

PROJETO PARA REDUÇÃO RÁPIDA DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA NO BRASIL

Prof. Dr. Aristides Schier da Cruz

Presidente do Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil (CEPMI - Paraná)

Prof. Adjunto da Disciplina de Pediatria da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)

Vice-Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP)

Membro do Departamento de Cuidados Primários da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

Nas últimas décadas ocorre diminuição constante da taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil e na maioria dos seus estados, independente do regime de governo, pois esta tendência histórica já se fazia presente mesmo no período da ditadura militar, e também independente de quem seja o Presidente da República ou o Ministro da Saúde. Para um observador desatento a impressão é a de que nada precisa ser feito para que a mortalidade infantil continue em declínio e de que ela tem caído naturalmente, sem nenhum esforço. Esta observação é enganosa. Na verdade há muito progresso e muito esforço em cada pequena redução na TMI. No começo a TMI era muito alta e a cada ano caía bastante. Atualmente a TMI é muito mais baixa no Brasil. Ainda é 5 vezes maior do que as menores taxas do mundo (no estado do Paraná é 3 vezes maior). Não parecia haver mais possibilidade de que alguma medida pudesse fazer cair bastante a TMI. Mas neste aspecto o engano é geral. No momento todos pensam assim – *‘a TMI continua caindo, agora já se encontra relativamente baixa e, assim, a velocidade de queda anual é cada vez menor’*. Isto é o que de fato está ocorrendo, mas agora é possível demonstrar que ainda há espaço para uma queda rápida da TMI no Brasil, e o país dispõe de recursos para tal. A leitura das argumentações deste documento tornará claro o quanto isto é possível. Toda a nação brasileira precisa tomar conhecimento destas argumentações, todos os gestores de saúde e todas as estruturas de saúde em nível federal, estadual e municipal. A Sociedade Brasileira de Pediatria, aliada à associação brasileira dos médicos obstetras, deverão ser os grandes propagadores desta argumentação. Um projeto bem implantado permitirá não só a diminuição rápida da TMI, mas também da razão de mortalidade materna, dos óbitos intra-uterinos e das seqüelas neurológicas de recém-nascidos vítimas de asfixia perinatal, prematuridade e infecção. Trará também enorme segurança a toda a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e também aos usuários do sistema de saúde suplementar.

A maioria dos argumentos que norteiam este projeto são estimativas bastante confiáveis, colhidas ao longo de nove anos de estudo da TMI e causas de óbitos infantis no estado do Paraná, através do funcionamento constante de seu Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil (CEPMI) e de todos os seus Comitês Regionais e Municipais, funcionando ativamente em todo o território do estado. Além dos dados comprovados, as estimativas são bastante sólidas. Fatos políticos acontecidos no nosso país nos anos 2005 e 2006 levam à conclusão clara de que este projeto é viável, e o Brasil possui todos os recursos para implantá-lo. **Não há falta de recursos para a execução deste projeto. No momento o que falta é ele tornar-se conhecido, ser amplamente divulgado e discutido. Sua implantação exigirá bastante organização e vontade.**

ARGUMENTAÇÕES

1. ESTIMATIVAS DA TMI PARA O ANO 2004

- maiores TMI do mundo: acima de 100/1.000* ainda ocorre em alguns países do sul da Ásia, Oriente Médio, África sub-Saara e Haiti.
 - menores TMI do mundo: 4 a 6/1.000: menos de 5/1.000 na Alemanha, países nórdicos da Europa, Japão; nos EUA é entre 6 e 7/1.000.
 - TMI nos países da América do Sul e Central: a maioria bastante abaixo de 100/1.000.
 - TMI no Brasil: aproximadamente 24/1.000 (5 vezes maior que os melhores países).
 - TMI no Paraná: 15,41/1.000 (3 vezes maior que os melhores países do mundo).
- * a TMI é o número de óbitos antes de 1 ano de vida para cada 1.000 nascidos vivos.

2. QUEDA HISTÓRICA DA TMI NO BRASIL

- a TMI em 1970 era acima de 100/1.000: o Brasil está 30 anos adiantado em relação aos países de piores condições de saúde do mundo, mas está 30 anos atrasado em relação aos países de melhores condições. Em 34 anos caiu para 24/1.000.
- há 30 ou 40 anos atrás, qualquer medida isolada poderia fazer cair 20% do total da TMI em uma comunidade, como por exemplo: colocar estrutura de saneamento básico; colocar um médico na comunidade; imunizar as crianças; mega-dose de vitamina A oral; etc. Ou seja, uma medida simples podia provocar enorme queda na TMI.
- a TMI não pára de cair até hoje, mas hoje em dia a queda é de aproximadamente 1/1.000 por ano no país, ou seja, 2 a 4% ao ano.

