

Comissão Perinatal
SMSA-BH

Comissão Perinatal

Secretaria Municipal de Saúde
Belo Horizonte



Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Os Comitês de vigilância
como estratégia para a redução da
mortalidade

Monitoramento da qualidade da atenção à
saúde para redução da mortalidade



Morte Materna, Fetal e Infantil

Mortes precoces, concentradas na população mais vulnerável, pobre, negra e indígena, reflexo da desigualdade social e étnico-racial, causas evitáveis por ações de saúde.



Por que investigar óbitos infantis?

- Direitos da Criança: direito inalienável à vida, à qualidade de vida, imperativo moral e ético, TMI como espelho da sociedade
 - taxas elevadas
 - evitáveis pela assistência de saúde
 - desigualdade socioeconômica, regional; étnico-racial
 - é preciso dar visibilidade
 - monitorar determinantes sociais e a qualidade da atenção
 - assegurar direitos
 - cumprir compromissos históricos, nacionais e internacionais.



Declaração Universal Direitos Humanos , 1948
Estatuto da Criança, 1990



Morte Infantil

Objetivo do Milênio - ONU

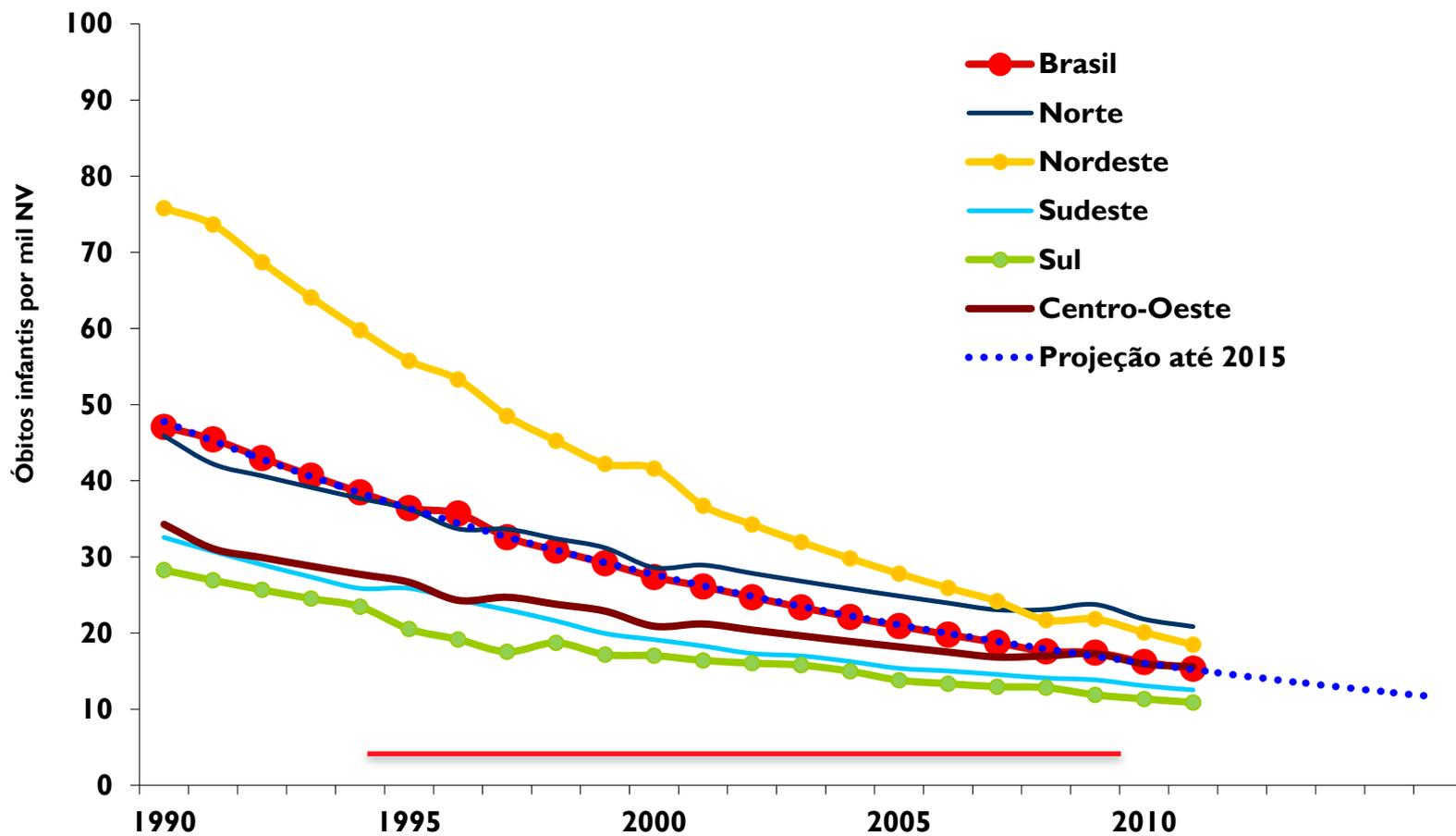
Redução da mortalidade na infância (0-5 anos de vida)

em 2/3 entre 1990 e 2015, ou seja

**15,7 óbitos infantis por mil nascidos vivos
redução de 67,5%**



Taxa de Mortalidade Infantil Brasil e regiões, 1990 a 2011



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

* 2011, projeção feita em base ao período de 2000 a 2010.

TMI 2011: 15,2 por mil NV

Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Desigualdades na mortalidade infantil

- Socioeconômicas
- Desigualdades regionais no Brasil
- Desigualdade étnico-racial: TMI em indígenas e negros > TMI brancos



<http://www.gapminder.org>

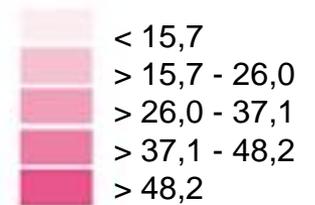
Mortalidade Infantil - Brasil

Desigualdade regional

1990



1995



2000

2005



Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Determinantes

- Condições de vida: renda, educação, saneamento
- Acesso oportuno a atenção de saúde de qualidade
- Baixo peso ao nascer e prematuridade
tendência de aumento no Brasil
PT - 11,5% em 2011
RJ, Pelotas, RP, BH
relacionada à interrupção precoce da gravidez



Leal et al; Cad Saúde Pública 2001; Ribeiro&Silva, 2000; Goldani,2004,Lamy Filho,2007; Barros e Victora, Lancet 2005; Santos, et al., 2008 Cad.Saud Pub, 2008; SMSA-BH,2012; Born too soon, 2012; Datasus/MS,2012

Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Evitabilidade - Evento sentinela

- Agravo ou situação prevenível pela atuação dos serviços de saúde
- Óbitos evitáveis não devem ocorrer se o sistema de saúde funcionar adequadamente
- Seus fatores determinantes são passíveis de detecção e de intervenção oportuna e adequada.



Rutstein et al., 1976

Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

Evitabilidade

- Taxas elevadas: comparação serviços - municípios - países
- Desigualdade
- Causas preveníveis
- Viabilidade fetal
- Recursos - conhecimento - tecnologia - sistema

Possibilita aos profissionais de saúde e gestores

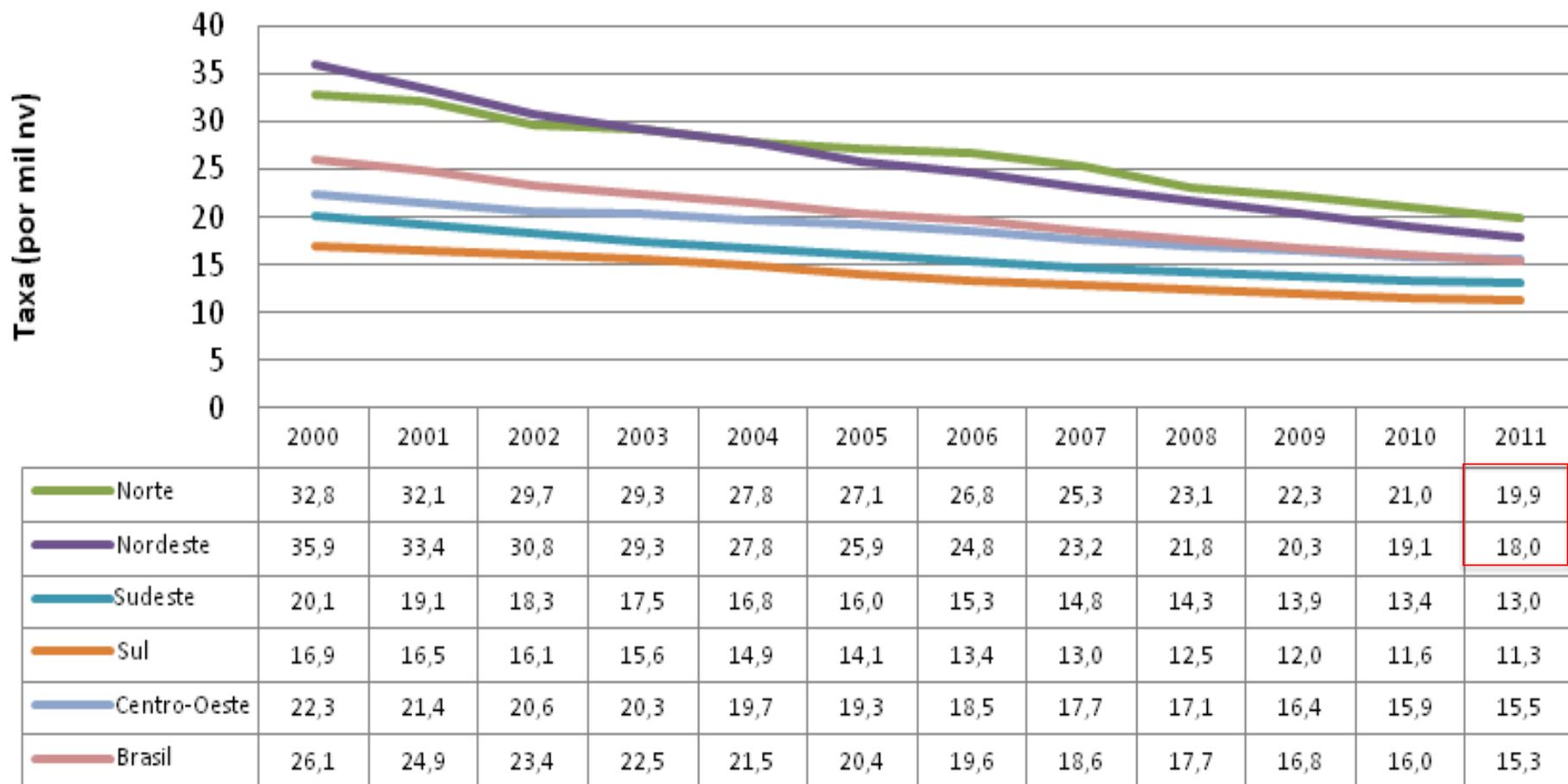
- Identificar fragilidades no processo de trabalho
- Promover discussão, re-avaliação reorganização da atenção: fluxos, processos da assistência



