



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

PARECER TÉCNICO Nº 1/2022

Ref.: Portaria GM/MS nº 715/2022

RESUMO EXECUTIVO

Este Parecer Técnico foi elaborado com vistas a subsidiar iniciativas para preservar uma das mais abrangentes políticas de atenção à saúde de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e suas crianças. Compõe-se das seguintes seções:

- 1- Introdução, em que é apresentado o contexto de publicação da portaria GM/MS nº 715/2022 e as reações suscitadas.
- 2- Um breve histórico das políticas de atenção à gestação e ao parto, a partir da publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984), sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030, o surgimento da Rede Cegonha, seus desdobramentos e suas características, salientando seu pioneirismo e efetividade.
- 3- Análise da portaria GM/MS nº 715, seus principais artigos, com alguns comentários quando pertinente.
- 4- O Parecer Técnico propriamente dito, em que se relaciona a referida portaria a outras iniciativas ministeriais, quais sejam: modificações na política de Saúde Mental, que reinstituem o modelo manicomial; o Programa Previne Brasil, que deixa de financiar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, uma instância multiprofissional de apoio à atenção primária; o Programa Cuida Mais Brasil, que insere médicos ginecologistas/obstetras e pediatras na atenção primária, subvertendo o entendimento do papel desse nível de atenção e que relaciona-se com a portaria, uma vez que esta reduz a inserção da enfermagem e da enfermagem obstétrica. Conclui-se que o modelo adotado pela atual gestão do Ministério da Saúde ressuscita uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica da assistência à saúde, às custas de outras modalidades de atenção e do trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais que vinham sendo implantados e que estavam tendo impacto para redução dos indicadores de atenção materna e infantil, e se traduz em componente do **processo perverso de desmonte do Sistema Único de Saúde**, uma vez que inviabilizará sua continuidade de acordo com seus princípios estabelecidos na Constituição Federal.

Em decorrência e com base na explicitação de fortes argumentos, é proposta a revogação da portaria GM/MS nº 715.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

Introdução

Em 06 de abril de 2022, profissionais e gestores vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram surpreendidos com a publicação da Portaria GM/MS nº 715, de 04 de abril de 2022, que *“Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)”* (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>).

Essa portaria se coaduna com o Programa Cuida Mais Brasil, lançado em 06 de janeiro deste ano (<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/01/governo-federal-lanca-cuida-mais-brasil-para-fortalecer-atendimento-materno-infantil-no-sus>), que havia gerado reação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) por não ter sido pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (<https://www.conass.org.br/na-cit-conass-e-conasems-solicitam-ao-ministerio-da-saude-revisao-do-plano-de-enfrentamento-das-mortalidades-materno-e-infantil/>). De acordo com matéria publicada no sítio do Ministério da Saúde, *“Para garantir acesso e cuidado qualificado às mulheres e crianças, o Ministério da Saúde lança, nesta quinta-feira (6/1), o Cuida Mais Brasil. Com o novo programa, a assistência de médicos pediatras e ginecologistas-obstetras ficará mais perto de quem é atendido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária à Saúde (APS). O orçamento para a ação é de R\$ 194 milhões no primeiro ano do programa. “... Atualmente, 5.699 pediatras e 5.350 ginecologistas-obstetras estão vinculados diretamente a 1.311 e 1.364 equipes, respectivamente, sem incentivo financeiro federal. O Cuida Mais Brasil vai promover o apoio destes profissionais junto às equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) com o objetivo de tornar a APS ainda mais resolutiva. Com o programa, estima-se que o número de médicos pediatra pode chegar a mais de 8 mil e 7 mil com ginecologistas-obstetras na Atenção Primária.”* (<https://aps.saude.gov.br/noticia/15396>)

A Portaria GM/MS nº 715 gerou uma reação imediata conjunta de CONASS e Conasems (<https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>), não apenas por ter sido uma iniciativa unilateral do Ministério da Saúde, mas também pelo *“desrespeito ao comando legal do SUS com a publicação de uma normativa de forma descolada da realidade dos territórios, desatrelada dos processos de trabalho e das necessidades locais, tornando inalcançáveis as mudanças desejadas: qualificação da assistência à saúde das mulheres, gestantes e crianças do País”*, motivo pelo qual propõem a revogação imediata da portaria. Na nota conjunta consta ainda: *“Apesar de todo o esforço no sentido de acordar os termos da minuta, o Ministério da Saúde publicou – unilateralmente – no Diário Oficial da União de hoje, a Portaria nº 715, de 04/04/2022, que institui a Rede Materno e Infantil (RAMI), dando ênfase à atuação do médico obstetra sem, todavia, contemplar ações e serviços voltados às crianças e a atuação dos médicos pediatras e a exclusão do profissional enfermeiro obstetrix.”*

