV). Em 2015, esse índice foi reduzido para 57,6 mortes por 100 mil NV, não atingindo a meta de 35 por 100 mil NV estipulada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU. A redução anual neste periodo foi de apenas 3%, quando deveria ter sido de 5%. A meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é alcançar a redução para pelo menos 30 mortes por 100 mil NV até 2030. Com menos de seis anos restantes, observa-se que, desde 2015 ate 2019, o país registrou em torno de 60 óbitos por 100 mil NV, o que é o dobro da meta estipulada. Na pandemia de COVID-19 as mulheres no período gravídico-puerperal foram substancialmente acometidas, e entre 2020 e 2022, foi verificado no país um aumento de 94% da RMM, com taxas de 71,9 (2020) e 107,4 (2021) óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos.

Para reconhecimento da magnitude do problema, a tabela 1 registra o número e a RMM no último quinquênio: foram 9.097 óbitos com uma RMM quinquenio de 68,1 por 100 mil NV. Na análise dos dados quinquenais desde 1990, verifica-se que a cada cinco anos ocorrem aproximadamente 8.300 mortes maternas no Brasil, mostrando que praticamente nada mudou em 20 anos[1]. Com a pandemia de COVID-19, em 2020 e 2021 o número de óbitos ocorrido do quinquênio foi ainda mais trágico – ocorreram mais de 9.000 mortes maternas como evidencia a tabela.

Os dados de 2021(tabela 1) revelam que ocorreu o dobro de mortes maternas esperadas para um ano (**3.025**), sendo que a maior parte destas mortes (**1.590**) ocorreu devido às falhas no atendimento às gestantes, parturientes e puérperas acometidas pelo Covid-19. A pandemia foi uma lente de aumento que revelou, de forma trágica, o quanto os serviços de atenção obstétrica apresentam falhas e inadequações nos estados e no País.

A análise quinquenal da mortalidade materna é considerada estatisticamente mais robusta, diminuindo vieses das oscilações anuais e demostrando de forma mais concreta a gravidade e a realidade das mortes maternas que são sabidamente evitáveis. Esse cenário reforça a **URGÊNCIA** de medidas muito mais eficazes para qualificação da assistência e redução da mortalidade materna, medidas que devem ser implantadas rapidamente e monitoradas sistematicamente. ao longo dos cinco anos subsequentes ou mais, para haver real impacto nesta tragédia social.

Na tabela 1, destaca-se os 10 estados com maior número de mortes maternas no país no quinquênio, na seguinte ordem: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pará, Maranhão, Paraná, Ceará, Amazonas e Goiás. A soma dos óbitos destes dez estados representa 6.355 óbitos, correspondendo a 70% dos óbitos no quinquênio. O impacto de ações planejadas nestes estados com grande número de mortes, poderá ser mais expressivo nas taxas brasileiras.

A tabela também classifica os estados por ordem decrescente da RMM, chamando a atenção o estado do Rio de Janeiro com a terceira maior taxa do país, com o pior índice entre os estados do sudeste; o Paraná teve o pior índice entre os estados do sul; Goiás; entre os estados do Centro Oeste; Roraima encontra-se como o pior do Brasil e o pior entre os

[1] MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: comove, mas não mobiliza. DOSSIÊ DE 30 ANOS DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos https://www.redesaude.org.br/tag/dossie-30-anos-rfs/

estados do Norte; e Maranhão, o segundo pior do Brasil e o pior índice entre os estados do Nordeste (destacados em amarelo na tabela 1).

Na tabela 1, ainda, verifica-se que apenas oito estados apresentaram taxas menores que 60 por 100 mil nascimentos, mas ainda, todos acima da meta dos ODS. Taxas inaceitáveis em todos os estados reforçam a ideia de que as mortes maternas comovem, mas não mobilizam, como já destacou a Rede Feminista de Saúde em outro estudo [1]. As gestantes continuam morrendo das mesmas causas obstétricas diretas evitáveis ano após ano, enquanto as taxas estratosféricas de cirurgias cesarianas permanecem sem nenhum impacto na redução da mortalidade materna, e as violências obstétricas se perpetuam – e, infelizmente, se naturalizam. Enquanto o Brasil não mudar o Modelo de Atenção Obstétrica - como indica a pesquisa "Nascer no Brasil" (BRASIL 2014) e a pesquisa de "Avaliação da Rede Cegonha" (2019), com base no protagonismo da mulher e nas boas práticas, da gestação ao pós-parto, continuaremos a testemunhar, e a lamentar, as mais de 8.000 mortes maternas a cada quinquênio.