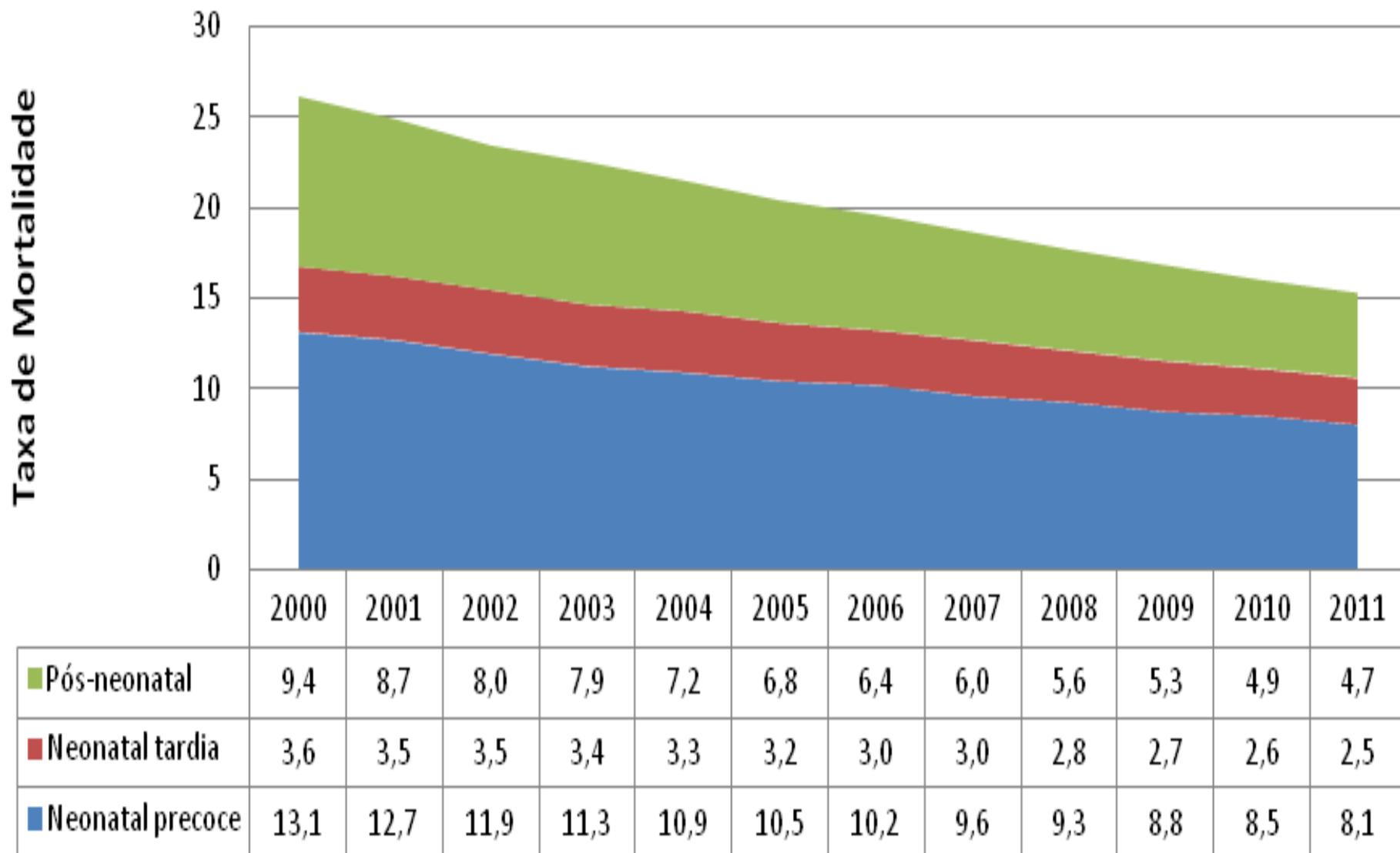


ODM - reduzir em 2/3 1990-2015
15,3/1000 NV

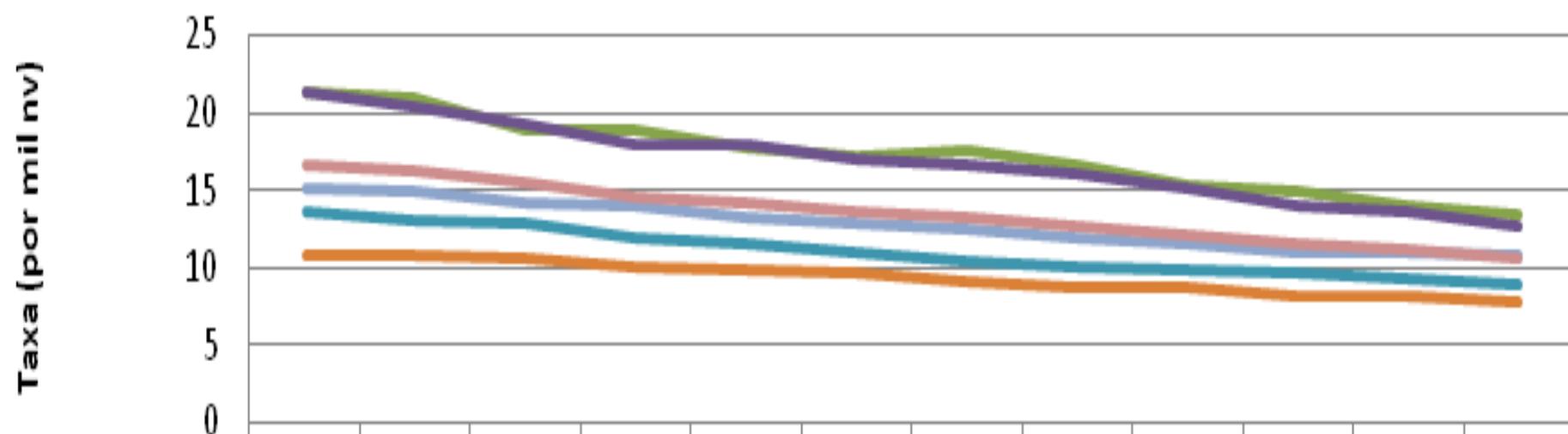
Taxa de Mortalidade Infantil



Taxa de Mortalidade Infantil por componente

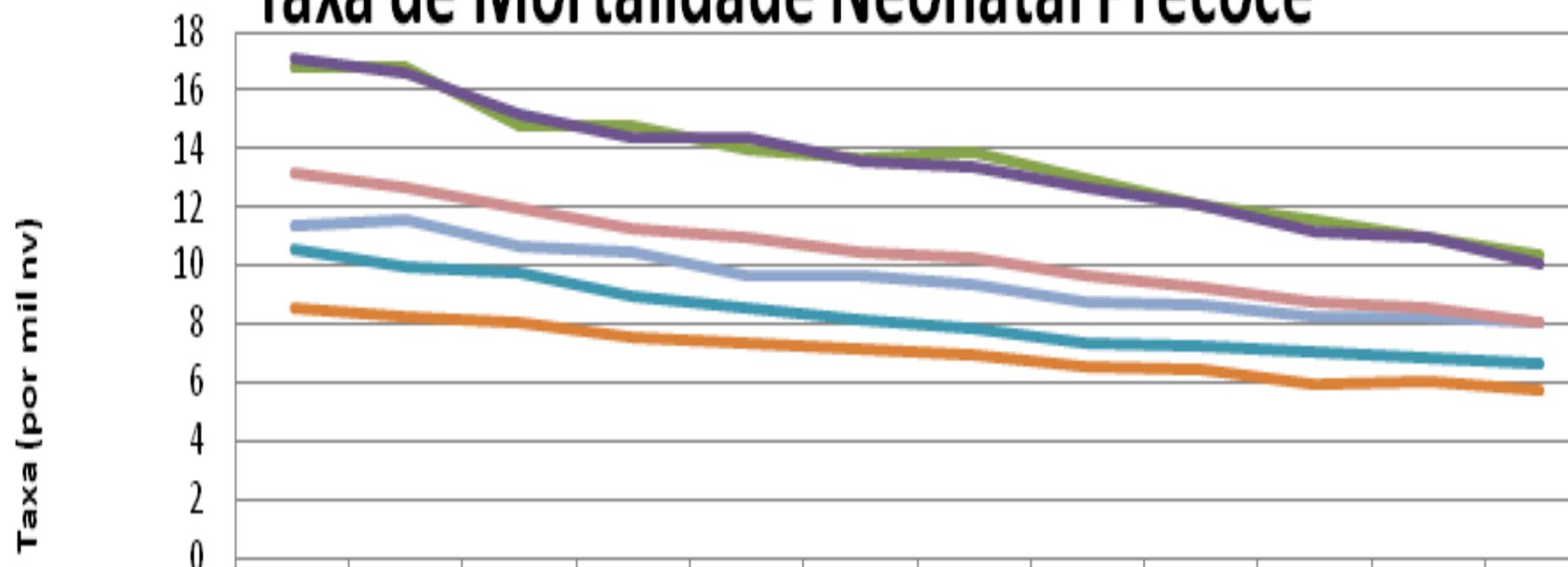


Taxa de Mortalidade Neonatal



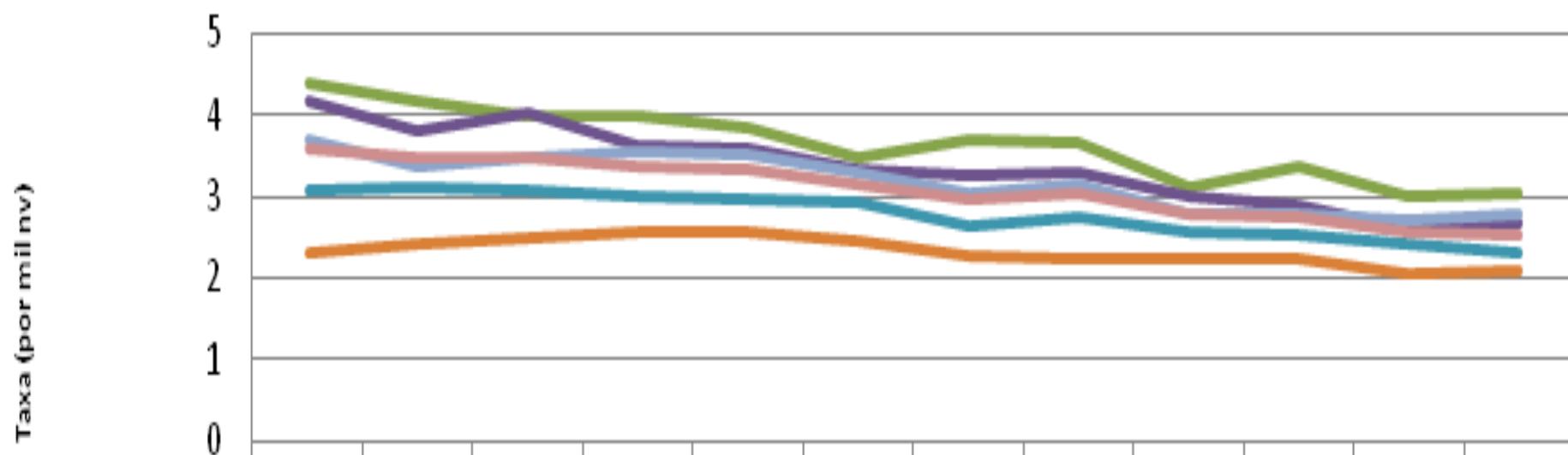
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
— Norte	21,2	21,0	18,8	18,8	17,8	17,2	17,6	16,6	15,2	14,9	14,0	13,4
— Nordeste	21,3	20,4	19,3	18,0	18,0	16,9	16,6	16,0	15,0	14,0	13,6	12,7
— Sudeste	13,7	13,1	12,8	12,0	11,5	11,1	10,4	10,1	9,9	9,6	9,2	8,9
— Sul	10,8	10,7	10,5	10,1	9,9	9,6	9,2	8,7	8,7	8,2	8,1	7,8
— Centro-Oeste	15,0	15,0	14,2	14,0	13,2	12,9	12,4	12,0	11,5	11,0	11,0	10,9
— Brasil	16,7	16,2	15,4	14,6	14,3	13,6	13,2	12,7	12,1	11,5	11,1	10,6

Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce



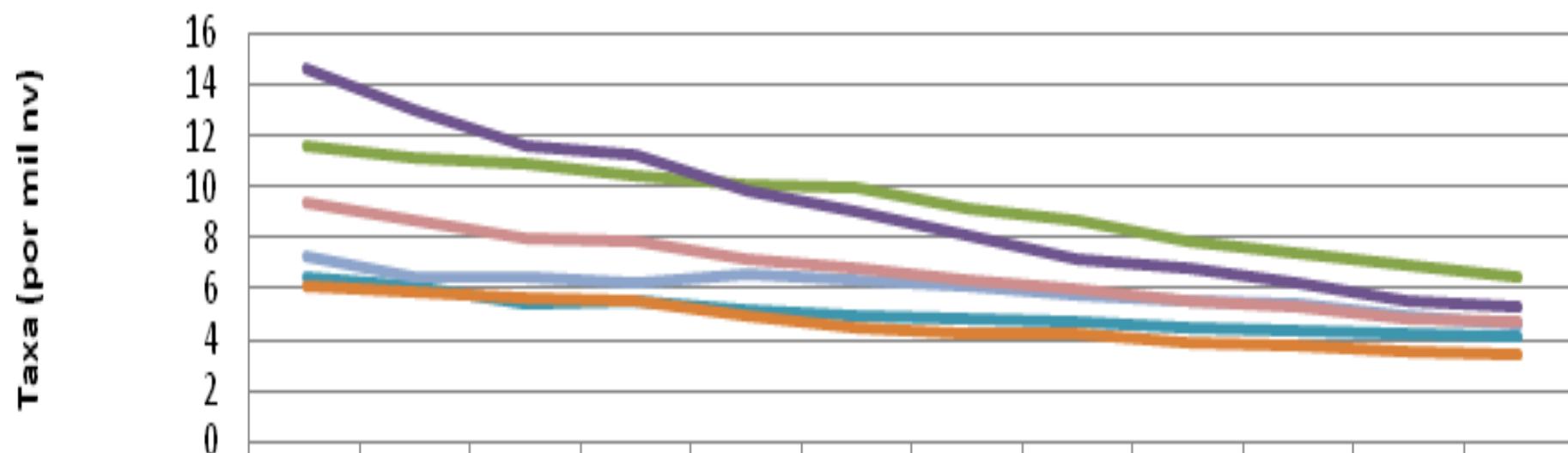
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	16,8	16,8	14,8	14,8	13,9	13,7	13,9	13,0	12,1	11,5	11,0	10,4
Nordeste	17,1	16,6	15,2	14,4	14,4	13,6	13,4	12,7	12,0	11,2	11,0	10,0
Sudeste	10,6	9,9	9,8	9,0	8,6	8,2	7,8	7,4	7,3	7,1	6,8	6,6
Sul	8,5	8,3	8,0	7,5	7,4	7,2	6,9	6,5	6,4	6,0	6,0	5,8
Centro-Oeste	11,3	11,6	10,7	10,5	9,7	9,6	9,4	8,8	8,7	8,2	8,3	8,1
Brasil	13,1	12,7	11,9	11,3	10,9	10,5	10,2	9,6	9,3	8,8	8,5	8,1

Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia



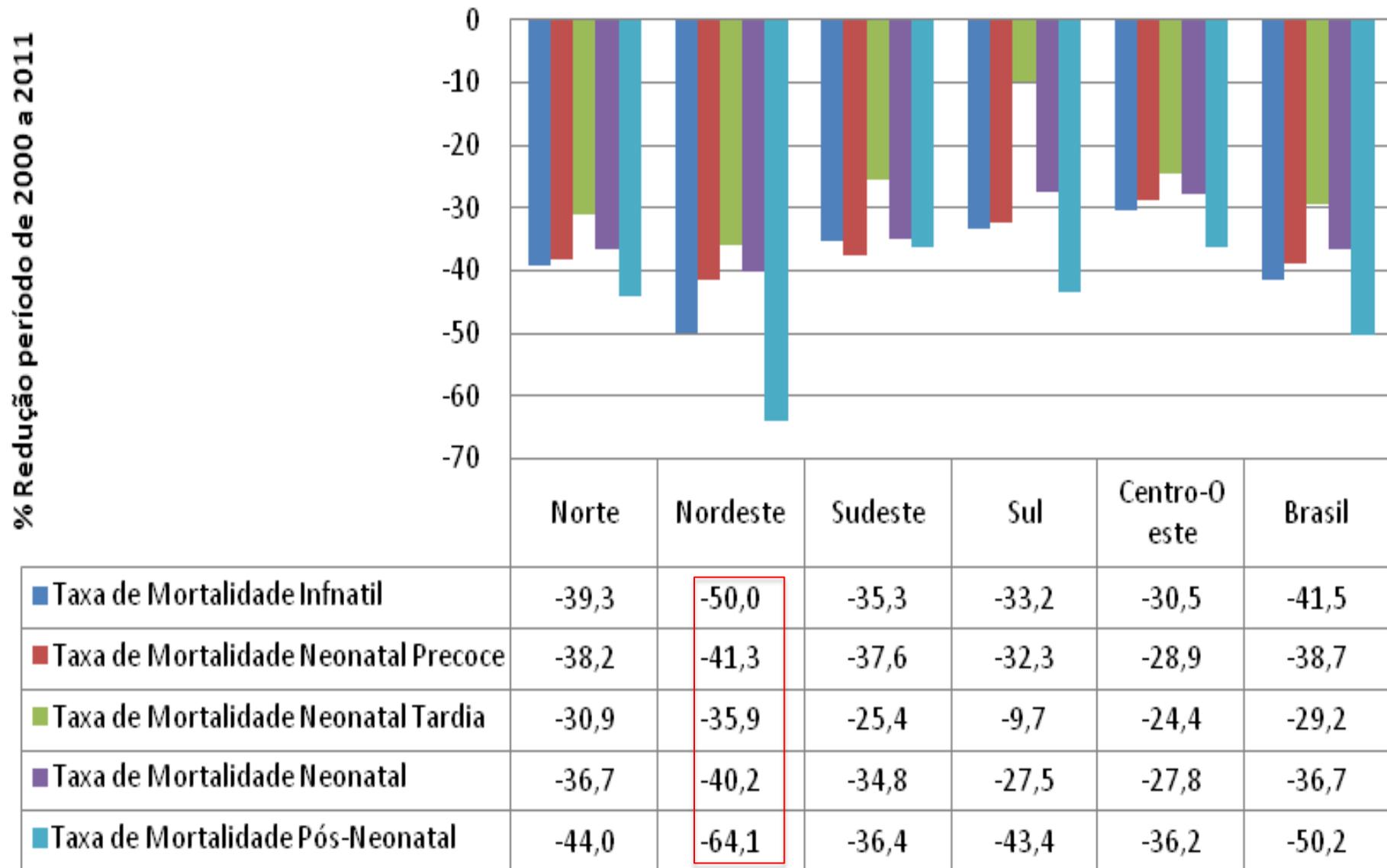
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	4,4	4,2	4,0	4,0	3,8	3,5	3,7	3,7	3,1	3,4	3,0	3,0
Nordeste	4,2	3,8	4,0	3,6	3,6	3,3	3,2	3,3	3,0	2,9	2,6	2,7
Sudeste	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0	2,9	2,6	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3
Sul	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3	2,2	2,3	2,2	2,0	2,1
Centro-Oeste	3,7	3,4	3,5	3,6	3,5	3,3	3,1	3,2	2,8	2,8	2,7	2,8
Brasil	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,2	3,0	3,0	2,8	2,7	2,6	2,5

Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal



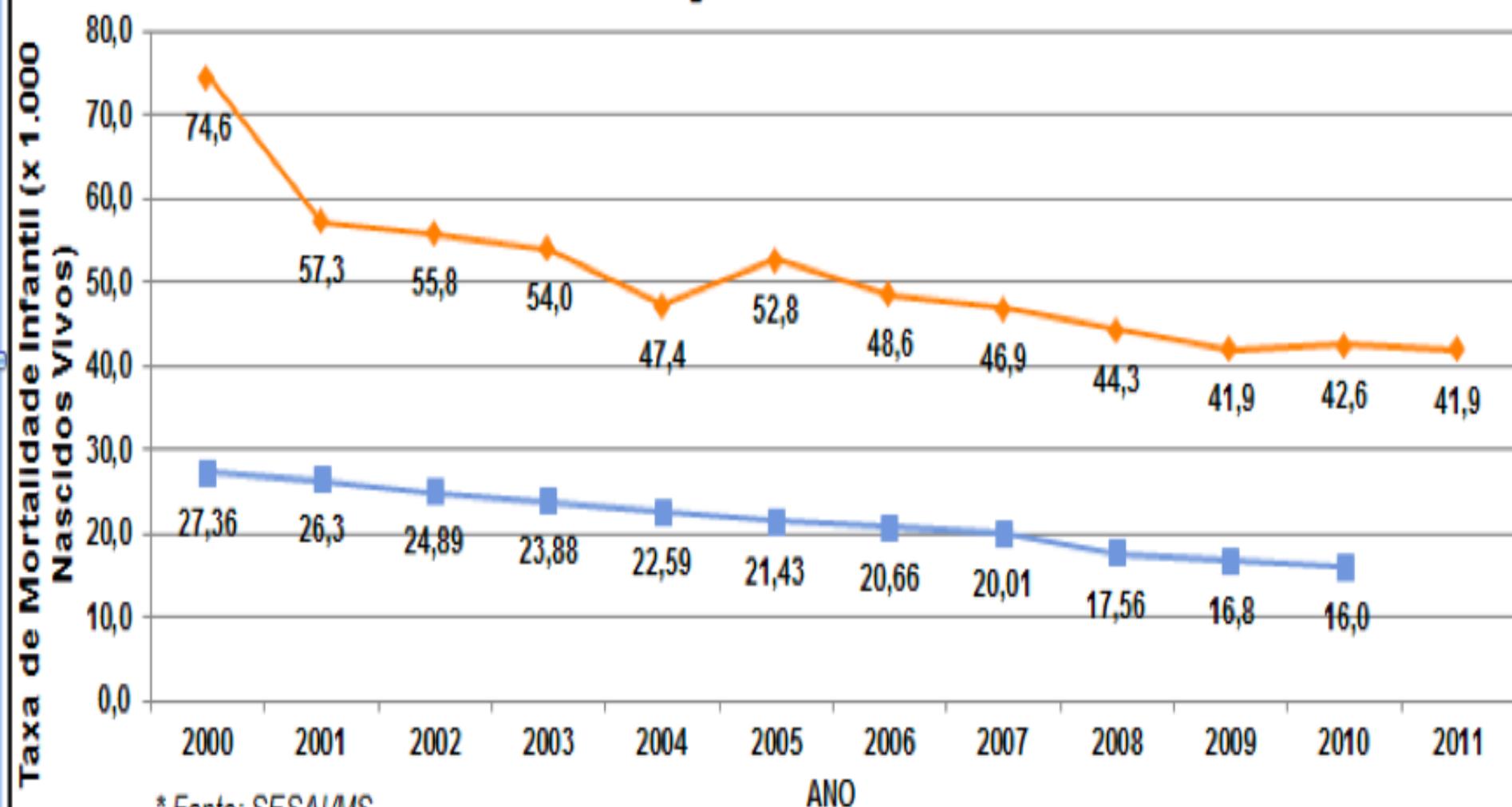
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	11,6	11,1	10,9	10,5	10,1	9,9	9,2	8,7	7,9	7,4	6,9	6,5
Nordeste	14,7	13,0	11,5	11,3	9,8	9,0	8,1	7,2	6,8	6,3	5,5	5,3
Sudeste	6,4	6,1	5,4	5,5	5,2	5,0	4,9	4,7	4,5	4,3	4,2	4,1
Sul	6,1	5,8	5,6	5,6	4,9	4,4	4,2	4,3	3,8	3,8	3,5	3,5
Centro-Oeste	7,3	6,4	6,5	6,2	6,5	6,4	6,1	5,8	5,6	5,4	4,9	4,6
Brasil	9,4	8,7	8,0	7,9	7,2	6,8	6,4	6,0	5,6	5,3	4,9	4,7

Percentual de redução da Taxa de Mortalidade Infantil por componente, Brasil e Regiões, 2000-2011



Taxa de Mortalidade Infantil Brasileira na população indígena e na população Total (por 1.000 nascidos vivos), Brasil, 2000-2011

— Taxa de Mortalidade Infantil indígena* — Taxa de Mortalidade Infantil brasileira**