Em curto espaço de tempo, ocorreram os posicionamentos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (http://www.cofen.gov.br/conselhos-de-enfermagem-repudiam-desmonte-da-rede-cegonha_97611.html), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/NOTA_contra_port75-2022.pdf) e Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) (disponível em



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

<https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=publicacoes&pagina=noticia-ler&id=8468>), assim como da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras e do movimento Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa.

Também foram apresentados no período projetos de Decretos Legislativos sustando os efeitos da referida portaria no Senado, pelo senador Humberto Costa (DL nº 80/2022) e na Câmara Federal, pelos deputados Alexandre Padilha (DL nº 81/2022), Talíria Petrone (DL nº 82/2022), Jandira Feghali (DL nº 83/2022), Perpétua Almeida (DL nº 84/2022), Marília Arraes (DL nº 85/2022), Túlio Gadêlha (DL nº 86/2022) e Sâmia Bonfim, Glauber Braga, Fernanda Melchiona, Ivan Valente, Luiza Erundina, Talíria Petrone, Vivi Reis e Aurea Carolina (DL nº 87/2022).

Considerando este cenário, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa vem a público apresentar seu parecer técnico sobre a normativa em questão.

Breve histórico das políticas de atenção à gestação e ao parto

A questão da morbimortalidade materna e infantil é preocupação de gestores, profissionais, organismos nacionais e internacionais e da população em geral já há tempos e ganhou maior importância no século XX. No ano 2000 foi realizada a Cúpula do Milênio, quando foram pactuados internacionalmente os Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Essa preocupação se refletiu no ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil e no ODM 5 – Melhorar a saúde materna (<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>). As metas eram de redução em 75% da mortalidade infantil e materna, tomando como base os dados de 1990. Em 2013, o Brasil recebeu do UNICEF o reconhecimento por ter atingido a meta no ano anterior (<https://news.un.org/pt/story/2013/09/1449381-unicef-mortalidade-infantil-no-brasil-caiu-77-nos-ultimos-20-anos>). Todavia, a meta era reduzir a mortalidade materna para 35/100.000 NV. Em 2015, esse indicador ainda apresentava o valor de 60/100.000 NV (<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista#:~:text=Segundo%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,por%20100%20mil%20nascidos%20vivos>). Uma nova meta foi estipulada para 2030, na proposta pactuada internacionalmente como Agenda 2030 de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e espera-se que nesse ano o Brasil apresente uma razão de mortalidade materna de 30/100.000 NV (<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>).

Ainda antes de criação do SUS, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, publicado em 1984), atendendo a reivindicações do movimento de mulheres, e vinte anos depois este viria a se constituir como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Muitas foram as iniciativas ministeriais visando a redução da morbimortalidade materna e infantil, salientando-se: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000); Pacto para Redução das Taxas de Cesariana (Portaria GM/MS nº 466/2000); Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas (2004 a 2006); iniciativas de vigilância do óbito materno, infantil e fetal (desde



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

os anos 1990); Programa de Qualificação de Maternidades (2009); Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal (2009); e outras portarias abordando vários aspectos relacionados, além de constarem em outras propostas mais abrangentes, como o Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Sempre houve a preocupação com o embasamento na Ciência e a participação da sociedade civil.

Por volta de 2010 foi se consolidando o entendimento de que era necessário constituir redes de atenção à saúde estruturadas para cada linha de cuidado (Portaria GM/MS nº 4279/2010) e o decreto nº 7508 trouxe definições adicionais. As linhas de cuidado consideradas prioritárias foram: Urgência e Emergência; **Rede Cegonha (de atenção materna e infantil)**; atenção psicossocial; câncer ginecológico (mama e colo de útero), a que mais tarde se agregou a rede de cuidados à pessoa com deficiência.

A Rede Cegonha foi lançada em 8 de março de 2011 e buscava uma mudança de paradigma na atenção à gestação e ao parto tão profunda como a que a Estratégia Saúde da Família trouxe à atenção primária, além de receber volumoso investimento para adequação de estruturas e processos.