Tabela 1: NÚMERO DE ÓBITOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR UF BRASIL, QUINQUÊNIO 2019-2023

UF	Região	Número de Mortes Maternas					Nº OM Quinquênio	Ordem de Nº de MM	Nascidos Vivos no Quinquênio	RMM no Quinquênio	Ordem de taxa
		2019	2020	2021	2022	2023					
Roraima	Norte	11	20	36	19	15	101		68378	147,7	1º
Amazonas	Norte	60	77	122	53	49	361	9º	374267	96,5	2º
Rio de Janeiro	Sudeste	155	190	320	125	112	902	2º	953300	94,6	3º
Tocantins	Norte	15	18	43	20	15	111		117609	94,4	4º
Maranhão	Nordeste	85	100	145	76	77	483	6º	523035	92,3	5º
Pará	Norte	121	132	165	99	79	596	5º	662296	90,0	6º
Piauí	Nordeste	41	40	59	37	22	199		223442	89,1	7º
Rio Gr. Norte	Nordeste	31	34	65	27	20	177		210404	84,1	8º
Goiás	Centro-Oeste	67	83	140	53	40	383	10º	461350	83,0	9º
Mato Grosso	Centro-Oeste	38	50	83	29	36	236		290410	81,3	10º
Amapá	Norte	5	15	14	11	11	56		71489	78,3	11º
Paraíba	Nordeste	36	54	71	23	28	212		272547	77,8	12º
Alagoas	Nordeste	29	40	54	30	30	183		239205	76,5	13º
Rondônia	Norte	13	18	42	11	8	92		127072	72,4	14º
Ceara	Nordeste	75	119	128	63	43	428	8º	594721	72,0	15º
Sergipe	Nordeste	12	31	26	28	9	106		153216	69,2	16º
Bahia	Nordeste	105	153	195	91	82	626	4º	914076	68,5	17º
Mato Grosso Sul	Centro-Oeste	22	16	54	23	20	135		207888	64,9	18º
Paraná	Sul	68	77	187	60	56	448	7º	722104	62,0	19º
Espirito Santo	Sudeste	29	37	48	27	16	157		265070	59,2	20º
Pernambuco	Nordeste	64	91	93	54	55	357		620750	57,5	21º
São Paulo	Sudeste	283	332	457	206	194	1472	1º	2677026	55,0	22º
Minas Gerais	Sudeste	115	126	229	110	76	656	3ª	1214521	54,0	23º
Acre	Norte	8	5	15	5	6	39		75920	51,4	24º
Distrito Federal	Centro-Oeste	9	21	36	13	10	89		191274	46,5	25º
Rio Grande Sul	Sul	49	54	113	46	26	288		631682	45,6	26º
Santa Catarina	Sul	29	31	85	29	30	204		487315	41,9	27º
Brasil		1575	1964	3025	1368	1165	9097		13350367	68,1	

Fonte SIM/MS e SINASC/MS (*2023 dados preliminares obtidos do Observatório Obstétrico Brasileiro- OOBr e Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos/MS)

Questiona-se ainda, por que o Brasil não consegue modificar o perfil da mortalidade materna, permanecendo as mesmas causas há quase quatro décadas. Estudos científicos e investigações dos comitês de prevenção da mortalidade materna,

demonstraram desde 1990 falhas na atenção às emergências obstétricas atendidas por médicos e especialistas, como a aplicação inadequada de protocolos suportados por evidências científicas, como a administração de sulfato de magnésio na pré-eclâmpsia/eclâmpsia (incluindo todos ao níveis de atenção), demoras e erros no controle das hemorragias pós parto, além das inaceitáveis (e vergonhosas) taxas de cirurgias de cesarianas sem indicação clínica, que aumentam os casos de placenta previa, placenta acreta e riscos de ruptura uterina em gestações futuras e outras complicações, além de falhas na atenção ao aborto e às infecções puerperais.

A Tabela 2, demonstra que apenas no ano de 2022, DOZE ESTADOS tiveram mais de dez mortes apenas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia, causa evitável que se mantém como a primeira causa de morte materna no Brasil, seguida das mortes devido a abortos, hemorragia pós-parto, infecção puerperal e hemorragia anteparto. Outras nove causas obstétricas diretas tiveram no total do Brasil pelo menos dez óbitos neste ano, todas passíveis de controle pelo conhecimento científico e técnico disponíveis. Destaque-se que neste ano o número de mortes por Covid-19 (registradas no grupo CID O98) reduziram drasticamente de mais de 1500 em 2021 para menos de 100 mortes em 2022, redução que se deve a vacinação, após uma grande mobilização dos movimentos sociais para dar acesso as vacinas para as gestantes além da população em geral.

Diante desse quadro de tragédia recorrente e anunciada, pergunta-se: por que esses altos índices de morte materna não mobilizam suficientemente legisladores, formuladores de políticas públicas, associações de classe, gestores e profissionais da saúde e a sociedade brasileira, como as emergências climáticas que também se avolumam, como a mais recente, ocorrida no Rio Grande do Sul (quase 200 mortes)? Por que a tragédia das milhares de mortes maternas, que escancara a interseccionalidade de classe, gênero e raça/etnia, e falhas constantes da assistência médica, a prevalente no país, é varrida para debaixo do tapete, quando deveria escandalizar e impulsionar esses atores rumo à uma ação sinérgica e efetiva?