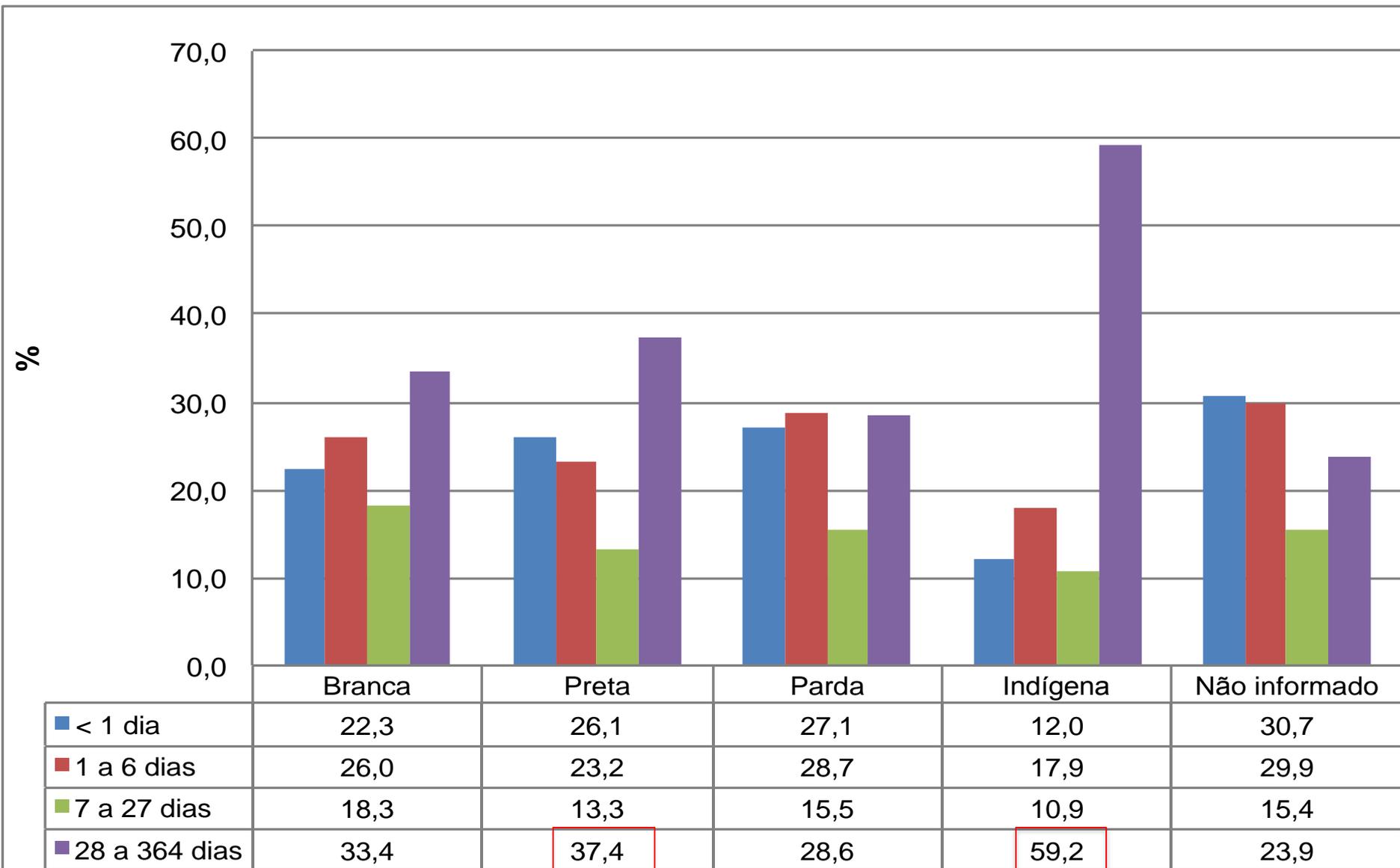


* Fonte: SESAI/MS

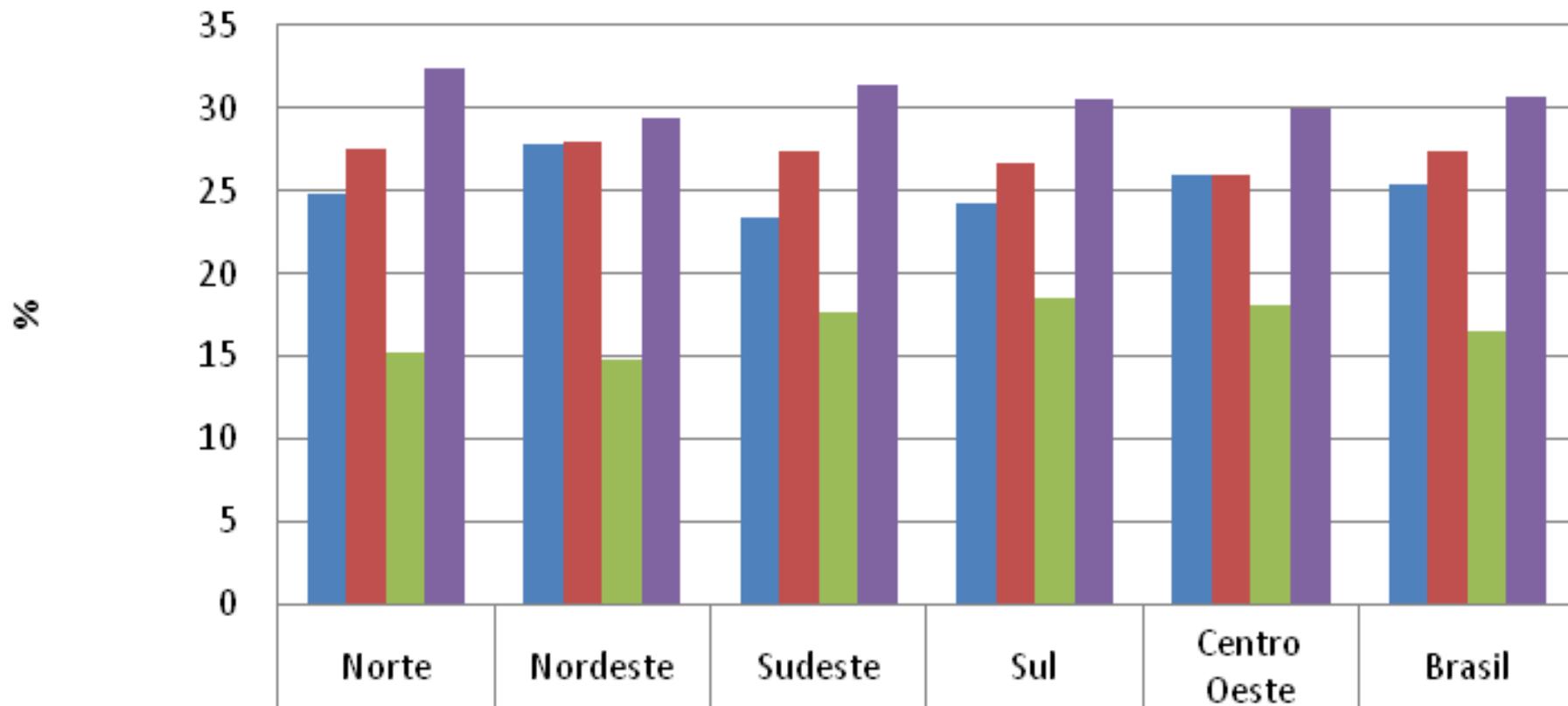
** Fonte: IDB/DATASUS/MS

© Henrique Beltrão - beltraoh@gmail.com

Proporção de óbitos infantis, segundo tempo de vida e cor da pele/raça Brasil, 2011

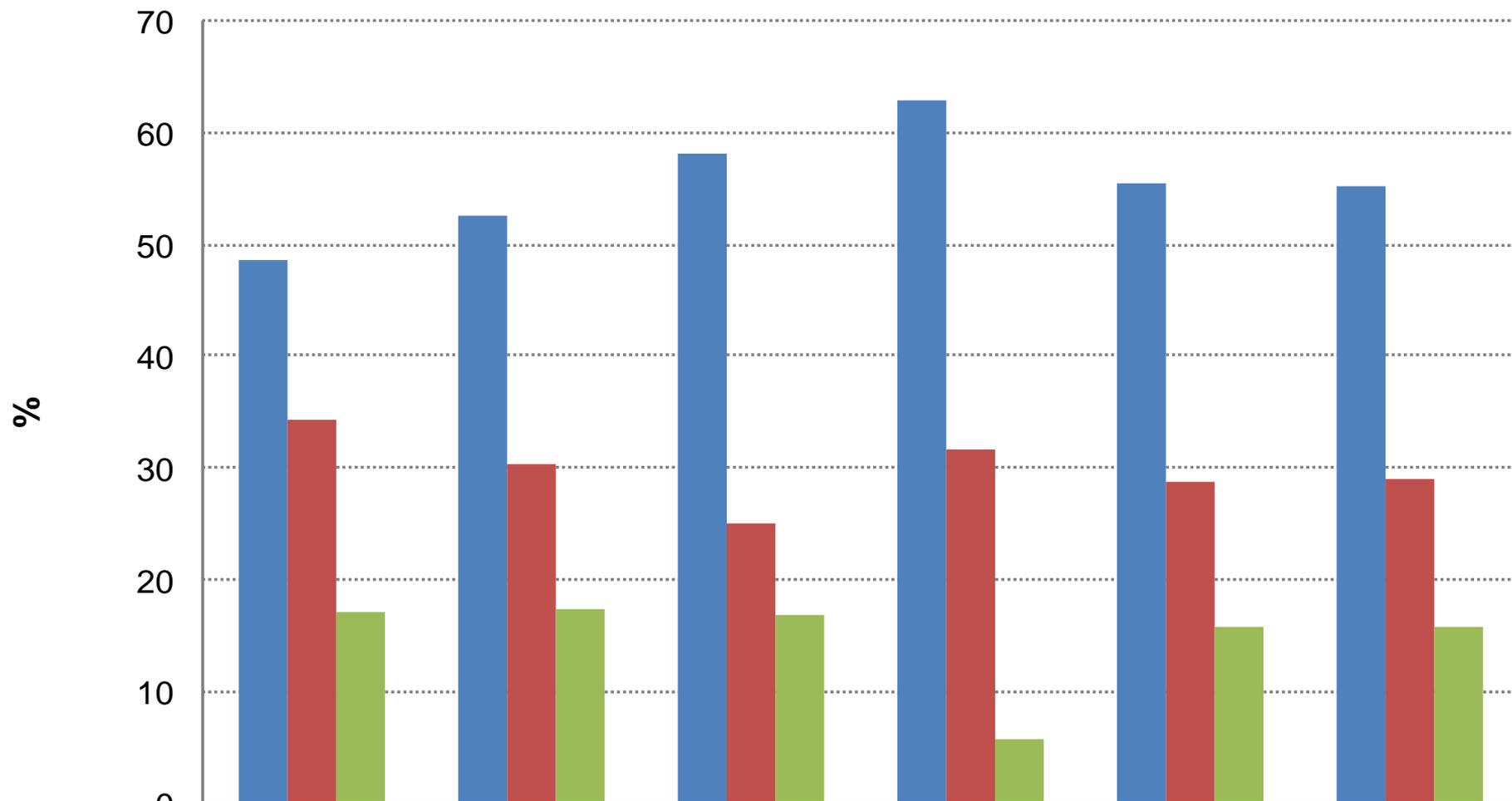


Percentual de óbito infantil por idade. Brasil e Regiões, 2011.



■ < 1 dia	25	28	23	24	26	25
■ 1 a 6 dias	27	28	27	27	26	27
■ 7 a 27 dias	15	15	18	18	18	17
■ 28 a 364 dias	32	29	31	31	30	31

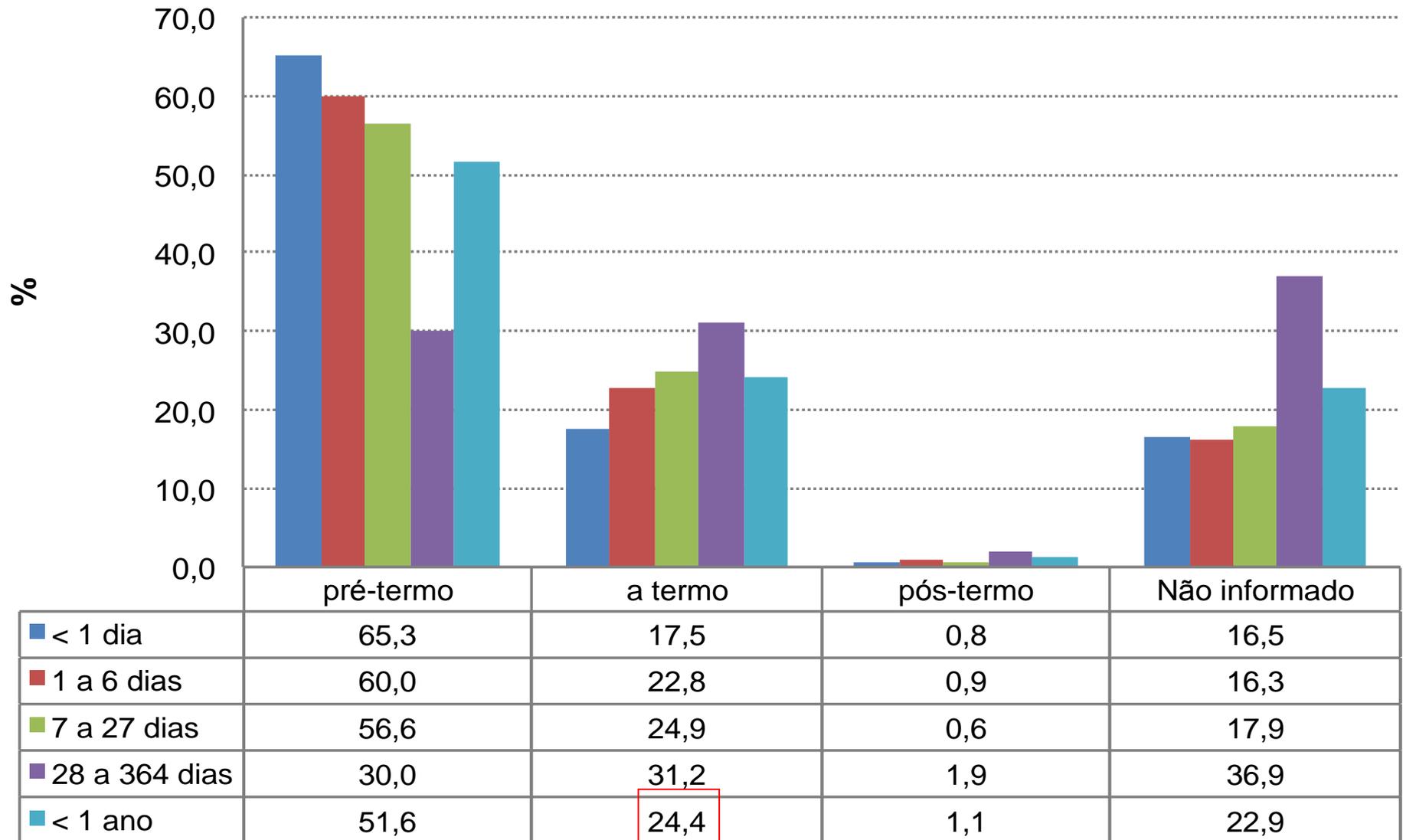
Proporção de óbitos infantis, segundo peso ao nascer Brasil e regiões, 2011