Ressalte-se que o modelo assistencial predominante no Brasil considera o parto e nascimento como questões médicas: todas as gestações são potencialmente de risco e é indispensável o uso de tecnologias médicas, o que enseja altas taxas de intervenções, a exemplo das altas proporções de nascimentos pela via cirúrgica. Intervenções de rotina, sem comprovação de sua necessidade baseada em evidência científica, potencialmente, violam os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça, e autonomia, previstos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

As mais recentes (2018) recomendações da OMS para assistência ao parto vaginal abordam a importância de que as práticas adotadas sejam fundamentadas nas evidências científicas, no uso racional de tecnologias assistenciais, na defesa de direitos e na participação das mulheres nas decisões concernentes a seu corpo e de seu conceito, propondo que cabe aos serviços prover que a experiência de parturição seja vivenciada como algo positivo pelas mulheres. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>)

A Rede Cegonha foi a convergência de todas as políticas e programas anteriores voltados a essa população. Incorporando dispositivos da Política Nacional de Humanização, foram propostas mudanças **na forma e conteúdo do cuidado**, que se materializaram nas “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” (2016) e “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal” (2017), além de incluir o acolhimento com classificação de risco,; **adequação da ambiência** de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 36/2008, com disponibilização de recursos para implantação de centros de parto normal intra e peri-hospitalares; tomando como exemplo **modelos de atenção ao parto bem sucedidos** em países desenvolvidos, investiu-se na **formação de enfermeiras obstétricas** (especialização, residência e aprimoramento), uma vez que essas profissionais têm competência para assistir a partos de risco habitual; e outras ações, como capacitações e aquisição de insumos para qualificação da atenção, tanto na atenção básica (pré-natal e puerpério), como atenção hospitalar. Um programa estratégico, lançado em 2017, visava atualizar, com base em evidências científicas e políticas públicas, a forma como Obstetrícia e Neonatologia eram ensinadas em 96 hospitais de ensino: **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia** (Apice-ON).



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

A partir do diagnóstico de inadequação do modelo de assistência perinatal excessivamente intervencionista (as altas proporções de cesáreas têm sido criticadas internacionalmente), a Rede Cegonha se propôs a fazer mudança necessária para um modelo humanizado, aprendendo com a experiência de países que adotam **modelo de atenção perinatal cientificamente fundamentado**. Em suma, a Rede Cegonha ambicionou mudar **o cuidado**, atualizando-o com base em evidências científicas; **a gestão do cuidado**, proporcionando uma atenção por equipe multiprofissional, sendo estratégico para a mudança de modelo o atendimento ao parto de risco habitual por enfermeiro obstetra/obstetrix, como parte importante da equipe de saúde; **a gestão do serviço**, propondo colegiados gestores participativos nos serviços; e **a gestão do sistema**, oportunizando a participação dos vários interessados (stakeholders) no Fórum ou Comissão Perinatal, tomando como exemplo prática já estabelecida na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O modelo para o qual se começou a migrar a atenção ao parto de risco habitual era para assistência em centros de parto normal (intra- e peri-hospitalares), assistido por enfermeiras obstétricas e obstetrixes, vinculados à rede de atenção por meio de referências estabelecidas. A Rede Cegonha também diversificou as modalidades de estruturas para atendimento, a exemplo das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera. Finalmente, a portaria GM/MS nº 1473/2011 previa uma estrutura de gestão complexa, com Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas. Os Comitês de Especialistas apoiavam na elaboração de normas e diretrizes com base em evidências científicas e os Comitês de Mobilização Social eram instâncias participativas de debate das propostas, que incluíam sociedades científicas, representações corporativas, movimentos sociais e de mulheres, além de integrantes dos setores do Ministério da Saúde afins a essa política. Apesar das críticas iniciais à sua denominação, a Rede Cegonha estava sendo bem-sucedida no enfrentamento dos problemas relacionados à qualidade da atenção à gestação e ao parto, embora encontrasse dificuldades em coibir o aumento das proporções de nascimentos pela via cirúrgica, as cesarianas.