Este manifesto é um **CHAMADO À AÇÃO PARA MUDAR O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL**, que há décadas vem se mostrando inadequado; um modelo falho como denunciam estes dados e outros indicadores de saúde maternos e neonatais. É imperativo priorizar os direitos das mulheres e implementar um modelo de atenção obstétrica que valorize a saúde, a dignidade e os direitos das mulheres e pessoas com útero.

Nesse contexto, é urgente o investimento na adequação da formação médica baseada nas boas práticas e evidências científicas, com monitoramento de seus indicadores de assistência individuais, bem como promover a incorporação do trabalho integrado e priorizado com a enfermagem obstétrica, respeitando-se as competências profissionais específicas, além de inovar e aprimorar processos de formação, atenção e gestão em territórios de cuidados à saúde das mulheres e pessoas com útero, possíveis de serem implementados, como ocorre no projeto ApiceON2[2] .

[2] https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2018/03/Apice-ON-2017-09-01-DIGITAL-WEBSITE.pdf

Tabela 2. Causas Básicas de Mortalidade Materna por Estado, Brasil 2022

CAUSA BÁSICA	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF	Total	%
Pré-eclampsia/Eclampsia	2	1	17	0	24	1	5	16	14	20	5	7	14	7	4	24	25	5	23	36	15	4	8	1	5	13	1	297	21,7
Gravidez terminada em aborto	0	2	5	8	9	2	1	7	1	5	4	0	1	3	1	13	9	2	16	23	0	2	3	3	4	4	2	130	9,5
Hemorragias pós-parto	1	0	5	1	6	0	2	11	4	5	1	1	1	3	4	8	14	2	9	19	8	8	8	3	3	1	1	129	9,4
Infecção puerperal	0	0	2	1	7	0	2	1	1	1	1	0	3	6	1	4	3	1	8	10	2	1	6	0	0	3	0	64	4,7
Hemorragias ante-parto	0	0	2	0	4	2	1	4	1	6	1	0	0	1	2	1	9	1	5	11	3	1	1	2	1	3	2	64	4,7
Embolia de origem obstétrica	1	0	1	0	3	0	0	1	1	0	1	3	7	0	0	3	6	0	3	10	1	0	0	0	0	0	0	41	3,0
Complic do puerperio/miocardiopatias	1	1	2	1	4	0	0	3	0	1	0	2	0	0	0	1	5	1	6	7	3	0	0	0	0	3	0	41	3,0
Anormalidades da contracao uterina	0	0	1	0	3	1	1	2	1	4	0	1	0	0	1	3	-	1	1	6	2	0	0	1	2	4	0	35	2,6
Complic do trab parto e do parto	0	0	4	1	1	0	0	1	2	3	1	0	1	0	1	3	3	0	0	4	0	0	1	0	1	1	0	28	2,0
Infecção urinária na gravidez	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	2	7	0	0	0	1	0	0	20	1,5
Complic venosas no puerperio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	2	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	14	1,0
Transtornos da placenta	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	-	1	0	3	1	0	0	0	0	0	1	13	1,0
Transtornos do fígado na gravidez	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	1	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	12	0,9
Diabetes mellitus na gravidez	0	1	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	11	0,8
Outras causas diretas	0	0	1	0	4	0	1	3	1	2	0	1	1	1	1	2	4	0	3	2	2	1	1	2	0	1	0	34	2,5
OBSTETRICAS DIRETAS	6	5	41	13	67	8	15	55	27	49	19	17	31	22	17	67	83	15	77	136	46	19	28	12	18	33	7	933	68%
Doenças anteriores maternas compl gest.	3	0	1	1	14	1	2	17	8	7	7	6	13	3	7	17	14	9	33	44	11	5	10	6	6	13	4	262	19,2
Doenças infec paras. maternas compl gest.	2	0	8	4	10	1	2	2	1	4	0	0	6	4	1	4	7	3	10	16	1	4	6	4	5	6	1	112	8,2
Hipertensão pré-existente	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	0	4	0	1	1	2	0	2	5	0	0	0	0	0	1	0	22	1,6
OBSTETRICAS INDIRETAS	5	0	9	5	26	3	5	20	9	12	7	6	23	7	9	22	23	12	45	65	12	9	16	10	11	20	5	396	29%
MM CAUSA INDETERMINADA	0	0	3	1	6	0	0	1	1	2	1	0	0	1	2	2	4	0	3	5	2	1	2	1	0	0	1	39	3%
TOTAL MM	11	5	53	19	99	11	20	76	37	63	27	23	54	30	28	91	110	27	125	206	60	29	46	23	29	53	13	1368	100%
Morte Materna Tardia	0	0	2	2	10	1	1	9	16	16	8	1	18	5	5	17	15	8	34	34	9	11	21	6	5	4	8	266	
TOTAL GERAL	11	5	55	21	109	12	21	85	53	79	35	24	72	35	33	108	125	35	159	240	69	40	67	29	34	57	21	1634	