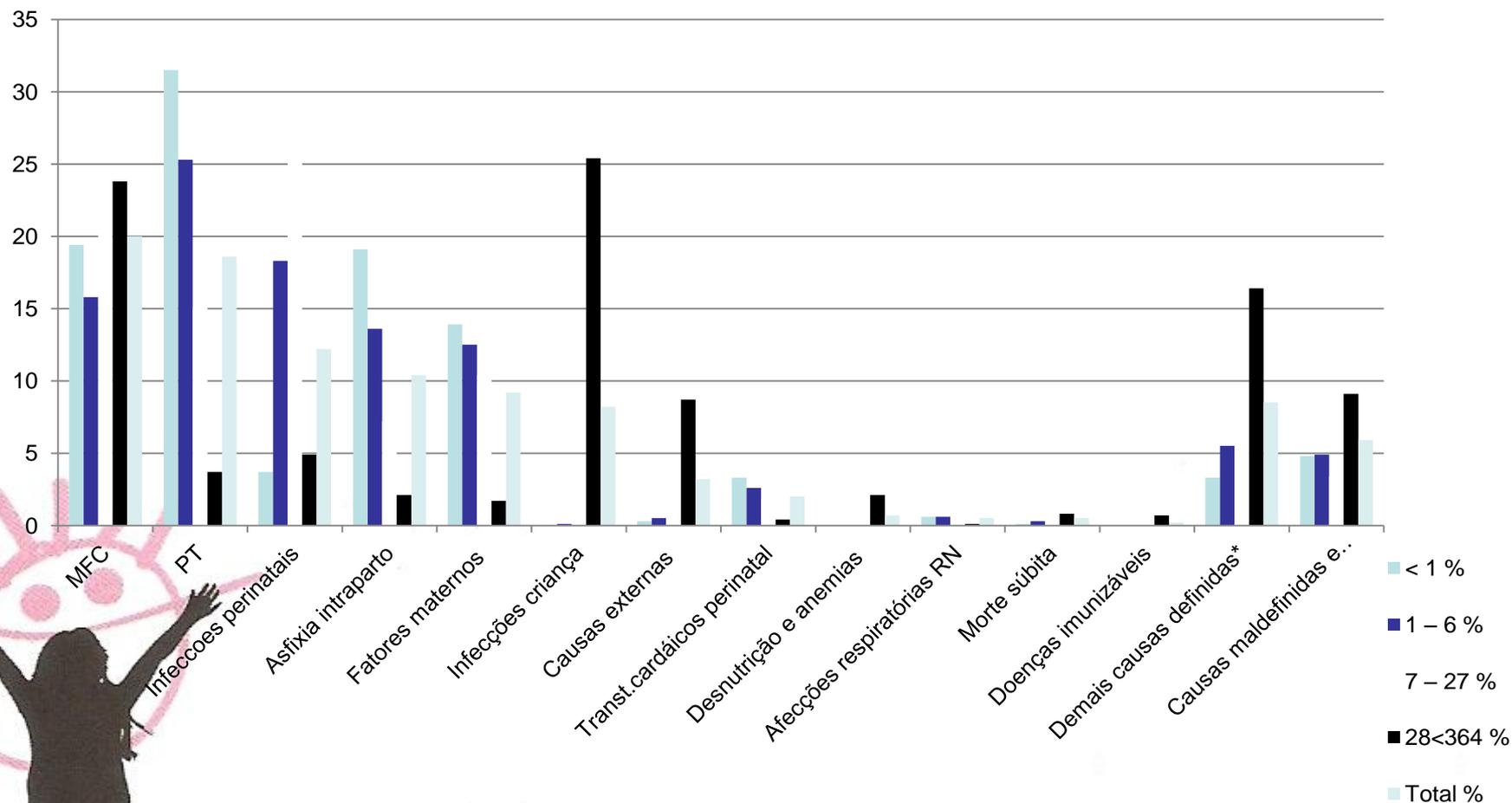
■ < 2500g
■ >= 2500g
■ Ignorado

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
< 2500g	48,6	52,5	58,0	62,8	55,6	55,3
>= 2500g	34,3	30,2	25,1	31,6	28,7	29,0
Ignorado	17,2	17,3	16,9	5,6	15,7	15,7

Proporção de óbitos infantis, segundo tempo de vida e idade gestacional – Brasil, 2011



Distribuição percentual das causas de óbito infantil segundo idade do óbito. Brasil e regiões, 2011



< 1 dia
MFC 30%
asfixia intraparto 35%

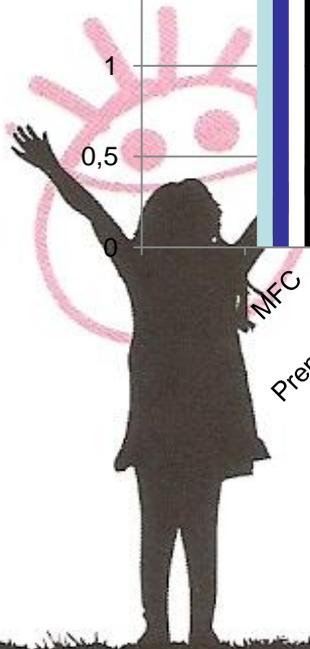
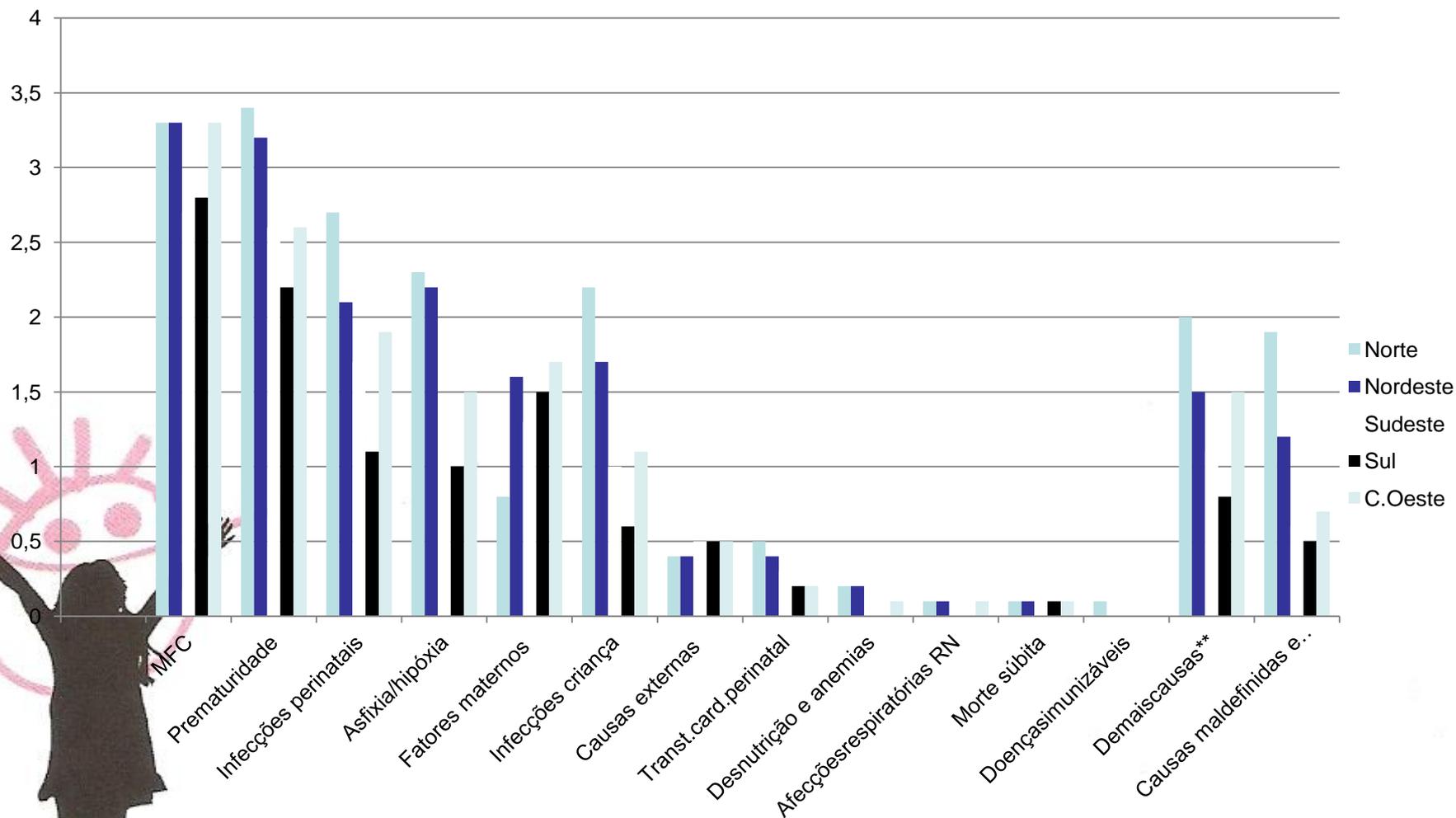


Melhorar sua vida, nosso compromisso.

Ministério da Saúde



Taxas específicas de mortalidade infantil por causas Brasil e regiões, 2011



Ministério da Saúde

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



Distribuição proporcional dos óbitos infantis segundo grupamento de causas*. Brasil, 2011

Causa	< 2500 g	>= 2500 g	Nãoinformado	Total
	%	%	%	%
Malformações congênitas	16,2	27,8	19,4	20,0
Prematuridade	29	3,3	9,7	18,6
Infecções específicas perinatais	15,2	8,9	7,3	12,2
Asfixia/hipóxia	8,6	15,8	6,9	10,4
Fatores maternos relacionados à gravidez	14,2	3,2	2,7	9,2
Infecções da criança	4	11,8	16,8	8,2
Causas externas na criança	1	4,5	8,3	3,2
Transt. card. orig. per. perinatal	2	2,4	1,4	2,0
Desnutrição e anemias nutricionais	0,3	1,0	1,7	0,7
Afecções respiratórias RN	0,4	0,6	0,3	0,5
Síndrome da morte súbita	0,2	0,9	0,7	0,5
Doenças imunizáveis	0	0,4	0,5	0,2
Demais causas*	5,5	11,5	13,4	8,5
Causas maldefinidas e inespecíficas**	3,5	7,9	10,8	5,9
Total	100	100	100	100