Definições: a mortalidade infantil se divide em 2 componentes:

Mortalidade infantil neonatal: nascidos vivos que morrem nos primeiros 28 dias de vida.

Mortalidade infantil tardia: nascidos vivos que morrem entre 28 dias e 1 ano de vida.

- na história da humanidade a TMI tardia sempre foi maior que a TMI neonatal, mas caiu muito rápido nas últimas décadas. Nos países em desenvolvimento a TMI tardia nas últimas décadas caiu muito mais rápido do que a TMI neonatal. Pouco antes de 1990 no nosso país aconteceu a inversão. A TMI neonatal, que diminui menos do que a TMI tardia, passou a representar mais de 50% dos óbitos infantis.

3. QUEDA HISTÓRICA DA TMI NO PARANÁ

- ano 1980: TMI no Paraná foi 55/1.000
- ano 2004: TMI foi 15,41/1.000
- a TMI tardia caiu de 13/1.000 no ano 1992 para 5/1.000 no ano 2002
- a TMI neonatal caiu de 15,5/1.000 no ano 1992 para 11,5/1.000 no ano 2002
- a TMI neonatal nos últimos 3 anos no Paraná corresponde a mais de dois terços (67 a 68%) dos óbitos infantis
- ano 2004 no Paraná: TMI neonatal de 10,46/1.000 e TMI tardia de 4,95/1.000

4. MOTIVOS DA RÁPIDA QUEDA DA TMI TARDIA NO BRASIL

- há 25 anos a TMI no Paraná era 55/1.000 e o componente TMI tardia devia ser superior a 30/1.000. Em 22 anos caiu para 5/1.000. Como isto aconteceu?
- a TMI tardia era composta por doenças que atualmente são consideradas de mais **fácil evitabilidade**: as medidas de atenção primária à saúde, muito bem executadas no Brasil nas últimas décadas, conseguem prevenir especialmente as doenças que causam morte entre 1 e 12 meses de vida.

- causas que predominavam naquela época: diarreia e desidratação; pneumonia e bronquiolite; sepse, meningite e outras infecções agudas graves; doenças imunopreveníveis (poliomielite, sarampo, coqueluche, tuberculose, difteria, tétano); desnutrição.

- ações básicas de atenção primária à saúde e mudanças históricas que eficientemente combateram estas doenças: 1) calendário de imunização básica; 2) programas de incentivo ao aleitamento materno e prevenção do desmame precoce; 3) puericultura (vigilância preventiva do crescimento e desenvolvimento dos lactentes); 4) terapia de reidratação oral (TRO); 5) unidades básicas de saúde e médicos disponíveis nas comunidades; 6) disponibilidades de hospitais, médicos, medicamentos e equipamentos para tratamento das doenças infantis; 7) expansão do saneamento básico; 8) melhora do nível sócio-cultural e de noções de higiene (educação); 9) crescimento econômico do país.

- como está a TMI tardia agora: no Paraná está em 5/1.000, ou seja, 2,5 vezes maior do que nos países desenvolvidos, aonde é 2/1.000.

- quais as causas da TMI tardia atualmente: restaram as causas consideradas de evitabilidade difícil, ou não evitáveis, tais como malformações congênitas, lactentes nascidos com muito baixo peso de nascimento, síndrome de morte súbita do lactente, causas externas (estas são as causas que sobraram nos países desenvolvidos), e ainda um contingente de mortes evitáveis, como a diarreia, desidratação, pneumonia, sepse e meningite.

- há o que fazer para reduzir a TMI tardia? Sim, é possível chegar a 2/1.000 na medida em que: a) as **condições sócio-econômicas e educacionais da população** melhorem (eliminação da enorme desigualdade social existente no Brasil); b) as **medidas de atenção primária** sejam mantidas e até mesmo melhoradas, cada vez mais acessíveis a toda a população; c) sejam criados **ambulatórios especiais para lactentes nascidos de risco**; d) ampliar e melhorar a qualidade da atenção prestada pelas **Unidades Básicas de Saúde e pelo programa de Saúde de Família (PSF)**; e) treinamento de **AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância)** para as regiões sem pediatras e sem PSF. A previsão é de que esta evolução ocorra, mas deverá ser bastante lenta, pois o investimento nas ações básicas de saúde já é bastante elevado, sendo necessários grandes acréscimos para obter pequenos progressos a partir de agora.