Sobre a portaria GM/MS nº 715

No início deste ano, como já mencionado, o Governo Federal lançou o programa “Cuida Mais Brasil para fortalecer atendimento materno-infantil no SUS, visando reforçar a assistência com **inclusão de médicos pediatras, ginecologistas e obstetras na Atenção Primária**”. (<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/01/governo-federal-lanca-cuida-mais-brasil-para-fortalecer-atendimento-materno-infantil-no-sus>). Chegou-se a um acordo, após negociação com CONASS e Conasems, de que a proposta seria mais discutida, por ter sido uma iniciativa monocrática da gestão federal. Isso não sucedeu e gestores e profissionais foram surpreendidos por mais essa decisão não colegiada tripartite, a referida portaria, que gerou as reações já mencionadas. Grande parte do texto reproduz o texto da portaria consolidada anterior (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017), sendo que os trechos modificados apresentam ao seu final NR entre parênteses, significando nova redação. Segue-se uma leitura que salienta algumas modificações propostas. (grifo nosso)



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

- 1- É compreensível que a gestão atual deseje substituir a marca fantasia “Rede Cegonha”, associada à gestão da presidente Dilma Rousseff. Já na ementa, é proposta a denominação “Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)”.
- 2- No Anexo II, Título I, Das Disposições Gerais, art. 1º Parágrafo Único, consta: *“Parágrafo único. A Rami será coordenada, no âmbito do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS).”* (NR) É de conhecimento geral que a assistência ao ciclo gravídico-puerperal engloba a atenção à gestação e ao puerpério na atenção primária, e a atenção ao parto que costuma se dar no âmbito hospitalar e está inserido na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes). Já houve no Ministério da Saúde um Departamento de Redes de Atenção à Saúde, encarregado de fazer as articulações entre as secretarias. Na medida em que a Rami estará subordinada à Saps, pode-se esperar dificuldade de articulação entre os serviços, o que se contrapõe ao conceito de rede.
- 3- *“Art. 13. A Rami deverá ser implementada, em todo o território nacional e de forma tripartite, pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respeitados os critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade materna e infantil, densidade populacional e a oferta de serviços.”* Propõe-se a implementação tripartite sem que tenha havido pactuação tripartite.
- 4- O art. 24 dispõe sobre os serviços que constituem a Rami e consta no § 2º *“Não será permitida nova habilitação dos serviços previstos nos incisos VI, VIII, XIII e XIV do caput.”* (NR), ou seja: VI - unidade de centro de parto normal peri-hospitalar; VIII - atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo I; XIII - referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco; e XIV - referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco. Essa interdição compromete a possibilidade de as gestões estaduais e municipais constituírem suas redes de acordo com suas necessidades locais, uma vez que haverá menos modalidades de serviços passíveis de serem constituídos.
- 5- *“Art. 25. Os critérios de habilitação e desabilitação dos serviços que compõem a Rami serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde no prazo de **45 (quarenta e cinco) dias**.”* (NR). Esse prazo enseja o questionamento de se haverá participação das representações das gestões estaduais e municipais nessa definição de critérios. (grifo nosso)
- 6- Os artigos 30 e 31 tratam da habilitação, suspensão de habilitação e desabilitação de serviços, sendo que consta: *“§ 2º A suspensão e a desabilitação dos serviços acarretará na interrupção de repasses de recursos financeiros”*. Segue o texto do art. 30: *“Art. 30. A suspensão da habilitação dos serviços da Rami será determinada se verificado o descumprimento de um ou mais dos seguintes requisitos: I - equipe de profissionais de saúde completa; II - infraestrutura adequada para o funcionamento do serviço; III - disponibilidade*



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

de insumos e medicamentos; IV - produção mínima dos procedimentos registrados no SIA, SIH e Sisab."