França, Lansky et al., 2012

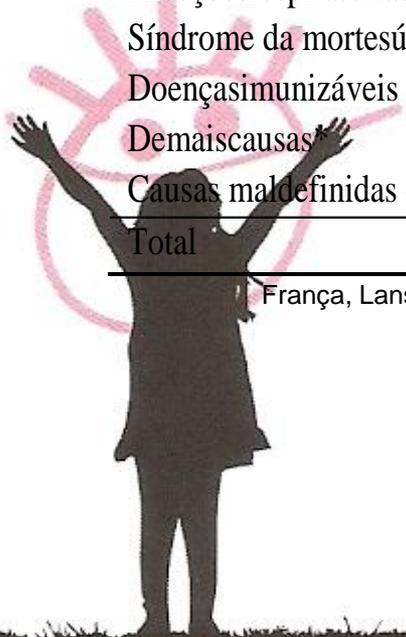
Infecções da criança

Pneumonias: 37% - 1376 em 2011

Diarréias + desidratação: 25% - 472 em 2011

Septicemias: 24%

Maldefinidas :11,0%

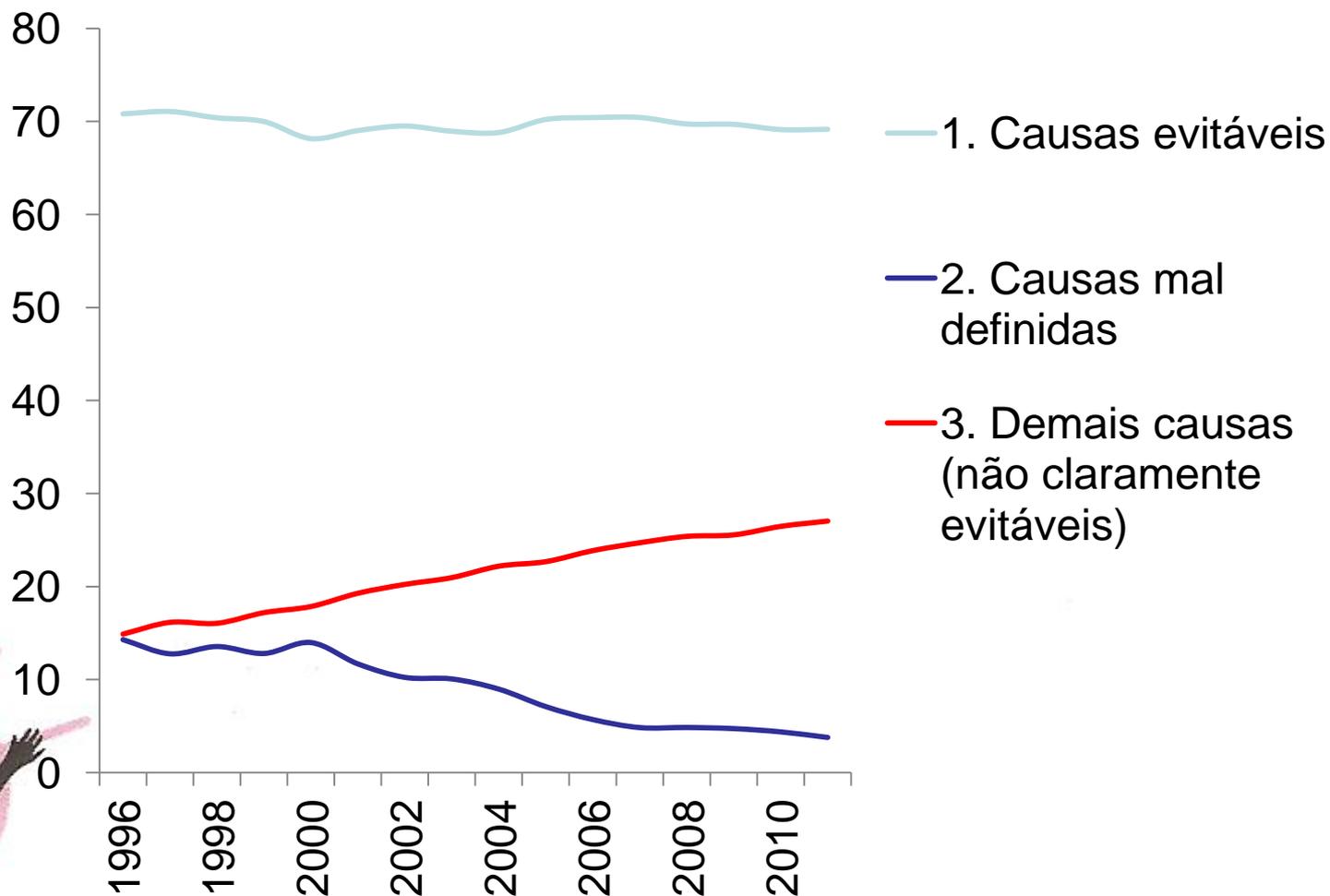


Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

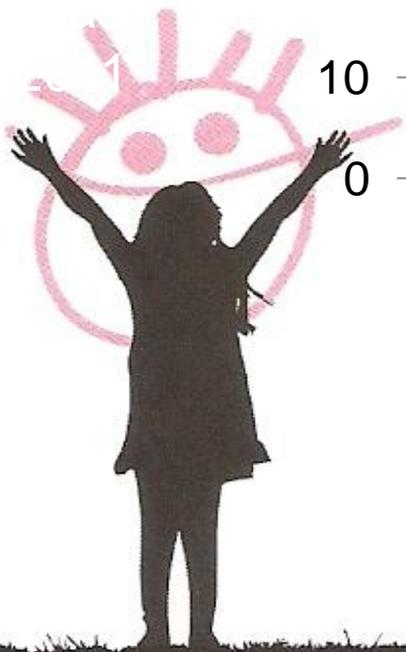
Causas do excesso de óbito infantil velhos e novos desafios

- Pneumonia, diarreia
- Prematuridade
 - prevenível no pré-natal
 - iatrogênica: interrupção indevida da gravidez
- Asfixia intraparto iatrogênica: práticas na assistência ao parto
- Infecções perinatais (sífilis, outras) : pré-natal e manejo do RN

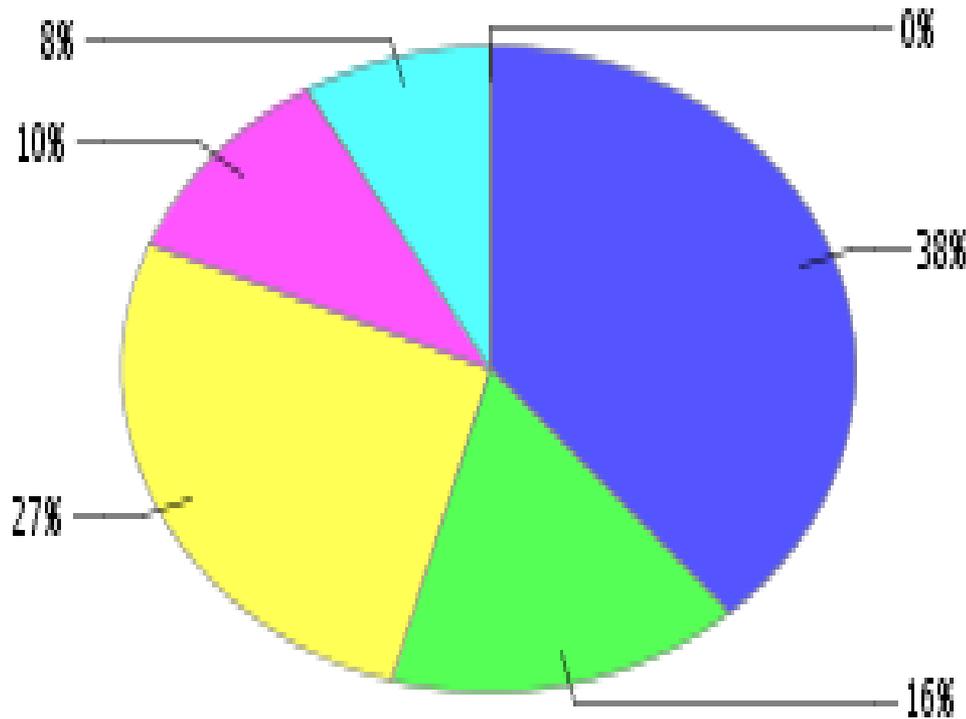




Fonte: CGIAE/SVS/MS
Classificação Brasileira de evitabilidade. Malta e cols.



Percentual de óbitos infantis notificados, segundo tipo de evitabilidade. Brasil, 2010.



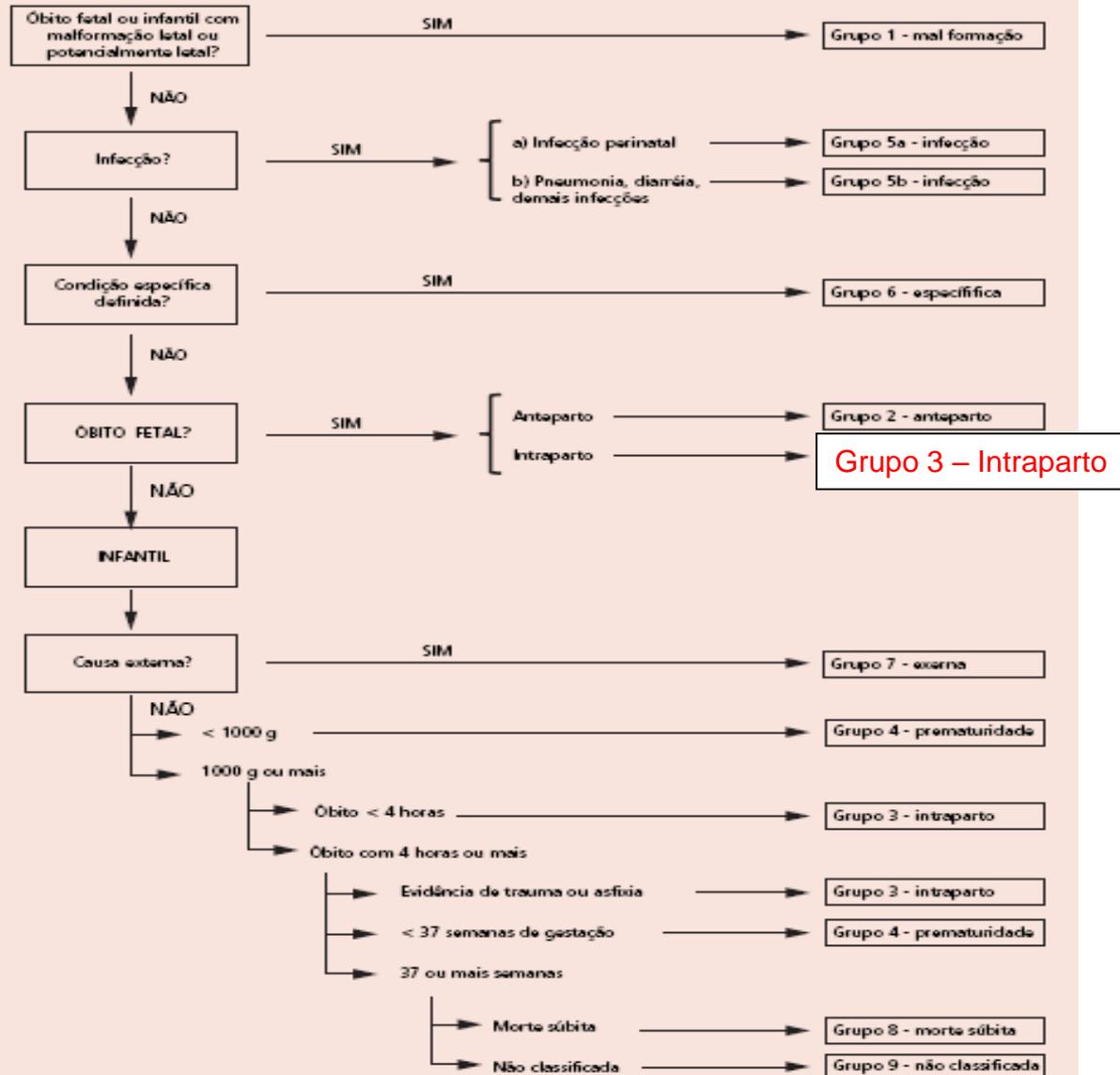
	2010	2011	2012
Evitável (n)	27.565	27.284	25.358
(%)	69	69	69
Total	39.870	39.496	36.986

Fonte: SIM/CGIAE/SVS/MS - Setembro de 201

- Por ações de imunizações
- Por adeq atenção à gestação
- Por adequada atenção ao parto
- Por adequada atenção ao RN
- Por ações de diagnóstico e trat adequado
- Por ações promoção vinc. a ações de atenção

Classificação de Wigglesworth modificada

CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS FETAIS E INFANTIS - ADAPTADA PARA O BRASIL
(SEGUNDO WIGGLESWORTH EXPANDIDA - CEMACH, 2005)*



* Modificado por Lansky, S.