5. MOTIVOS DA REDUÇÃO LENTA DA TMI NEONATAL NO BRASIL

- em 25 anos a TMI neonatal caiu de menos de 25/1.000 no Paraná para os atuais 10,5/1.000: a redução deste componente da TMI é mais lenta, pois a TMI neonatal é composta por causas cuja evitabilidade é mais difícil, que exigem a ação de profissionais especializados (médicos obstetras, pediatras neonatologistas, enfermagem especializada) em nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde, tecnologia mais avançada e excelente organização das estruturas de saúde.

- causas da TMI neonatal: de acordo com dados de Declaração de Óbito (D.O.) as causas de mortalidade neonatal que predominam no Paraná são prematuridade, síndrome de angústia respiratória do recém-nascido (RN), outras afecções do aparelho respiratório de recém-nascidos, hipóxia perinatal, sepse neonatal e broncoaspiração neonatal. Com a investigação dos óbitos infantis pelos Comitês Municipais e Regionais de Prevenção de Mortalidade Infantil no Paraná, aparecem 4 outras grandes causas, na verdade causas obstétricas, as quais são as principais responsáveis pela prematuridade e por infecções neonatais e, conseqüentemente, pela síndrome de angústia respiratória do RN, pneumonia, meningite e sepse. São elas: a) infecção urinária e outras infecções na

gestante; b) ruptura prematura das membranas; c) hemorragia da gestante e descolamento prematuro da placenta; d) doença hipertensiva da gravidez. Assim, estas causas obstétricas de agravos de saúde do recém-nascido passam a ser as mais incidentes causas básicas de mortalidade neonatal. Mesmo assim, a prematuridade e a síndrome de angústia respiratória do RN persistem aparecendo com grande incidência, uma vez que grande parte das ocorrências de prematuridade são idiopáticas, e não possuem causa obstétrica conhecida.

- ações que podem reduzir a TMI neonatal: atualmente todos os estudiosos da mortalidade infantil em países em desenvolvimento reconhecem que para reduzir a TMI neonatal é necessário investir em 3 estratégias: 1) melhorar a qualidade do pré-natal, intensificando o enfoque na identificação e condução da gestação de risco; 2) melhorar a assistência ao parto, com a presença efetiva de obstetras, enfermagem especializada e pediatras; 3) melhorar a assistência ao recém-nascido, especialmente do RN de risco, com disponibilidade de estrutura de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) para ao menos dois terços dos recém-nascidos de risco.

6. COMO ESTÃO OS PROGRAMAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL TARDIA

- é na verdade o grande programa de atenção à saúde materno-infantil no Brasil nas últimas décadas, com estrutura complexa e relativamente bem contemplada. A população, em sua grande maioria, tem recebido:

A – saneamento básico

B – programa de imunização básica

C – incentivo ao aleitamento materno

D – puericultura para os lactentes

E – terapia de reidratação oral

F – progressos da medicina, com melhor diagnóstico e tratamento das doenças infantis

G – estruturas que colocam em prática os itens anteriores: Programa de Saúde da família (PSF), atualmente com mais de 65 mil equipes contratadas e atuando em todo o Brasil; unidades básicas de saúde, com profissionais contratados para atender a consultas pediátricas preventivas e de emergência; rede hospitalar de atenção secundária e terciária; Hospital Amigo da Criança (mais de 300 no Brasil), grande instrumento para melhorar a duração do aleitamento materno por tempo prolongado; AIDPI (abandonado pelo Ministério da Saúde atualmente)

H – atuação da Pastoral da Criança

*** O que pode ser melhorado?**

1) Cuidados Ambulatoriais para o Lactente:

Criação de ambulatórios especializados na atenção ao lactente nascido de risco (ambulatórios especializados), para minimizar e prevenir os problemas dos lactentes de risco, portadores de:

a) baixo peso de nascimento e/ou prematuridade

b) lesão neurológica

c) distúrbios alimentares (disfagia) e nutricionais graves

d) malformações congênitas

e) dificuldades imunológicas e pulmonares crônicas

f) egresso de hospitalização por diarreia, pneumonia ou outras infecções

g) dificuldades sociais muito graves (abandono; maus tratos; fome e miséria)

2) Programas Especiais para Redução dos Agravos por Causas Externas:

Campanhas educativas destinadas à população no sentido de prevenir:

- a) acidentes domésticos
- b) acidentes de trânsito
- c) afogamentos
- d) queimaduras
- e) envenenamentos
- f) lesões por armas de fogo

3) Treinamento efetivo e constante das equipes de saúde no atendimento de:

- a) pneumonia; sepse e meningite; doenças infecciosas crônicas
- b) bronquiolite viral;
- c) asma e rinite alérgica;
- d) diarreia e desidratação;
- e) obesidade; desnutrição; anemia
- f) trauma e injúrias externas;
- g) transtornos comportamentais;
- h) prevenção do abuso de álcool e droga na adolescência
- i) prevenção de gravidez na adolescência e DST

4) Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI):

AIDPI é uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), planejada a partir de 1990 e implementada aos poucos em algumas regiões do mundo a partir de 1996. O Brasil iniciou sua implantação a partir de 1997.