Fonte: SIM/MS

DIANTE DESTA REALIDADE RECORRENTE E INACEITÁVEL: A NOSSA PROPOSTA

Implementação em todo o país dos **10 Passos do Cuidado Obstétrico para Redução da Morbimortalidade Materna**, propostos por um conjunto de entidades profissionais e científicas (ABENFO, FEBRASGO, IFF, FIOCRUZ), anexados a seguir (ANEXO 1). A implementação de todas as ações referidas em toda rede de atenção à saúde é premente e indispensável para assegurar o impacto na redução da morbimortalidade materna.

Estes 10 passos devem, no entanto, ser acompanhados de uma urgente, ampla, forte e efetiva **MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL**, a partir da substituição da lógica da assistência médico-centrada / hospitalocêntrica / intervencionista por uma lógica de atenção centrada nas mulheres, baseada na fisiologia, nas boas práticas, no trabalho interdisciplinar, na implementação da atuação sistemática de **ENFERMEIRAS OBSTETRAS e OBSTETRIZES.** Essas profissionais são reconhecidas por evidências técnicas e científicas como mais adequadas para atender às mulheres e suas famílias na gestação no parto de baixo risco/risco habitual, no puerpério e no planejamento reprodutivo, conforme o anexo 2. Cabe destacar ainda, a atuação delas no cuidado às mulheres de alto risco junto com a equipe multi/interprofissional.

É imperativo que as autoridades governamentais brasileiras reconheçam e valorizem as evidências científicas que destacam a importância da atuação das ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES COLOCANDO-AS À FRENTE DA MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL, a exemplo de outros países com reduzidas RMM. A integração efetiva dessas profissionais no sistema de saúde brasileiro, em todos os serviços de maternidade, e na atenção primária, pode transformar o panorama da saúde materna e neonatal no país, salvando vidas e promovendo bem-estar. Este manifesto é um chamado à ação, urgente e decisiva, para garantir que todas as mulheres e recém-nascidos no Brasil tenham acesso a cuidados de qualidade proporcionados por enfermeiras obstetras e obstetrizes.

Realidade e Desafios no Brasil

No Brasil, as enfermeiras obstetras e obstetrizes enfrentam grandes desafios, incluindo falta de visibilidade e reconhecimento adequado, condições de trabalho adversas e recursos limitados, mas foram e são as profissionais que mais contribuíram e contribuem para o avanços das boas práticas no parto, na inserção e atuação em centros de parto

normal, e vem se destacando nas ações de planejamento reprodutivo com a inserção de métodos contraceptivos de longa duração no país nas últimas duas décadas.
Exemplos globais e nacionais demonstram que investir em educação, regulamentação e ambientes de trabalho apropriados para essas profissionais traz melhorias substanciais na saúde materna e neonatal.

Necessidade de Ação Governamental
É fundamental incluir as aproximadamente 15 mil enfermeiras obstetras e obstetrizes cadastradas no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e as que estão em formação, nos serviços do SUS. Ampliar os investimentos na formação de número adequado e suficiente destas profissionais nos próximos anos, visará otimizar e universalizar a qualidade dos cuidados que elas fornecem. Investir nessas profissionais não apenas melhora os resultados de saúde, mas também tem o potencial de capacitar e estimular a autonomia das mulheres, fortalecendo suas comunidades e a sociedade como um todo.

É urgente que esse tipo de investimento seja revigorado e expandido, pois representa um dispositivo fundamental para impulsionar mudanças no modelo de assistência ao parto e nascimento no país. Tais mudanças têm como objetivo formar profissionais comprometidos com a promoção de experiências coletivas que gerem novos conhecimentos, devolvendo o protagonismo do parto às mulheres e suas famílias, e transformando o atual modelo de assistência em um cuidado que respeita a autonomia e a capacidade fisiológica das mulheres parirem de forma segura e mais satisfatória.

PROPOSTAS REFERENTES AMPLIAÇÃO DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTETRICA (JUL/2024)
Direcionadas ao Governo Brasileiro/Ministério da Saúde