Mortalidade fetal : situação concreta de dor para a família e a sociedade

- não faz parte dos Objetivos do Milênio ou agendas políticas de saúde
- mesmos determinantes mortalidade neonatal precoce
- potencialmente evitáveis por
 - condições de saúde reprodutiva
 - acesso e qualidade da assistência pré-natal e ao parto
- final de gestações de baixo risco, RN termo, sem malformação congênita
- *é possível reduzir as taxas*: ações conjuntas
redução da mortalidade materna e neonatal

Pattinson et al., 2011



Morte fetal: mortes invisíveis e evitáveis

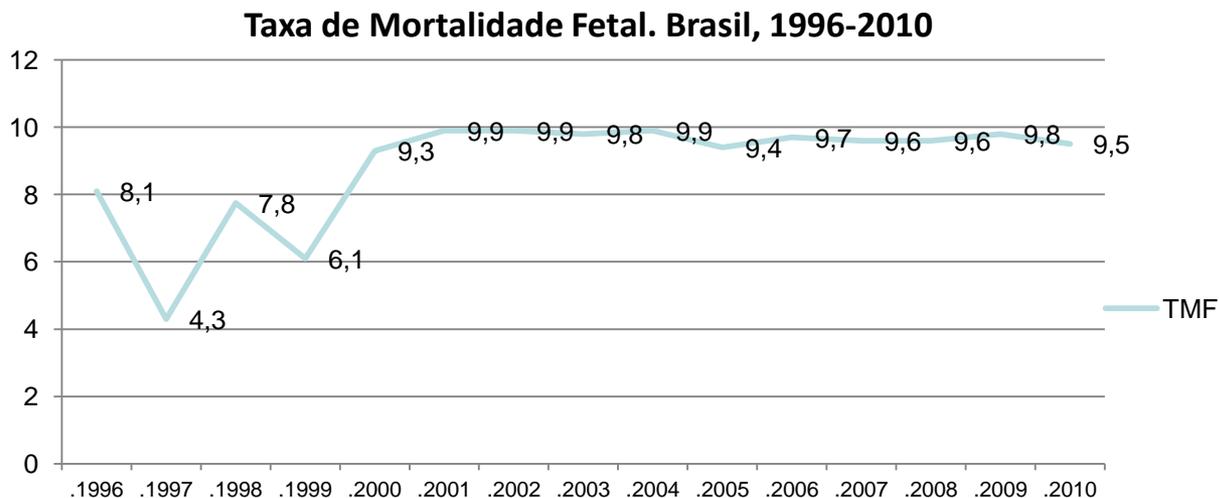
“Em contraste com o aumento do interesse e investimentos na saúde materna e infantil no mundo e no Brasil, o óbito fetal continua invisível”

Stillbirths Series - The Lancet, Mullan; Horton, 2011

Lawn et al., 2011

Taxa mortalidade fetal

- 2,0 óbitos/1000 - Finlândia
- + de 40/1000 - Nigéria e Paquistão
- Brasil 5 a 14,9/ 1000





Morte fetal: mortes invisíveis e evitáveis

Desafios : historicamente negligenciados

- “fatalidade” que não se pode prevenir
- não valorização do registro da morte fetal
 - baixa qualidade da DO e dos prontuários : “OF”
 - nascidos vivos de muito baixo peso registrados como OF
- serviços não analisam sua ocorrência
- não há investimentos específicos para a sua redução



Morte fetal: mortes invisíveis e evitáveis

Não utilização da informação na avaliação dos serviços de saúde

- Avaliação da atenção pré-natal: **óbito fetal antes do trabalho de parto**
 - patologias maternas, em especial hipertensão e diabetes
 - malformação congênita
 - infecções maternas, destaque para a sífilis
 - crescimento intrauterino restrito
 - tabagismo
- Avaliação da atenção ao parto: **óbito fetal durante o trabalho de parto**
 - dificuldade de acesso oportuno
 - assistência qualificada ao parto

A OMS estima que a atenção adequada ao parto e ao nascimento pode reduzir em torno de 23% a mortalidade fetal intraparto

Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade

MISSÃO

- Conhecer o perfil dos óbitos, seus determinantes e potencial de evitabilidade
- Dar visibilidade ao problema
- Subsidiar a implantação e/ou implementação de medidas que promovam a redução da mortalidade
- Monitorar a qualidade da assistência de saúde
- Caráter educativo, propositivo, sigiloso
limites éticos



Vigilância do Óbito Infantil e Fetal: Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal

BRASIL

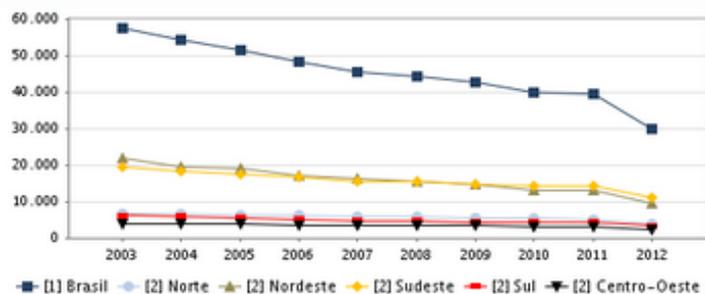
----- Selecione a aplicação desejada dentre as opções disponíveis -----

Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal

Configuração do Painel

Abrangência: País
 Categoria do Indicador: Notificação de óbitos infantis e fetais
 Subcategoria do Indicador: Óbitos por todas as causas
 Indicador: Todas as causas
 Região: -- não se aplica --
 Unidade Federativa: -- não se aplica --
 Mesorregião: -- não se aplica --
 Microrregião: -- não se aplica --
 Região de Saúde: -- não se aplica --
 Município: -- não se aplica --
 Ano: 2012
 Estatística: Número de casos
 Grupo etário: infantil

Nº de óbitos segundo abrangência e ano

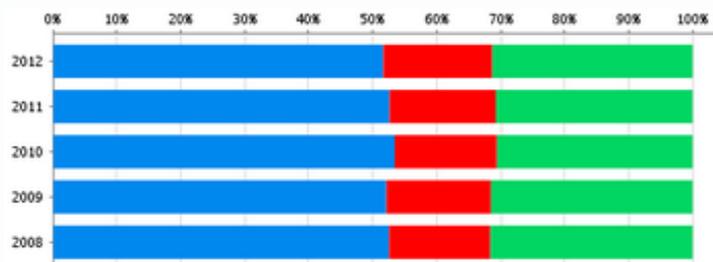


Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos dez anos precedentes.

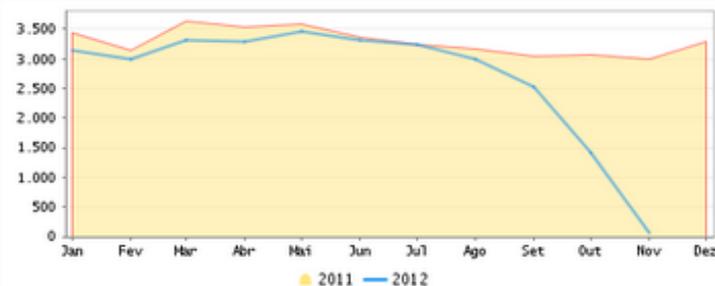
[1] País [2] Região

Fonte: SIM - Dezembro de 2012

Nº de óbitos segundo grupo etário e ano



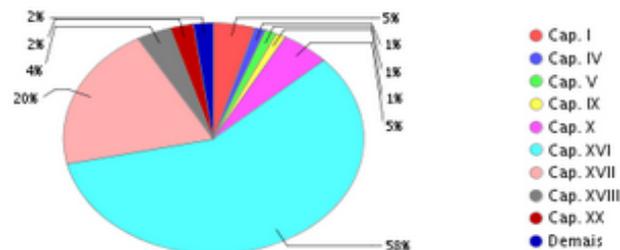
Nº de óbitos segundo mês e ano



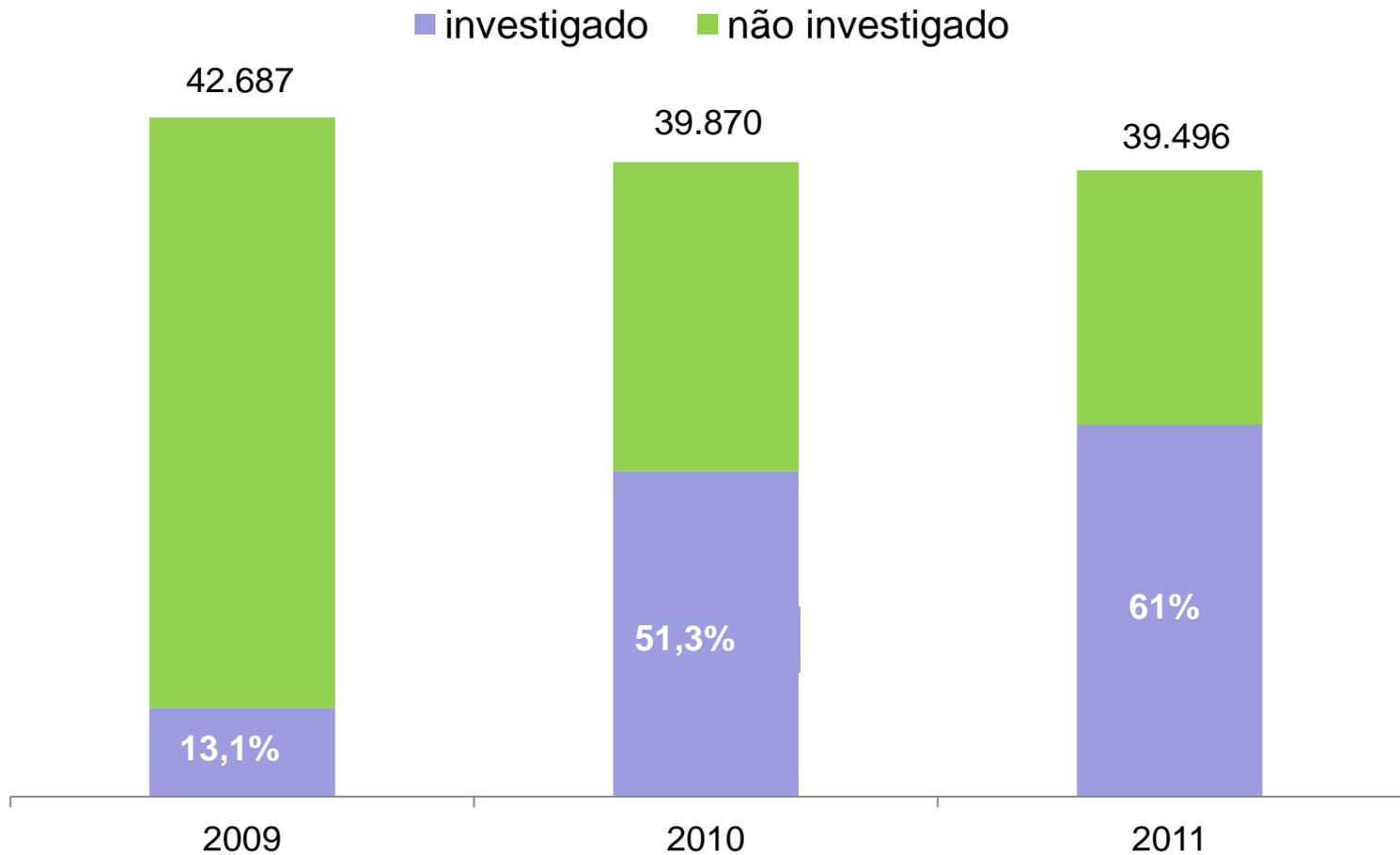
Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente.

Fonte: SIM - Dezembro de 2012

Nº de óbitos segundo capítulo da CID10

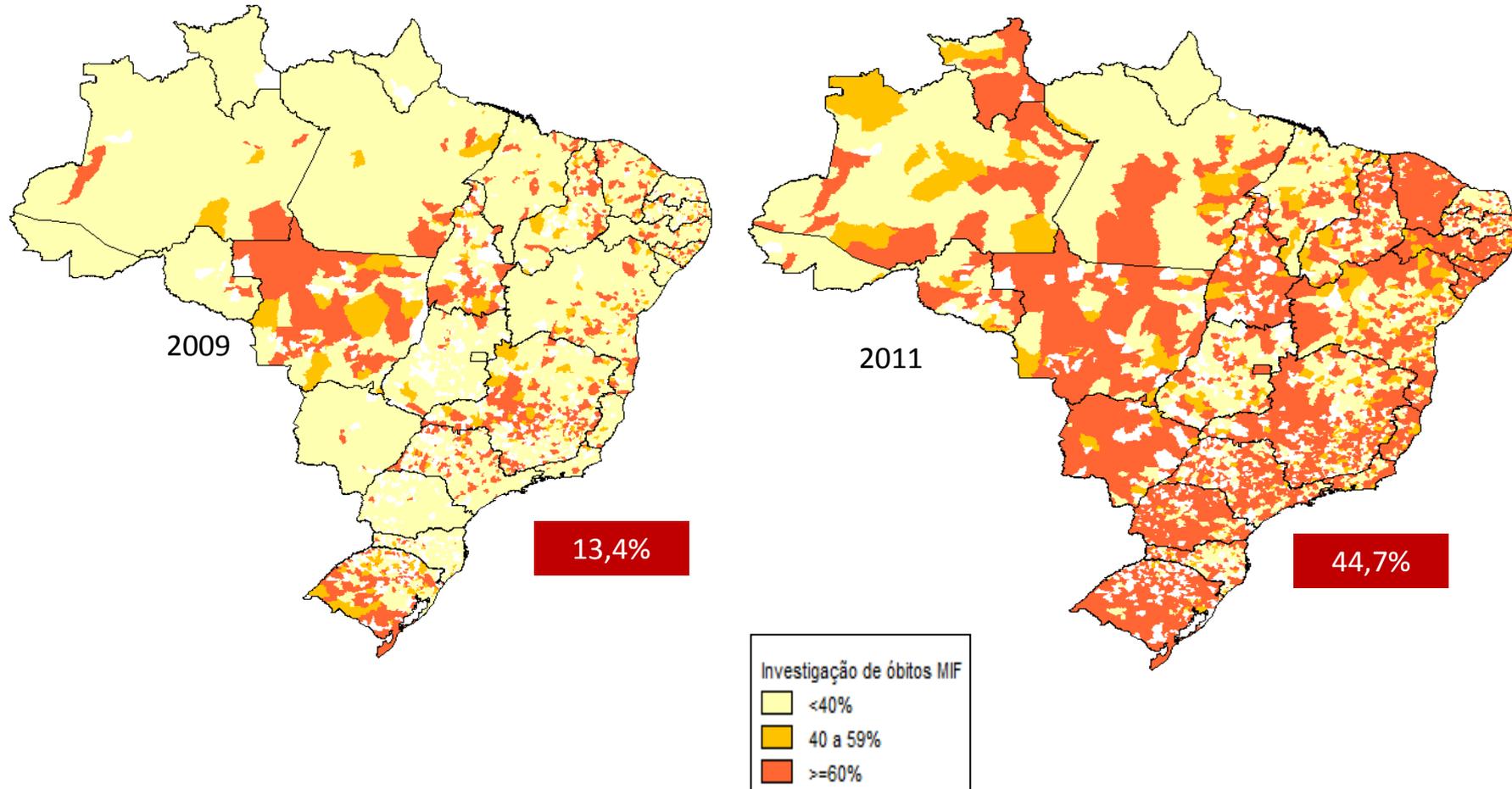


Óbitos infantis e percentual de investigação Brasil, 2009 - 2011



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS-MS

Distribuição de municípios segundo percentual de investigação de óbitos infantis. Brasil, 2009 e 2011



Vigilância do Óbito - Para quê?

