UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nayara Clara Lopes Moreira

PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO:

ANÁLISE DE ESTRATÉGIAS DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DE ÓBITOS MATERNOS POR HEMORRAGIA EM MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2025

Nayara Clara Lopes Moreira

PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO

ANÁLISE DE ESTRATÉGIAS DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DE ÓBITOS MATERNOS POR HEMORRAGIA EM MINAS GERAIS

Produto técnico/tecnológico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida
Coorientadora: Dra. Ana Renata Moura Rabelo

Belo Horizonte
2025

1 INTRODUÇÃO

Este relatório técnico é parte integrante da dissertação de Nayara Clara Lopes Moreira, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços da Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A autora tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientada pela professora Dra. Vanessa de Almeida e coorientada pela Dra. Ana Renata Moura Rabelo. Sua utilização pela gestão estadual e regional poderá fortalecer processos de trabalho, apoiar a qualificação das práticas assistenciais e de vigilância e fomentar a implementação de intervenções baseadas em evidências, contribuindo para a redução da mortalidade materna por hemorragia no estado.

A dimensão de impacto social do relatório reside em sua capacidade de transformar evidências produzidas no âmbito da vigilância da mortalidade materna em diretrizes operacionais que qualifiquem a atuação estatal diante de um agravo amplamente evitável e marcado por profundas iniquidades. Em um contexto nacional em que as mortes maternas evitáveis — especialmente por hemorragia pós-parto — permanecem como desafio persistente, o documento contribui para tensionar práticas institucionais e induzir mudanças organizacionais capazes de alterar trajetórias de risco e prevenir desfechos adversos.

Ao sistematizar os achados dos óbitos ocorridos entre 2019 e 2021, que revelam atrasos no reconhecimento da gravidade, falhas no encaminhamento e manejo clínico insuficiente, o relatório subsidia a revisão crítica dos processos de trabalho e reforça a responsabilização das unidades regionais na implementação das recomendações do CEPMMIF-MG. Sua adoção favorece maior alinhamento entre planejamento, gestão e execução das ações previstas no PEMMI, ampliando a capacidade de resposta dos territórios e contribuindo para reduzir desigualdades regionais historicamente presentes na atenção obstétrica em Minas Gerais.

Além disso, o documento ganha relevância estratégica ao reafirmar a necessidade de integração intersetorial e de enfrentamento dos determinantes sociais da mortalidade materna, alinhando-se às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Com orientações baseadas nas fragilidades identificadas e nos potenciais de reorganização da rede, o relatório tem o

potencial de desencadear mudanças que ultrapassam o campo técnico-assistencial, repercutindo na ampliação do acesso a cuidados sexuais e reprodutivos seguros, na redução de iniquidades, no fortalecimento da proteção social e na promoção da justiça sanitária.

Assim, o impacto social projetado decorre de sua capacidade de influenciar decisões de gestão, orientar práticas profissionais e contribuir para a consolidação de um sistema de saúde mais equânime, responsivo e comprometido com a prevenção de mortes maternas evitáveis — promovendo melhorias concretas nas condições de vida e saúde das mulheres e de suas famílias em Minas Gerais.

A mortalidade materna por causas evitáveis permanece como um dos mais expressivos indicadores das desigualdades estruturais que atravessam os sistemas de saúde, revelando fragilidades tanto na organização da rede assistencial quanto na capacidade de resposta institucional diante de agravos obstétricos. Em contextos marcados por iniquidades sociais, raciais e territoriais — como é o caso de Minas Gerais — tais vulnerabilidades são ainda mais evidentes, especialmente quando se observa a persistência da hemorragia obstétrica como principal causa direta de óbito materno. Esse cenário reafirma a insuficiência de mecanismos de prevenção, manejo oportuno e articulação intersetorial, além de apontar limitações na consolidação de políticas públicas orientadas à integralidade do cuidado.

A mortalidade materna, reconhecida como um indicador-sentinela da qualidade da atenção à saúde da mulher e do grau de maturidade dos sistemas de saúde, expressa simultaneamente dimensões clínicas, organizacionais e sociopolíticas. Ainda que iniciativas relevantes tenham sido implementadas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Rede Cegonha e o Plano Estadual de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI), a trajetória recente do estado demonstra que tais estratégias, embora estruturantes, não têm sido suficientes para enfrentar de forma consistente os determinantes que sustentam a ocorrência de óbitos evitáveis.