- 7- *"Art. 32. Os gestores de saúde devem utilizar e manter atualizados os sistemas de informação do SUS vigentes destinados à coleta de dados que contribuem na informação sobre a Rami, SIH, SIA - produção ambulatorial e de alta complexidade (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac), Sisab, Cnes, SIM, Sinasc, Sinan, Sispni, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Parágrafo Único: **Os sistemas mencionados no caput substituem o Sis prenatal web, não sendo necessário a manutenção deste.**"(NR)" (grifo nosso)*
- 8- *"Art. 37. O valor de repasse e a memória de cálculo de recurso financeiro, dos serviços que compõem a Rami, serão estabelecidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde no prazo de **45 (quarenta e cinco) dias.**"(NR) (grifo nosso)*
- 9- Informações adicionais que não constam na portaria (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/saude-amplia-atendimento-no-sus-com-nova-rede-para-atencao-materna-e-infantil>): *"Vamos mudar a história da saúde pública do Brasil por meio da Atenção Primária. Vamos investir em centros que tenham condições de atender às mães da maneira que a ciência recomenda", destacou o ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, em solenidade de anúncio do investimento."... "Com relação ao Centro de Parto Normal (CPN), conta com a **inclusão do médico obstetra à equipe, garantindo uma assistência multiprofissional, segura e de qualidade.**"*
- 10- Os indicadores para monitoramento propostos para avaliação da Rami, constantes no Anexo 1 do Anexo II e cujo objetivo é *"monitoramento e avaliação da implantação e qualificação da rede materna e infantil"* são: 1) Número de mulheres de 14 a 49 anos, que realizaram o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU), em determinado período e segundo município de residência; 2) Número de mulheres de 14 a 49 anos que realizaram o procedimento de teste rápido de gravidez antes da 12ª semana de gestação, em determinado período e segundo o município de residência; 3) Número de nascimentos de mães com idade inferior a 14 anos, em que o desfecho foi: nascimentos ou óbito fetal, segundo município de residência; 4) Número de nascimentos de mães de 14 a 19 anos, segundo município de residência; 5) Número de gestantes com registro de consultas e/ou exames realizados no ambulatório de gestação de alto risco, segundo município de residência; 6) Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência (hospital/maternidade/outro) do nascimento; 7) Proporção de recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer na faixa < 1.000g (até, inclusive 999g), segundo município de residência; 8) Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer nas faixas de <1.500g a 1.000g (até, inclusive, 1.499g), segundo município de residência; 9) Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer nas faixas < 2.500g (até 1.500g); 10) Taxa de



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

mortalidade em menores de 1 ano (mortalidade infantil) ou Número absoluto para municípios menores de 80 mil habitantes; 11) Taxa de mortalidade fetal; 12) Número absoluto de óbito neonatal (<27 dias) por causas evitáveis, pelos grupos de causas: (P00-P04: reduzível por adequada atenção à gestação, ao parto, ao feto e ao recém-nascido), conforme lista brasileira* e suas atualizações de causas evitáveis, segundo município de residência; 13) Número absoluto de óbito infantil por grupos de causas da CID 10ª (J00 a J22), segundo município de residência; 14) Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças menores de 1 ano de idade; 15) Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

PARECER

Este parecer foi elaborado com base no pressuposto que há determinadas **políticas** que são **de Estado**, e não de governo, ou seja, cada política deverá ser desenvolvida e aprimorada nas sucessivas gestões. Tome-se como exemplo o SUS e seus princípios: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social. Para sua efetiva constituição, há uma gestão complexa, uma vez que o sistema de saúde está presente nos níveis federal, estadual e municipal.

A Constituição Federal determinou¹ que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que constituem um sistema único de saúde. Para tanto, ele é organizado sob as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral e de participação da comunidade.

Para todo esse sistema ser funcional e viabilizar o cumprimento de suas atribuições constitucionais,² o que inclui a formulação de políticas públicas, a lei do SUS criou mecanismo para interação e tomada de decisões entre os gestores regionais, como as comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

O artigo 14-A, da Lei federal nº 8.080 de 1990, determina que "As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação das referidas comissões tem por objetivo:³ I) decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; II) definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados e; III) fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de

¹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

² As atribuições constitucionais do SUS estão previstas no artigo 200, da Constituição da República Federativa do Brasil.

³ Os objetivos das comissões estão previstos no artigo 14-A, da lei federal nº 8.080 de 1990.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Portanto, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB nos estados, compostas por representação estadual e municipal) e Tripartite (CIT no nível federal com representação dos três níveis) são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. A CIT é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais. Outra instância definidora das políticas de saúde é o Conselho Nacional de Saúde, uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde.

Tendo em mente esse contexto legal, segue abaixo o nosso parecer.