Vigilância em saúde: acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, *com o propósito de aprimorar as medidas de prevenção e controle.*

- Levantamento dos dados: reconstituição da história de vida e de morte, da trajetória em busca de assistência
- Análise crítica e criteriosa: problemas sociais, assistenciais, análise de evitabilidade
- Atuação para prevenção de novas ocorrências
retorno às equipes, corresponsabilização, mudanças, mobilização social



Investigação dos óbitos: levantamento de dados

Equipe Secretaria de Saúde, Multiprofissional
Integração Atenção de Saúde + Vigilância

Equipes de Saúde da Família - Atenção Básica

- entrevista domiciliar
- levantamento de dados ambulatoriais

Equipe Vigilância + Atenção à Saúde

- serviços de atenção especializada
- serviços de urgência e hospital

Equipe Hospitalar: comitês / núcleos investigação



Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Fetal, Infantil

Multiprofissional, Atenção de Saúde + Vigilância, entidades profissionais, universidades, controle social

- Análise crítica, análise de causa raiz, evitabilidade, conclusão
- Retorno com encaminhamentos formal e recomendações para os serviços e gestores: Centros de Saúde, ESF, ambulatórios, hospitais
- Divulgação para a sociedade
- Fóruns Perinatais
- Monitoramento da implementação das ações



Desafios vigilância do óbito

- Agilidade, oportunidade da investigação para intervenção, para além de alimentar sistemas e organizar dados, *mover mudanças*
- Análise crítica da situação e mobilização efetiva para a mudança necessária e garantia de direitos
- Análise crítica à luz dos conceitos do modelo adequado de atenção
- Vigilância da mortalidade na infância - 1 a 5 anos



Desafios – atenção de saúde

- Controle social: garantia de direitos de cidadania
- Intersetorialidade: condições de vida, inclusão, equidade
- Saúde sexual e reprodutiva: adolescente, gravidez indesejada, aborto inseguro
- Organizar rede de atenção perinatal
- Qualificar o pré-natal
- Qualificar atenção ao parto e nascimento

Paradoxo perinatal: excesso intervenções X boas práticas

- Reduzir cesarianas desnecessárias - 56,0% em 2012
- prematuridade, BPN, asfixia intraparto
- Abranger Saúde Suplementar



Síndrome do sofrimento fetal iatrogênico

Sala de Parto precoce

Período expulsivo prolongado ???

Litotomia prolongada

Natimorto

Puxos dirigidos inadequados

RN
na UTI
com
asfixia

Ocitocina EV altas doses

Cesárea de urgência

Hipotensão
materna
Hipoperfusão
placentária
Hipóxia fetal

Fórcipe + episiotomia
Kristeller

Bradicardia ou desaceleração fetal



Aos 17 anos, em 2011 JHM faleceu 4 dias após o parto – bebê nasceu morto

- JHM teve seus direitos violados durante o seu trabalho de parto:
não utilizada tecnologia apropriada na assistência ao trabalho de parto

...Ficou sozinha, sem acompanhante, restrita ao leito

...Manejo ativo do trabalho de parto

*uso de ocitocina, rotura artificial e precoce da bolsa,
posição inadequada*

...Parto a fórceps

...Laceração de canal de parto, hemorragia

...Infecção puerperal.... .

Óbito materno e óbito fetal intraparto

Causa básica do óbito (DO refeita)

má assistência no trabalho de parto



Desafios

- Causa Básica e **Causa Raiz**: gestante peregrinou, sem acompanhante, más práticas na assistência, RN peregrinou
- Integração Vigilância – Atenção à Saúde
- Organização da Rede Integral de Atenção
- Mudança do modelo de atenção



Vigilância do óbito para transformação da realidade social e da atenção de saúde



Distribuição dos óbitos Infantis (SIM) e óbitos investigados segundo Distrito Sanitário. BH, 2012

<i>Distrito sanitário</i>	SIM		Óbitos evitáveis		Nascido vivo	TMI SIM	TMI Óbitos evitáveis*	Diferença TMI-SIM e TMI-óbitos evitáveis	Risco atribuível aos óbitos evitáveis
	Número	%	Número	%					
Barreiro	36	10,9	14	15,7	4207	8,6	3,3	5,2	38,9
Centro-Sul	31	9,4	10	11,2	2866	10,8	3,5	7,3	32,3
Leste	34	10,3	12	13,5	3063	11,1	3,9	7,2	35,3
Nordeste	40	12,2	11	12,4	3831	10,4	2,9	7,6	27,5
Noroeste	43	13,1	14	15,7	3958	10,9	3,5	7,3	32,6
Norte	31	9,4	6	6,7	3122	9,9	1,9	8,0	19,4
Oeste	40	12,2	10	11,2	3935	10,2	2,5	7,6	25,0
Pampulha	17	5,2	5	5,6	2463	6,9	2,0	4,9	29,4
Venda Nova	40	12,2	7	7,9	3948	10,1	1,8	8,4	17,5
Outros	17	5,2	0	0,0	151	112,6	0,0	112,6	0,0
Total	329	100,0	89	100,0	31544	10,4	2,8	7,6	27,1

Fonte: SIM e CMPOIF/SMSA-BH

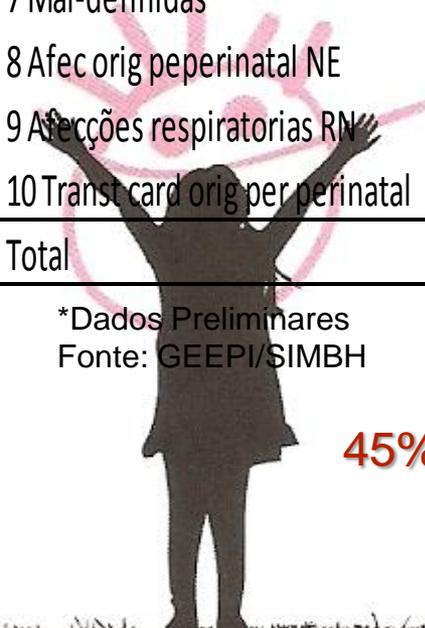
*Óbitos Evitáveis com critérios do comitê: \geq de 1,5kg, sem malformação congênita grave

Óbitos Infantis segundo causas, BH -2012

Causa (CID 10)	0-6 dias		7-27 dias		Neonatal Total		28d-<1 ano		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 Malformações congênicas	41	15,1	16	23,9	57	24,8	40	35,1	97	28,2
2 Prematuridade	57	21,0	15	22,4	72	31,3	4	3,5	76	22,1
3 Infecções	19	7,0	18	26,9	37	16,1	18	15,8	55	16,0
4 Demais causas	11	4,1	4	6,0	15	6,5	35	30,7	50	14,5
5 Asfixia/hipoxia	15	5,5	6	9,0	21	9,1	1	0,9	22	6,4
6 Fatores maternos e relacionados à gravidez	15	5,5	5	7,5	20	8,7	1	0,9	21	6,1
7 Mal-definidas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	13,2	15	4,4
8 Afec orig peperinatal NE	3	1,1	3	4,5	6	2,6	0	0,0	6	1,7
9 Afecções respiratorias RN	2	0,7	0	0,0	2	0,9	0	0,0	2	0,6
10 Transt card orig per perinatal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	163	100,0	67	100,0	230	100,0	114	100,0	344	100,0

*Dados Preliminares
Fonte: GEEPI/SIMBH

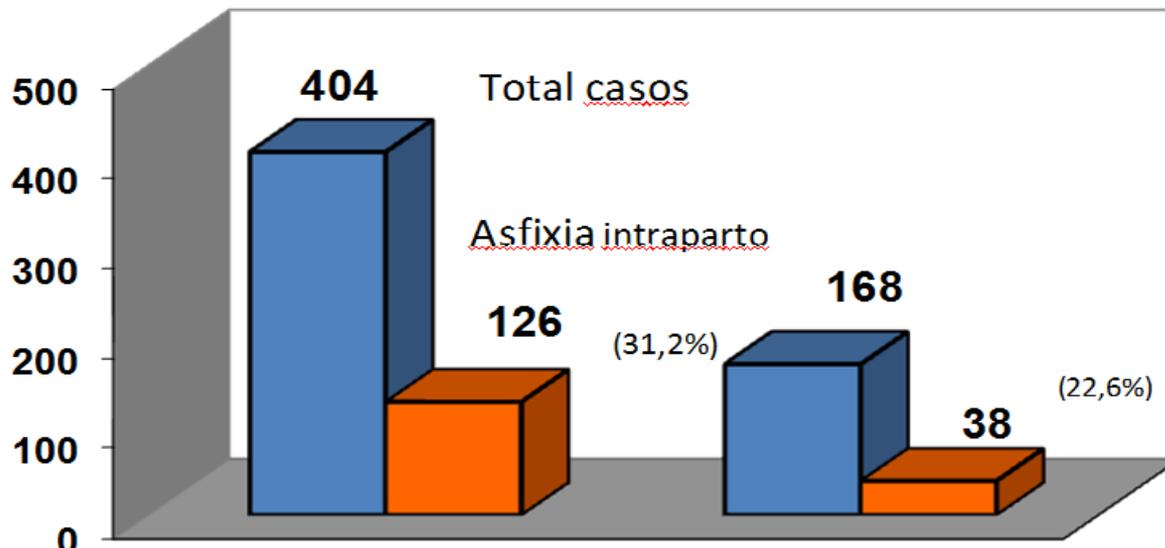
45% dos óbitos neonatais evitáveis investigados em 2011 tiveram como causa a asfixia intraparto



Monitoramento e prevenção asfixia intraparto

Número de óbitos

Óbitos perinatais investigados, peso ao nascer $\geq 1500g$ BH, 1999 e 2007



Fonte: Lansky et al, 2002 e Comitê de Óbitos SMSA-BH

Taxa de mortalidade perinatal por asfixia intraparto
4,2/1000 em 1999 1,3 / 1000 em 2007

Asfixia intraparto:

25% óbitos infantis evitáveis - BH
25% das mortes neonatais - Brasil



COMITE DE PREVENÇÃO DE ÓBITOS BH VIDA

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE ÓBITOS EVITÁVEIS

Unidade de Saúde: _____

Prezado (a) Senhor (a) _____

Enviamos o caso de óbito de _____,
avaliado pelo Comitê de Óbitos BH-Vida, para seu conhecimento.

Solicitamos o seu empenho para a discussão dos problemas identificados
e adoção das medidas necessárias para prevenção de situações semelhantes.
Gentileza retornar no prazo de 30 dias um relatório identificando as ações
realizadas.

Problemas identificados:

Gratos pela atenção,

Comitê Municipal de Prevenção de Óbitos BH Vida

Data: _____



Valorização do parto e nascimento como experiência humana e fisiológica



Centro de Parto Normal
Hospital Sofia Feldman



Nascimento saudável uma questão de saúde pública

Comissão Perinatal
SMSA-BH



www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal

bhpelopartonormal@pbh.gov.br
comissaoperinatal@pbh.gov.br



P.R.L. BELO HORIZONTE





Cada morte materna e cada morte infantil evitável deve nos causar a indignação necessária para superação das desigualdades, da exclusão social e da discriminação, para agir em defesa da vida!



não existe meio direito, meia negligência ou meia morte.

90% das mortes de mulheres grávidas poderiam ser evitadas com o atendimento adequado.

Saiba seus direitos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação, independente de sua duração, ou até 42 dias após seu término, em virtude de qualquer causa relacionada com ou agravada pela própria gravidez ou por medidas a ela relacionadas.

Obrigada!

comissaoperinatal@pbh.gov.br