1. Constituir grupos de trabalho para implementar as propostas a seguir
2. Reconhecer, fortalecer, empoderar e investir em enfermeiras obstetras e obstetrizes como o principal caminho para avançar na promoção da saúde materna e da sexual e reprodutiva
3. Investir na ampliação e qualificação da formação da enfermagem obstétrica;
4. Investir na regulamentação da profissão, ampliando ainda mais o campo de práticas de atuação; garantir plano de carreira, piso salarial e concursos para enfermeiras obstetras e obstetrizes;
5. Ampliar a inclusão das enfermeiras obstetras e obstetrizes em todas as maternidades do SUS e recomendar a sua inclusão nas maternidades privadas
6. Incluir Enfermeiras Obstetras e obstetrizes na atenção primária para ampliar acesso a atenção sexual e reprodutiva;
7. Divulgar informações sobre o papel da enfermagem obstétrica e seus benefícios para a saúde e a vida de mães e bebês entre a população geral.
8. Estruturar e fortalecer os Centros de Parto Normal (CPNs), incluindo as casas de parto com apoio multiprofissional;
9. Desenvolver e fortalecer estratégias na política nacional para a construção de casas de parto com a liderança das enfermeiras obstétricas e obstetrizes;
10. Valorizar as parteiras tradicionais, fornecendo kits para sua atuação, de acordo com suas demandas, e promover políticas específicas ao território e suas diversidades culturais;
11. Inserir das enfermeiras obstetras e obstetrizes nos serviços de abortamento legal;
12. Ampliar a formação e a liderança do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, na oferta de formação e avaliação de boas práticas do parto e saúde sexual e reprodutiva em todas as maternidades;
13. Promover, para profissionais da saúde, uma formação reflexiva, antirracista, inclusiva à diversidade de gênero e orientação sexual e ao território e suas especificidades;
14. Reativar o APICEON, e o Rede Cegonha com denominação mais atualizada
15. Implantar ou implementar os **10 PASSOS DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA, com ampla atuação da enfermagem obstétrica.**

ASSINAM E APOIAM ESTE MANIFESTO/MOVIMENTO PELA URGENTE E EFETIVA MUDANÇA DE MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL, DIRECIONADO AO GOVERNO BRASILEIRO:

1. **REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS**
2. **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIRAS OBSTETRICAS E OBSTETRIZES -ABENFO NACIONAL**
3. **ARTICULAÇÃO DE MULHERES NEGRAS DO BRASIL**
4. **REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTOS- REHUNA**
5. **REDE DE MULHERES NEGRAS- RMN PARANÁ**
6. **UNIÃO BRASILEIRA DE MULHERES-UBM**
7. **OBSERVATORIO DE SEXUALIDADE E POLITICA-ABIA**
8. **CRIOLA**
9. **REDE DE MULHERES NEGRAS DE PERNAMBUCO**
10. **GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA**
11. **ASSOCIAÇÃO NACIONAL PARA EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL –ANEP**
12. **SENTIDOS DO NASCER-UFMG**
13. **FRENTE NACIONAL DE SAÚDE DOS MIGRANTES**
14. **GRUPO CURUMIM**
15. **REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS**
16. **CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DAS MULHERES/CEDIM SC**
17. **COLETIVA DE MULHERES DEFENSORAS PÚBLICAS DO BRASIL**

ANEXO 1 . OS 10 PASSOS DO CUIDADO OBSTÉTRICO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

(Elaborado por ABENFO, FEBRASGO, IFF, FIOCRUZ/2023)

1.Garanta encontros de qualidade, centrados nas necessidades de cada mulher, durante todos os contatos com os serviços de saúde.

- Utilize a consulta de pré-natal como oportunidade para conhecer as necessidades individuais da mulher e promova sua saúde de forma integral.
- Sempre ofereça informações claras, com orientações sobre hábitos saudáveis, preparo para o parto, direitos reprodutivos, planejamento reprodutivo, rede de apoio e preparo para o puerpério e certifique-se de que foram compreendidas por ela.
- Estimule a discussão e elaboração conjunta do Plano de Parto.
- Identifique desde o início do atendimento e a cada contato com a mulher no pré-natal os fatores de risco para síndromes hipertensivas, hemorragias na gestação, diabetes e outras condições clínicas intercorrentes na gestação.
- Garanta encaminhamento oportuno e adequadamente referenciado para as pacientes que necessitem.
- Considere as necessidades de proteção específica de doenças com a vacinação segundo o calendário proposto para gestantes.

2.Institua ações de profilaxia e identificação das síndromes hipertensivas durante o pré-natal

- Inicie profilaxia com ácido acetilsalicílico e cálcio preferencialmente até 18 semanas de gestação para as mulheres com maior risco de pré-eclâmpsia (HAC, hipertensão em gestação anterior, gemelaridade, diabetes, obesidade, doenças autoimunes).
- Mantenha atenção contínua durante o pré-natal para identificação dos sinais e sintomas de pré-eclâmpsia (ganho de peso excessivo (+1kg/semana) e repentino, edema, especialmente no rosto e nas mãos, PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg).
- Permaneça atento e oriente sobre queixas como cefaleia, epigastralgia e escotomas.
- Cheque periodicamente os valores de proteinúria nas pacientes com sintomas ou risco importante (> 300mg em 24h, relação proteína/creatinina urinária > 0,3 amostra isolada de urina > 100 mg/dl ou >1+ em fita urinária).
- Atente para as indicações de promoção oportuna do nascimento conforme a apresentação clínica da síndrome hipertensiva.
- Se não puder realizar proteinúria, considere presença de edema, ganho excessivo de peso (+1kg/semana) e alteração dos valores pressóricos. Conte com apoio oportuno de equipe de especialistas (considere o uso de telemedicina) para as mulheres com um início de hipertensão na segunda metade da gravidez, especialmente quando associada à proteinúria ou aos demais fatores associados.
- Fique atento às hipertensas crônicas que apresentem edema ou ganho de peso excessivo, elas podem estar desenvolvendo pré-eclâmpsia sobreposta.