Este relatório técnico baseia-se na análise aprofundada de 49 óbitos diretos por hemorragia investigados pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF-MG), complementada pela revisão de relatórios oficiais de mortalidade, devolutivas encaminhadas às

Regionais de Saúde e avaliação crítico-analítica dos Planos de Ação regionais vigentes no período de 2019 a 2021. A pesquisa examinou as estratégias de redução da mortalidade materna por hemorragia adotadas por quatro unidades regionais de saúde, selecionadas por apresentarem as duas maiores e as duas menores proporções de óbitos por essa causa. A delimitação do estudo a esse conjunto de URS justificou-se tanto pelo tempo disponível para a investigação quanto pela necessidade de conduzir uma análise comparativa mais aprofundada.

Os achados apontam que a maioria dessas mortes poderia ter sido prevenida mediante maior robustez da Rede de Atenção Materna e Infantil, com ênfase na qualificação da Atenção Primária como coordenadora do cuidado, adesão rigorosa aos protocolos clínicos, resposta hospitalar tempestiva e disponibilidade adequada de insumos estratégicos, particularmente hemocomponentes.

2 OBJETIVO

Apresentar, de forma integrada e dissertativa, os principais achados da investigação e traduzir esses resultados em propostas de intervenção, orientadas à qualificação da gestão estadual e regional do SUS, visando impactar diretamente os determinantes mais críticos da mortalidade materna por hemorragia.

3 RESULTADOS

A análise criteriosa dos relatórios e devolutivas do CEPMMIF-MG revelou fragilidades estruturais distribuídas ao longo de toda a Rede de Atenção à Saúde. As falhas foram identificadas desde o pré-natal até a assistência hospitalar, confirmando que a mortalidade materna por hemorragia decorre de uma cadeia de eventos que poderia ser interrompida por uma assistência organizada, oportuna e tecnicamente qualificada.

A revisão documental evidenciou discrepâncias entre os óbitos registrados no Sistema de Informações de Mortalidade e aqueles confirmados pelo CEPMMIF-MG, indicando subnotificação e risco de subdimensionamento da mortalidade materna no estado. Além disso, verificou-se predominância de óbitos entre mulheres negras e com baixa escolaridade, reforçando a presença

de determinantes sociais e raciais na produção desses eventos, conforme já demonstrado na literatura nacional.

A análise das devolutivas de 49 óbitos diretos por hemorragia revelou 141 fragilidades, distribuídas nos componentes da Rede de Atenção, com maior concentração na Atenção Hospitalar e na Atenção Primária à Saúde. Problemas recorrentes incluíram ausência de planejamento reprodutivo, falhas na estratificação de risco gestacional, não utilização de protocolos clínicos, reconhecimento tardio de complicações e dificuldade de acesso a hemocomponentes. Essas falhas indicam lacunas na condução clínica, desorganização dos fluxos assistenciais e baixa integração entre os níveis de atenção, elementos que são determinantes para atrasos assistenciais e agravamento dos casos.

3.1 Fragilidades Estruturais Identificadas nos Serviços de Saúde

A partir da análise das devolutivas, as fragilidades foram classificadas por componente da rede, permitindo um diagnóstico detalhado dos pontos mais vulneráveis.

Na Atenção Primária à Saúde, observou-se ausência de ações direcionadas ao planejamento reprodutivo, falhas na estratificação de risco gestacional, não valorização de sinais indicativos de acretismo placentário e baixa articulação com a Atenção Especializada. Essas lacunas revelam dificuldades na realização de um pré-natal resolutivo, capaz de identificar precocemente gestantes de risco e encaminhá-las de maneira adequada.

Na Atenção Especializada, os problemas envolveram barreiras de acesso, baixa oferta de exames e dificuldades para acompanhamento de gestantes de alto risco, evidenciando insuficiência de capacidade instalada e fragilidade no ordenamento dos cuidados pela lógica de linha de cuidado.

A Atenção Hospitalar concentrou o maior número de fragilidades. Foram identificadas falhas no reconhecimento precoce da hemorragia, não adesão aos protocolos clínicos e demora na instituição das condutas terapêuticas. A dificuldade no acesso a hemocomponentes e a inexistência de rotinas padronizadas de resposta rápida também figuraram como problemas determinantes para o desfecho fatal.