Consiste em uma estratégia de treinamento de profissionais não pediatras (médicos generalistas, médicos do Programa de Saúde da Família (PSF), enfermeiras) para que aprendam a reconhecer, encaminhar ou tratar as doenças mais prevalentes na infância.

É indicada a implantação do AIDPI em países que possuem:

- elevada mortalidade infantil (TMI acima de 40/1000 ?)
- regiões ou comunidades que não possuem pediatras atuando

O estado do Paraná não possui exatamente este perfil. A TMI é baixa, porém ainda há alguns locais no estado desprovidos de pediatras. Nestes locais as crianças sofrem agravos de saúde e há risco de que os profissionais da área de saúde não possuam capacitação para reconhecer e tratar estes agravos. Então, mesmo no Paraná há justificativa para que se promova o Programa do AIDPI, pelo menos para os profissionais do PSF. O Paraná foi o último estado do Brasil a esboçar o início de implantação do AIDPI, em 2001. Treinou equipes de enfermeiras e pediatras multiplicadores, chegou a prestar o treinamento a 3 equipes de profissionais generalistas em 2002 e em seguida o Programa foi abandonado no Paraná, pois o próprio Ministério da Saúde abandonou o programa nos últimos anos.

O AIDPI foi originalmente planejado para dar treinamento a profissionais não pediatras no sentido de que saibam reconhecer e lidar com os seguintes problemas mais prevalentes em crianças com até 5 anos de idade:

- 1) pneumonias e outras doenças respiratórias
- 2) diarreias e desidratação
- 3) malária
- 4) sarampo
- 5) meningite
- 6) desnutrição
- 7) anemia

8) pneumonia, sepse e meningite no lactente com menos de 2 meses

O profissional treinado aprende a reconhecer os sinais de alerta para estes agravos de saúde e segue os protocolos de atenção para cada um destes problemas. O programa dispõe de flexibilidade para deixar de lado doenças inexistentes em certas áreas, tais como sarampo e malária na Região Sul do Brasil, e incluir outros problemas mais importantes na região.

*** Qual o impacto possível com estas ações implantadas?**

Uma vez implantadas ações específicas para redução da TMI tardia, desde que feito isto de maneira impecável, e haja crescimento econômico e educacional, com cobertura em todo o território, é viável reduzir a TMI, na melhor das hipóteses, para os menores níveis de TMI tardia do mundo, ou seja, 2/1.000, ou, sendo mais realista, a padrões iguais aos dos Estados Unidos, cerca de 2,5/1.000, por ser aquele um país de dimensões continentais, multirracial e multi-cultural, como o Brasil. Isto quer dizer que a queda da TMI tardia a este nível no Brasil, sem cair a TMI neonatal, permitiria conseguir os seguintes padrões:

TMI no Brasil = 24/1.000 (componente TMI tardia = 9/1.000)

Após queda máxima da TMI tardia: **TMI no Brasil = 17,5/1.000**

TMI no Paraná = 15,41/1.000 (componente TMI tardia = 4,95/1.000)

Após queda máxima da TMI tardia: **TMI no Paraná = 12,9/1.000**

*** Viabilidade de redução máxima da TMI tardia**

De acordo com comentários já colocados anteriormente, as ações de saúde no Brasil com poder de impacto na redução da TMI, historicamente têm sido voltadas para a prevenção de doenças e óbitos incidentes especialmente na faixa de 1 a 12 meses de vida, e é por isto que no Brasil a TMI teve queda muito grande nas últimas décadas. O investimento de toda a rede de saúde nacional, na saúde da criança, envolve toda a estrutura hospitalar, unidades básicas de saúde e Programa de Saúde da Família (mais de 65 mil equipes no país), e o resultado possível com tudo isto é o que temos agora. Para melhorar qualitativamente e quantitativamente todas as estruturas e os programas já existentes, e ainda criar os ambulatórios especializados em crianças de risco, prevenindo acidentes, e treinando adequadamente os profissionais que atendem em áreas aonde não existem pediatras (AIDPI), o investimento será grande, talvez muito grande (é necessário fazer cálculos), e o impacto possível com este investimento está colocado no parágrafo anterior.