3. Realize triagem oportuna de infecções do trato geniturinário

- Solicite cultura urinária e antibiograma ao menos na primeira consulta e no terceiro trimestre.
- Trate adequadamente a bacteriúria assintomática e a infecção urinária, realizando controle de cura (na consulta subsequente ao término do tratamento - não deixe de solicitar Urocultura).
- Sempre avalie corrimento vaginal, principalmente em casos sintomáticos, com especial atenção a vaginose bacteriana, tricomoníase e candidíase recorrente.

4. Identifique precocemente sinais de gravidade clínica materna e garanta tratamento oportuno

- Em todos os contextos, mas em especial nos serviços de urgência e emergência, atente para sinais de alerta clínicos durante a gestação (FR > 22, SatO2 <95%, FC > 100bpm, Temperatura > 37,8°C, confusão mental, sangramento genital).

- Considere a inclusão de escores de gravidade específicos para a gestação (como o MEOWS) desde o primeiro contato com a mulher que procura o serviço de saúde para uma avaliação eventual, a fim de identificar pacientes prioritárias.
- O tratamento oportuno de condições potencialmente ameaçadoras da vida só poderá ser instituído se houver reconhecimento precoce das condições de gravidade.

5. Ofereça treinamento das equipes de assistência regularmente, para o pronto reconhecimento e condução dos casos de urgências e emergências obstétricas.

- O atendimento de pacientes com sinais de gravidade deve ser rápido e qualificado, o que exige educação permanente das equipes de APS, de atendimento pré hospitalar (móvel e fixo), quanto das equipes hospitalares e um sistema de referência estruturado e eficaz.
- Ofereça treinamento regular para as condições de menor frequência, mas de alta gravidade como hemorragia pós parto, pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e eclâmpsia, sepse e parada cardiorrespiratória.

6. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros de síndromes hipertensivas graves na gestação

- Identifique as mulheres com iminência de eclâmpsia (hipertensão e sintomas como cefaleia nucal, dispnéia, epigastralgia, escotomas) ou crise hipertensiva (PA >= 160x110 independentemente de sintomas).
- Garanta a disponibilidade de caixa/kit para atendimento oportuno.
- Assegure-se de uma rede de referência institucional para rápida transferência ao adequado nível de atenção, capaz de dar suporte de UTI obstétrica para a continuidade dos cuidados clínicos e avaliação da necessidade e do momento de promoção do nascimento.

7. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado dos quadros infecciosos na gestação

- Valorize quadros febris mesmo que referidos.
- Identifique condições de deterioração clínica e alterações de sinais vitais que podem indicar sepse materna.
- Proceda com hidratação ótima, coleta de culturas e prescrição de antibioticoterapia de amplo espectro na primeira hora de suspeita de sepse.
- Esteja atento também no puerpério, dando orientações à mulher para reconhecimento dos sinais de alerta, como febre, dores na cicatriz de parto (cesárea e episiotomia/lacerações).
- Assegure-se de uma rede de suporte institucional para rápida transferência para centro de referência capaz de dar suporte clínico para a continuidade dos cuidados e avaliar a necessidade e o momento para a indução do parto.

8. Garanta o reconhecimento precoce e tratamento oportuno e adequado das síndromes hemorrágicas na gestação e puerpério

- Garanta o reconhecimento e tratamento das anemias na gestação em todos os contatos com a mulher.
- Garanta a implementação de ações essenciais na prevenção da hemorragia pós-parto e pós-abortamento como a estratificação de risco para sangramento, identificação do local de inserção da placenta/suspeita de acretismo, estimativa do volume de sangramento, a avaliação sistemática dos sinais vitais (incluindo o índice de choque) e a administração de ocitocina 10UI IM após desprendimento fetal para todas as parturientes.
- Promova vigilância em ambiente controlado nas 02 primeiras horas de pós-parto para todas as puérperas com alto risco de sangramento.
- Garanta a existência de uma caixa/kit de emergência com medicações e dispositivos de resgate para tratamento de hemorragia pós-parto: ocitocina, ergometrina, ácido tranexâmico, misoprostol, balão de tamponamento intrauterino.
- Assegure-se de uma rede de suporte institucional para disponibilidade oportuna de hemocomponentes e transferência para centro de referência capaz de realizar procedimentos cirúrgicos de hemostáticos e eventual suporte de UTI obstétrica.