- 1- É necessário avaliar a publicação da portaria GM/NS nº 715/2022, tanto no seu conteúdo, como na forma de sua elaboração e publicação, considerando esse contexto de constituição do SUS. A decisão monocrática do Ministério da Saúde, tanto por ocasião do lançamento do programa "Cuida Mais Brasil", como dessa portaria, sem uma discussão, negociação e pactuação prévia na CIT, atenta contra a o equilíbrio entre as gestões e, portanto, do SUS, uma conquista que vinha sendo mantida nos trinta anos iniciais de nosso sistema de saúde. É um atentado à **governança** do SUS, pois viola o mecanismo e a estrutura do SUS. O ato administrativo unilateral é viciado e fere o princípio da legalidade, pois emanou sem observar os limites impostos por lei, sem obter decisão pelas comissões. Isso gera insegurança jurídica e coloca em risco as atribuições constitucionais do SUS.
- 2- As mudanças radicais nas propostas de formas de cuidado também são encontradas na Política de Saúde Mental, com o desmonte das políticas antimanicomiais (<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/04/portaria-da-saude-e-edital-da-cidadania-esvaziam-lei-antimanicomial-dizem-entidades.shtml>). Conforme um texto publicado em 18/04/2022: *"Uma portaria cortou o financiamento do Programa de Desinstitucionalização. Para piorar, o Ministério da Saúde lançou um edital que busca a aquisição de (leitos em) hospitais psiquiátricos. Entidades de saúde levantaram-se, então, para combater as medidas que, ao isolar pessoas com problemas de saúde mental, contrariam os parâmetros de cuidado comunitário em liberdade, elaborados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essas resoluções serão debatidas e questionadas hoje (18/4) em audiência pública na Comissão de Direitos Humanos do Senado."* (<https://outraspalavras.net/outrasaude/trabalhadores-do-sus-contram-os-novos-manicomios/>). A retirada de recursos do programa de desinstitucionalização foi acompanhada de redirecionamento desses recursos para contratação de leitos em comunidades terapêuticas, frequentemente ligadas a igrejas, renovando o modelo manicomial, em detrimento dos Centros de Assistência Psicossocial. As bases da luta antimanicomial estão descritas na Carta de Bauru de 1987: *"O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A*



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida."

- 3- Faz-se necessário também considerar, neste contexto, a portaria nº 2.979/2019, que *"Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017"*. O modelo de financiamento anterior previa o Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo, um repasse com base no número de habitantes, e o PAB Variável, que levava em conta as circunstâncias específicas da população do território. Segundo Adriano Massuda: *"Diversos estudos mostraram que a presença das equipes de ESF nas comunidades está associada a melhorias nos resultados e na equidade em saúde. Implementado a partir de 1998, o Piso de Atenção Básica (PAB) foi o pilar de sustentação da expansão dessa estratégia."...* *"Ao contemplar cidades menores e nas regiões mais pobres, que antes não tinham infraestrutura de saúde para prestar serviços e receber financiamento federal, o PAB fixo contribuiu para redução das inequidades em saúde no país. O componente variável, por sua vez, teve papel decisivo para induzir a adoção da ESF com financiamento atrelado ao número de equipes implantadas."* (https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-adriano-massuda/atencao-primaria-em-saude-financiamento-e-prioridade-global-e-urgencia-nacional-05042022?fbclid=IwAR23gskGZrOi_FqjrpHx_WOF_snAd9d9dOnxpQIZk47elplvoWRPIMVcqJ_s). O autor acrescenta: *"No contexto de austeridade fiscal, em 2019 o governo federal lançou uma nova política de financiamento para a Atenção Primária no SUS. Chamada de Previne Brasil, a política substituiu o mecanismo do Piso de Atenção Básica por uma combinação de captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a ações prioritárias como base cálculo de recursos federais para municípios. Devido à Covid-19, sua implementação foi iniciada apenas em 2022."...* *"O estudo da Lancet afirma que a captação deve ser a pedra angular da remuneração de equipes de APS por vincular as pessoas às equipes e que o pagamento por desempenho deve ser utilizado para incentivar as equipes melhorar os resultados na saúde da população sob sua responsabilidade. No Previne Brasil, entretanto, esses instrumentos não estão sendo utilizados para remunerar equipes, mas para calcular o volume de transferências que o governo federal repassa para os municípios. Desse modo, **esses instrumentos podem exacerbar desigualdades ao penalizar municípios com menor capacidade gerencial, infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos.** Ao considerar apenas pessoas cadastradas e não população total – num país com 25% da população com planos privados –, **o instrumento limita a universalidade e aumenta a fragmentação da APS.** Ao considerar um grupo limitado de indicadores, o pagamento por desempenho estabelecido pelo Previne Brasil induz a seletividade da Atenção Primária. Efeitos opostos aos produzidos pelo PAB." (grifo nosso)*
- 4- Com o programa Previne Brasil, foi interrompido o financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (*"2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas"*, disponível em



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf), o que foi considerado por estudiosos do tema o **fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família** (<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>).