Nos componentes Regulação e Urgência/Emergência, foram relatados atrasos na transferência de pacientes graves e tempos inadequados na busca

de leitos, indicando fragilidades na articulação entre os serviços e insuficiência de mecanismos de resposta rápida.

Fragilidades vinculadas a atitudes da Mulher/Família incluíram atraso na busca por assistência e dificuldade de compreensão dos riscos, revelando a importância da educação em saúde, do fortalecimento do vínculo e da comunicação com as gestantes.

Por fim, nos componentes Comitê e Gestão, verificou-se ausência de reuniões ordinárias e subutilização dos comitês como instâncias ativas de análise e retroalimentação da gestão.

3.2 Estratégias Regionais: Avanços e Limitações na Implementação dos Planos de Ação

A avaliação dos Planos de Ação regionais revelou graus distintos de implementação das diretrizes do Plano Estadual de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil (PEMMI). Embora esforços significativos tenham sido identificados, especialmente na área estratégica de mobilização social, a execução das ações de prevenção da gravidez não planejada e de qualificação da assistência (áreas estratégicas 1 e 2) mostrou-se limitada em diversas regionais.

Um dos achados mais relevantes é a identificação de que, em alguns territórios, as ações planejadas não se alinham às fragilidades assistenciais reveladas pelas devolutivas dos óbitos. O exemplo mais ilustrativo está na Regional 2, cujo plano priorizou campanhas e qualificação do pré-natal, mas deixou de contemplar as falhas críticas identificadas pela investigação dos óbitos, como problemas no manejo hospitalar da hemorragia e dificuldade de acesso a sangue seguro. Isso revela desalinhamento entre planejamento e realidade assistencial, limitando a efetividade das ações propostas.

3.2.1 Subutilização dos Relatórios e Devolutivas do CEPMMIF-MG

O estudo evidenciou de forma consistente que os relatórios e devolutivas elaborados pelo CEPMMIF-MG são subutilizados pelas Regionais e municípios como ferramentas de gestão. Essa subutilização representa a perda de uma fonte estratégica de informação, capaz de orientar ações direcionadas e intervenções baseadas em evidências. Ademais, observou-se que o acesso limitado desses documentos pelos órgãos de controle social restringe a capacidade de acompanhamento das recomendações e das medidas adotadas

pela gestão estadual, municipal e pelos serviços de saúde. Ampliar a disponibilização e a sistematização desse fluxo de informações é fundamental para fortalecer a transparência, aprimorar o monitoramento das respostas institucionais e qualificar o papel do controle social no enfrentamento da mortalidade materna por hemorragia.

A ausência de incorporação sistemática desses documentos nos processos decisórios contribui para a persistência de falhas já reconhecidas, para a repetição de padrões que resultam em óbitos evitáveis e para a elaboração de planos de ação com baixa aderência às necessidades reais do território. Além disso, enfraquece o monitoramento das ações implementadas e reduz o potencial de responsabilização dos gestores, elementos fundamentais para a qualidade da governança em saúde.

4. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

As propostas de intervenção aqui apresentadas dialogam diretamente com as evidências levantadas nos relatórios, devolutivas e entrevistas, orientando gestores estaduais e regionais na reorganização de processos e no fortalecimento da governança sobre a mortalidade materna. De modo transversal e intersetorial, sem que seja enquadrado em um nível específico abaixo, aponta-se a necessidade de intervir sobre o quesito racial enquanto determinante social de saúde que impacta no fenômeno da mortalidade materna. Indica-se especialmente a necessidade de estudos locais sobre os fatores associados e que influenciam neste cenário, identificando nós críticos para atuação, tais como discriminação social por profissionais da saúde.

4.1 Fortalecimento da APS como porta de entrada qualificada

– Implementar programas de planejamento reprodutivo com oferta ampliada de métodos contraceptivos.

– Reforçar a estratificação de risco gestacional com protocolos padronizados estaduais.

– Intensificar a educação permanente para equipes de pré-natal, com foco em acretismo, placenta prévia e sinais de hemorragia.

4.2 Reorganização da Rede de Atenção Especializada e Hospitalar

– Implantar linhas de cuidado regionais para gestantes de alto risco.

– Padronizar protocolos de manejo da hemorragia pós-parto em todos os serviços.

– Garantir acesso rápido e contínuo a hemocomponentes, com pactuação regional das rotinas de transfusão.