9. Reduza as taxas de cesariana desnecessárias

- Garanta assistência ao parto baseada em evidências científicas.
- Considere o Plano de Parto apresentado pela mulher.
- Converse sempre com a mulher sobre riscos e benefícios da via de parto, avaliando a individualidade das condições obstétricas em cada mulher.
- Indique o parto operatório de maneira criteriosa, utilizando protocolos específicos e atendendo as indicações absolutas e relativas de parto cesariana.
- Evite cesarianas desnecessárias e considere a utilização da classificação de Robson como instrumento para vigilância.

10. Garanta vigilância e assistência permanente no puerpério

- Promova vigilância nas 02 primeiras horas de pós parto para todas as puérperas com alto risco de sangramento.
- Mantenha vigilância e cuidado próximo à mulher no puerpério identificando sinais precoces de infecção, dificuldades de amamentação e no autocuidado e alterações de saúde mental.
- Identifique sinais precoces de infecção (como febre, dores na cicatriz de parto - cesárea e episiotomia/lacerações), dificuldades de amamentação, alterações de saúde mental e autocuidado.
- Promova continuidade de tratamento de patologias identificadas durante a gestação, com transferência adequada do cuidado para a atenção primária.
- Ofereça método contraceptivo eficaz de acordo com as necessidades de planejamento reprodutivo da mulher.

ANEXO 2. FATOS E EVIDÊNCIAS SOBRE A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES, QUE SUSTENTAM ESTE MANIFESTO

Os dados de mortalidade materna no Brasil apontam para mais de 8 mil mortes maternas a cada quinquênio desde 1990 e poucos progressos na sua redução.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 e 5 não serão atingidos até 2030 sem maior compromisso e investimento na educação, recrutamento, implantação, retenção e gerenciamento de enfermeiras obstetras e obstetrizes e outros trabalhadores do cuidado à saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal e adolescente[1].

Países que têm fortes forças de trabalho de saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal e adolescente liderados por enfermeiras obstetras e obstetrizes em ambientes propícios, podem ser vistos como exemplares. Estes são principalmente países de alta renda, com baixa morbimortalidade materna e neonatal[1].

É imperativo ressaltar, que os cuidados prestados por enfermeiras obstetras e obstetrizes estão associados a taxas de mortalidade mais baixas. A cobertura universal das intervenções executadas por enfermeiras obstetras e obstetrizes poderá evitar 67% dos óbitos maternos, 64% dos óbitos neonatais e 65% de natimortos nos próximos anos[1,6].

O Impacto das Enfermeiras Obstetras/Obstetrizes

Investir no acesso universal a cuidados de obstetrícia de qualidade realizado por enfermeiras obstetras e obstetrizes pode, até 2035, salvar 4,3 milhões de vidas todos os anos no mundo, evitando mortes maternas e neonatais e natimortos[2]. No Brasil, essa realidade pode ser transformada por meio da valorização e integração das enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência ao parto normal, conforme recomendado pela CONITEC[3].

A **Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde** enfatiza que, sem uma força de trabalho de saúde eficaz, nenhum sistema de saúde é viável e a cobertura universal de saúde não pode ser alcançada [4].

A Organização Mundial de Saúde reconhece que as enfermeiras obstetras e obstetrizes podem oferecer, com segurança e eficácia, uma grande parte dos cuidados de saúde, mas muitas vezes são impedidas de trabalhar em toda a extensão dos seus conhecimentos e formação[4].

Ainda, leis e regulamentos podem intencionalmente restringir a prática de certas competências que as enfermeiras obstetras e obstetrizes adquiriram na sua formação, por vezes devido a questões "territoriais" com outros grupos profissionais[3]. Nas Américas, o escopo da prática das enfermeiras obstetras e obstetrizes se dá com forte dependência dos médicos, em função do modelo vigente[1].

Integrar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o conceito de triplo impacto[5] com investimentos na formação e atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes na liderança do cuidado às mulheres, em especial no acompanhamento da gestação, parto e nascimento, é **INADIÁVEL.** O fortalecimento da Enfermagem Obstétrica no Brasil pode se configurar numa estratégia com potencial para concretizar o triplo impacto na saúde no campo da saúde materna e neonatal – melhoria da saúde, redução das desigualdades de gênero e sustentação do crescimento econômico[5]. A sobreposição dessas estratégias com os ODS 3, 5 e 8 demonstra a importância e a urgência da recomendação de ampliação dessas profissionais para o Brasil.

A recomendação da ampliação da assistência por enfermeiras obstetras e obstetrizes, é fortemente aconselhada em diversos estudos científicos, que demonstram que grávidas atendidas por essas profissionais dentro de um modelo contínuo e integrado, possuem menor risco de perda fetal, redução do risco de ter um parto prematuro com idade gestacional menor que 37 semanas, maior probabilidade de serem atendidas pelo mesmo cuidador no parto em 7,04 vezes, menor risco de sofrer uma episiotomia e, ainda, menor necessidade de analgesia [6].