- 5- A pretexto de fortalecer a atenção materno-infantil no SUS, conforme mencionado acima (<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/01/governo-federal-lanca-cuida-mais-brasil-para-fortalecer-atendimento-materno-infantil-no-sus>), **também sem discussão prévia na tripartite**, em janeiro de 2022 foi lançando o programa Cuida Mais Brasil. Sem um processo de avaliação do quanto o modelo da estratégia Saúde da Família tem sido bem sucedido para a redução da mortalidade infantil, fato evidenciado em várias publicações (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20587036/>; <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0217614>; <https://www.scielo.br/j/rpp/a/rkFkzpgY3VGNdYFX7RXMvMC/>; <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3953-0>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069858/>) e sem verificar a viabilidade dessa proposta, no complemento do título da matéria versa: *“Governo Federal quer reforçar a assistência com **inclusão de médicos pediatras, ginecologistas e obstetras na Atenção Primária**”*. Desnecessário lembrar que o modelo bem-sucedido adotado no país prevê uma equipe composta por médico generalista ou com especialização em Medicina de Família e Comunidade; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; e agentes comunitários de saúde., Ao propor incluir especialistas nas equipes de atenção primária, provoca-se uma **distorção no modelo de atenção**, tornando-o médico-centrado e com grande probabilidade desviando importantes recursos que seriam mais bem aproveitados em outros níveis do sistema de saúde.
- 6- Com relação ao programa Cuida Mais Brasil, faz-se necessário compreender em que contexto de financiamento ele foi lançado: a) na vigência da Emenda Constitucional 95/2016 instituiu o Novo Regime Fiscal, no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, com vigência por vinte anos, que decretou o congelamento dos gastos públicos; b) durante a ocorrência da pandemia de Covid-19, levou à suplementação dos gastos em Saúde para atendimento do grande contingente de adoecimentos, com importante proporção demandando cuidado altamente especializado em Unidades de Terapia Intensiva; c) no contexto de uma previsão orçamentária reduzida para a Saúde (<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/02/para-2022-ministerio-da-saude-perde-20-do-orcamento-de-2021-ckzn60gan008c015p17sn3f43.html>). Segundo o levantamento Conta-Satélite de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o percentual de gastos do governo brasileiro com a saúde é um dos mais baixos do mundo (<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,gasto-estatal-do-brasil-com-saude-e-um-dos-mais-baixos-do-mundo-diz-ibge,70004038363>). Na medida em que não houve novo aporte orçamentário para a Saúde, pode-se supor que os recursos destinados ao Programa Cuida Mais Brasil (que insere mais médicos na atenção primária) tenham derivado da extinção de do financiamento dos NASF (instância de assistência multiprofissional).
- 7- Ainda a respeito da inclusão proposta de médicos na atenção primária, no caso, em Centros de Parto Normal, o maior estudo já realizado sobre local de parto comparou os resultados perinatais de acordo com o local de parto vaginal planejado (domicílio, centros de parto



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

normal com enfermeira obstétrica/obstetiz, parto hospitalar com enfermeira obstétrica/obstetiz, parto hospitalar com médico na Inglaterra e identificou que os resultados apoiam a oferta de escolha de local de parto às gestantes de baixo risco (<https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>). A inclusão de médicos obstetras em Centros de Parto Normal que funcionam bem conduzidos por enfermeiras obstétricas/obstetizes é mais uma **distorção** que pode vir a afetar os resultados de um modelo bem-sucedido, além de desviar um importante recurso – médicos obstetras e pediatras – de instâncias onde seriam bem mais necessários. É importante lembrar que a Organização Mundial de Saúde propôs que 2021 fosse o ano da Enfermeira e Enfermeira Obstétrica/Obstetiz (Nurse and Midwife), profissional de importância em todos os níveis do sistema de saúde (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>) e ressaltou o déficit internacional dessa profissional, déficit esse que também existe em nosso país. Essa portaria dá continuidade à proposta do programa 'Cuida Mais Brasil', que insere médicos em espaços atualmente ocupados pelas equipes, ocupando espaço de atuações e atribuições de outros profissionais, principalmente de enfermeiros e enfermeiros obstetras/obstetizes. As notas questionadoras das representações das corporações da Enfermagem certamente devem-se a esse fato que, reiterando, também não foi pactuado com essas representações.