– Instituir um processo estruturado de identificação, registro e análise de casos de morbidade materna grave (*near miss*) nos serviços hospitalares da rede estadual e municipal, utilizando ferramentas de monitoramento clínico integradas aos prontuários eletrônicos.

4.3 Fortalecimento da Regulação e Resposta Rápida

– Implementar fluxos regionais para transferência de pacientes graves, com tempos máximos definidos.

– Inserir o tema “hemorragia obstétrica” nos protocolos do SAMU e das portas de urgência.

4.4 Valorização e integração dos Comitês de Mortalidade

– Tornar obrigatória a apresentação trimestral das devolutivas nas reuniões regionais de gestores.

– Fortalecer os Comitês Regionais e instituir o uso dos relatórios produzidos pelos Comitês como base para o planejamento anual das regionais.

– Incluir na rotina dos órgãos de controle social formas de acompanhamento dos documentos e recomendações emitidos pela vigilância dos óbitos e as tratativas dadas pela gestão estadual/municipal e local dos serviços de saúde.

4.5 Ampliação da cobertura da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia

– Expandir treinamentos para hospitais de pequeno porte e APS.

– Criar polos regionais de educação permanente, com simulações realísticas.

4.6 Gestão e Governança da Informação

– Sistematizar a análise dos relatórios do CEPMMIF-MG com uso de *dashboards* regionais.

– Integrar vigilância e atenção na análise dos casos, fortalecendo a cultura de aprendizagem a partir dos óbitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos óbitos por hemorragia em Minas Gerais mostra que a mortalidade materna permanece como fenômeno complexo, multicausal e profundamente marcado por desigualdades estruturais. As fragilidades identificadas ao longo da rede apontam que a redução sustentável desses óbitos depende de mudanças estruturais na organização da assistência, da qualificação das equipes e da incorporação sistemática das informações produzidas pelos comitês de mortalidade.

O fortalecimento da regionalização da atenção, da integração entre vigilância e assistência e da governança baseada em evidências constitui pilares essenciais para que o estado avance na redução de mortes maternas evitáveis. As propostas aqui apresentadas oferecem diretrizes concretas para gestores e podem orientar a revisão dos planos regionais, contribuindo para uma resposta mais eficiente, equitativa e humanizada.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa de; MOREIRA, Nayara Clara Lopes; LOPES, Lívia Maria Gomes; SANTOS, Camila da Silveira. Comitê de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal de Minas Gerais: trajetória. *In*: OLIVEIRA, Luciano Moreira de (org.). **Projeto Mellyssa**: boas práticas no enfrentamento à mortalidade materna e infantil. Brasília, DF: CONASEMS, 2023. p. 70-79.

AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa de; LANA, Ana Maria. Infant Mortality and Obstetric Assistance's Quality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 10, p. 479-481, out. 2016. Doi: https://doi.org/10.1055/s-0036-1593777. Acesso em: 27 out. 2025

ALVES, Álvaro Luiz Lage; FRANCISCO, Adriana Amorim; OSANAN, Gabriel Costa; VIEIRA, Laíses Braga. Postpartum hemorrhage: prevention, diagnosis and non-surgical management. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 11, p. 776-784, 2020. Doi: https://doi.org/10.1055/s-0040-1721882. Acesso em: 27 out. 2025

ARAÚJO, Bianca Freitas de. **Mortalidade materna no Brasil:** análise de conteúdo dos Planos Estaduais e Nacional de Saúde. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte (org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz EAD/Ensp, 2013. Disponível em: https://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

COSTA, Maria L.; SOUZA, Renato T. The past and future of maternal and peripartum mortality. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 7, e985-e986, 2023. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00259-0/fulltext. Acesso em: 16 out. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) **10 passos do cuidado obstétrico para redução da morbimortalidade materna**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IFF, maio 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/dezpassos-reducao-mm/. Acesso em: 27 out. 2025.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 607-614, 2020.

MOTTA, Caio Tavares; MOREIRA, Marcelo Rasga. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4397-4409, 2021.

OSANAN, Gabriel Costa; PADILHA, Haydeé; REIS, Mônica Iassanã; TAVARES, Adriana Bueno. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 3, p. 103-105, 2018. Doi: 10.1055/s-0038-1639587. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TsszzVJkJTFSwSXTPHD7JGp/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 10 ago. 2025.

PAIM, Jairmilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp. p. 73-78, 2006.