O Importância das Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes

As enfermeiras obstetras e obstetrizes são essenciais na prestação de cuidados clínicos e podem desempenhar um papel vital na promoção da saúde primária e da cobertura universal de saúde, na resposta à violência contra as mulheres e na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Elas são um importante ponto de contato e de qualificação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contracepção, cuidados no aborto, rastreamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, além de apoio à amamentação e reanimação neonatal[7,8].

A análise do Estado da Obstetrícia Mundial em 2021, revelou que aumentar a cobertura das intervenções realizadas por enfermeiras obstetras e obstetrizes pode reduzir substancialmente a mortalidade materna e neonatal e os natimortos em países de baixa, média e alta renda. Um aumento de 25% na cobertura da assistência por essas profissionais, a cada cinco anos até 2035, pode evitar 40% das mortes maternas e neonatais e 26% dos natimortos. A cobertura universal das intervenções realizadas por essas profissionais pode evitar 65% dessas mortes [9,10].

Ao serem levantadas as intervenções pré-natais para prevenir natimortos, perda fetal e morte perinatal, a partir de uma visão geral das revisões sistemáticas Cochrane feita em 2020, incluindo 43 revisões, o acompanhamento por enfermeiras obstetras, foi um dos fatores contribuintes para redução destes problemas, que levam a resultados prejudiciais para as famílias e para o sistema nacional de saúde [11].

As enfermeiras obstetras e obstetrizes que são treinadas e regulamentadas de acordo com os padrões globais, podem atender a cerca de 90% da necessidade de intervenções essenciais na saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal e adolescente; isso só é possível se estiverem autorizadas a operar em todo o seu escopo de prática dentro de um ambiente de trabalho propício[4,9,10].

Modelos de Cuidado e Suas Evidências

Modelos de continuidade de cuidados liderados por enfermeiras obstetras e obstetrizes que acompanham uma mulher durante todo o pré-natal, parto e pós-parto, demonstram benefícios significativos. Estudos mostram que esses modelos reduzem as taxas de cesarianas, partos prematuros e intervenções desnecessárias, além de melhorar os resultados de saúde pública e psicossociais, como a redução da ansiedade e o aumento da utilização de contracepção e imunização, dentre outros[6,12,13].

O UNFPA Brasil, vem reforçando junto ao governo brasileiro as premissas da garantia de direitos e o fortalecimento do papel de enfermeiras obstetras e obstetrizes para impulsionar avanços na agenda da saúde sexual e reprodutiva no país, por considerar que essas profissionais estão ligadas a boas práticas e que, mundo afora, a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes contribui para o aconselhamento reprodutivo, o aumento de experiências positivas de parto e a redução de mortes maternas evitáveis, entre outros aspectos[14].

Referências

1. Nove, A., ten Hoope-Bender, P., Boyce, M. *et al.* The State of the World's Midwifery 2021 report: findings to drive global policy and practice. *Hum Resour Health* **19**, 146; 2021.

2. World Health Organization. United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.

3. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: CONITEC; 2016. Vresão resumida. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

4. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.

5. All Party-Parliamentary Group on Global Health. Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016 http://www.appg-globalhealth.org.uk. Available from: https://ccoms.esenfc.pt/pub/DIGITAL%20APPG%20Triple%20Impact.pdf

6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2016; 4:CD004667.

7.World Health Organization (WHO). Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: WHO; 2019.

8.World Health Organization (WHO). Midwives' voices, midwives' realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: WHO; 2016.

9.United Nations Population Fund (UNFPA). State of the World's Midwifery 2021. [Internet]. New York: UNFPA; 2021 [cited 2024 June 5]. Available from: https://www.unfpa.org/sowmy

10. United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO), International Confederation of Midwives (ICM). The State of the World's Midwifery 2021. New York: UNFPA; 2021.

11. Ota E, da Silva Lopes K, Middleton P, Flenady V, Warwick WMV, Rahman MO, Tobe-Gai R, Mori R. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev 2020; 12:CD009599.

12.McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, Albers L, Flood M, Oats J, Waldenström U. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. BJOG. 2012 Nov;119(12):1483-92. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x. Epub 2012 Jul 25. PMID: 22830446.

13. Sandall J, Homer C, Sadler E, Rudisill C, Bourgeault I, Bewley S et al. Staffing in maternity units: getting the right people in the right place at the right time. London: King's Fund, 2011. Aviable:
https://www.researchgate.net/publication/241687303_Staffing_in_Maternity_Units_Getting_the_Right_People_in_the_Right_Place_at_the_Right_Time

14.Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA Brasil). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: como avançar na garantia direitos com enfermeiras obstétricas e obstetrizes, abril 2024. https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/saude-sexual-e-reprodutiva-no brasil-como-avancar-na-garantia-de-direitos