- 8- Com respeito especificamente à portaria GM/MS nº 715/2022, não se trata apenas de uma mudança de denominação, substituindo "Rede Cegonha" por "Rede de Atenção Materna e Infantil". Apesar de seu título-fantasia, a Rede Cegonha enfrentou com seriedade e competência os desafios de incrementar o acesso e a qualidade aos serviços de atenção à gestação e ao parto, como relatado no início deste parecer. Esse processo de qualificação estava em curso e envolvia não apenas a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, como também as Coordenações de Saúde do Homem, de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a Conitec, a Secretaria de Vigilância e Saúde e outras instâncias ministeriais. Sempre houve cuidado de pactuar as propostas na CIT. Já foram listadas as principais modificações contidas na portaria, mas cabe salientar uma que gera grande preocupação: sem considerar as diferenças de porte e capacidade técnica dos municípios, são arrolados indicadores e lhes é imposta a obrigatoriedade de notificação de informações, **sob risco de interrupção do financiamento**. Desse modo, cabe aqui a mesma avaliação feita sobre o programa Previne, "esses instrumentos podem exacerbar desigualdades ao penalizar municípios com menor capacidade gerencial, infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos".
- 9- Apesar de manter vários trechos da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, a nova portaria traz em seu bojo importantes alterações da concepção de prestação de assistência à saúde materna e infantil: a) subordina uma rede de cuidado à SAPS, sendo que há envolvimento da atenção hospitalar; b) elimina da rede alguns serviços, sem avaliação de sua efetividade, a exemplo do centro de parto normal peri-hospitalar; c) define prazos restritos de 45 dias para adequação da rede; d) define penalidades de suspensão de repasse de recursos caso as medidas não sejam implementadas nos prazos estipulados, atentando a um modelo de SUS solidário e colaborativo entre as instâncias; e) define quinze indicadores para monitoramento descolados de uma visão de trabalho em rede e sem considerar a realidade de inúmeros municípios de menor porte do país.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl. "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

- 10- É imprescindível salientar a forma democrática, interdisciplinar, interinstitucional que caracterizou as discussões para elaboração das diversas políticas de saúde, sempre enfatizando critérios absolutamente científicos. A portaria GM/MS nº 715 inaugura não apenas a dispensa da abordagem científica e participativa da sociedade civil, mas também dos órgãos que, por força da Lei, deveriam contribuir para a estruturação dessa política, CONASS e Conasems.

Tendo em mente todas essas considerações, a nosso ver, a portaria GM/MS nº 715/2022, além de extinguir a Rede Cegonha e propor uma Rede de Atenção Materna e Infantil que muda a visão de integralidade, distorce a visão de descentralização e regionalização e cria dificuldades para a provisão de cuidados por parte de grande proporção de municípios, mas também se traduz em componente do **processo perverso de desmonte do Sistema Único de Saúde**, uma vez que inviabilizará sua continuidade de acordo com seus princípios estabelecidos na Constituição Federal. O modelo adotado pela **atual gestão do Ministério da Saúde ressuscita uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica da assistência à saúde**, às custas de outras modalidades de atenção e do trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais que vinham sendo implantados e que estavam tendo impacto para redução dos indicadores de atenção materna e infantil contemplados pelo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 3, metas 3.1 (*Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos*) e 3.2 (*Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos*).

O V Relatório Luz da Sociedade Civil Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável Brasil já sinaliza retrocessos, que não podem ser totalmente atribuídos à pandemia de Covid-19, além de criticar a qualidade da informação (*"A desatualização do Painel de Monitoramento também compromete uma análise mais profunda da meta"* p. 22, disponível em https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2021/07/por_rl_2021_completo_vs_03_lowres.pdf).

Ademais, as decisões monocráticas da gestão federal **agredem o pacto federativo fundamental para a continuidade do SUS**.

Em decorrência, propomos que essa **portaria GM/MS nº 715/2022 seja revogada imediatamente**, antes que comece a surtir efeitos no sistema de saúde, e que seja articulada uma alternativa com a participação ativa tanto de representantes do CONASS e Conasems, como de entidades representativas da sociedade civil.

Em 25 de abril de 2022