7. COMO ESTÃO OS PROGRAMAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL

- pelos números fica sempre a impressão de que ainda há muito o que fazer para reduzir a TMI neonatal. É necessário analisar bem os números, conhecer com detalhes as estratégias capazes de reduzir a TMI neonatal e calcular o custo que estas estratégias representariam, para entender o que é realmente possível fazer para reduzir este componente da TMI no Brasil e no Paraná.

1) recordando os números: TMI neonatal no Brasil: 15/1.000

TMI neonatal no Paraná: 10,46/1.000

Menor TMI neonatal do mundo: 3/1.000

2) compreendendo as causas da TMI neonatal:

Nos estados do Brasil que levam em conta apenas a Declaração de Óbito, as principais causas de óbito nos primeiros 28 dias de vida são:

a) Prematuridade

b) Síndrome de angústia respiratória e outras causas de insuficiência respiratória

- c) Asfixia perinatal
- d) Sepsis neonatal
- e) Broncoaspiração neonatal

- observando esta lista de causas os gestores de saúde poderiam decidir que a maior necessidade de investimento seria em estrutura de UTI Neonatal e em profissionais especializados em UTI Neonatal

Mas no Paraná, após a investigação do óbito infantil pelo Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil e seus comitês regionais e municipais, permitiu identificar melhor os motivos de os bebês nascerem prematuros e, por nascerem prematuros, desenvolverem a síndrome de angústia respiratória do RN, e de nascerem com infecções neonatais, que são as principais causas pela DO. As causas básicas de óbito neonatal, após esta investigação, passam a ser:

- a) Infecção urinária e outras infecções na gestante
- b) Ruptura prematura de membranas
- c) Hemorragia da gestante e descolamento prematuro de placenta
- d) Doença hipertensiva na gravidez
- e) Prematuridade (em vários casos a prematuridade ocorre por causa desconhecida)
- f) Síndrome de angústia respiratória e outras causas de insuficiência respiratória
- g) Asfixia perinatal
- h) Sepsis neonatal
- i) Broncoaspiração neonatal

- observando os quatro primeiros itens desta lista de causas de morte neonatal, os gestores de saúde percebem que a prevenção e tratamento adequado das complicações obstétricas que levam à ocorrência de prematuridade, e como consequência, da síndrome de angústia respiratória do RN e infecções, são estratégias redutoras da TMI neonatal. Portanto, fica clara a necessidade de investimento também na qualidade do pré-natal e na qualidade da assistência ao parto.

3) Atual estrutura para redução da TMI neonatal:

Agora sim, é possível compreender porque é que se diz, com razão, que as estratégias para redução da TMI neonatal devem contemplar três ações: 1) melhor qualidade do pré-natal; 2) melhor qualidade na assistência ao parto; 3) melhor qualidade na assistência ao recém-nascido sadio e enfermo.

- 1) **melhor qualidade do pré-natal:** a melhor qualidade do pré-natal envolve melhorar as condições da saúde física, mental e social da mulher brasileira. É uma responsabilidade da comunidade, da sociedade organizada, escolas, igrejas, ONGs, serviços de saúde pública, inclusive o Programa de Saúde da Família, Pastoral da Criança, obstetras, enfermagem, **programas especiais para gestantes de risco**. Exige investimento razoável em campanhas populares e capacitação dos profissionais da rede pública de saúde. **Na verdade o Brasil já investe muito na assistência ao pré-natal, com dezenas de milhares de profissionais, médicos obstetras ou generalistas e enfermagem, contratados para dar esta cobertura.**
- 2) **melhor qualidade na assistência ao parto:** é um trabalho para a assistência de saúde pública hospitalar, enfermagem, médicos obstetras, pediatra na sala de parto. Exige grande investimento na rede hospitalar de maternidades, inclusive maternidades de referência para gestantes de risco e capacitação profissional de enfermagem, médicos obstetras e pediatras. **É muito fraco o investimento do Ministério de Saúde, dos estados e dos municípios na contratação de profissionais habilitados para dar uma assistência ao parto humanizada e de**

ótima qualidade às gestantes atendidas pelo SUS, especialmente às gestantes de risco.

- 3) melhor qualidade na assistência ao recém-nascido sadio e enfermo:** é um trabalho para a equipe de pediatria neonatal e de enfermagem hospitalar, envolvendo o Alojamento Conjunto, 10 Passos para Incentivo ao Aleitamento Materno, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Projeto Mãe Canguru, Banco de Leite Humano. Exige investimento em equipamento hospitalar e em recursos humanos especializados (enfermagem, médicos pediatras, profissionais de saúde de apoio). **É muito fraco o investimento do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios na contratação de profissionais habilitados para atender ao recém-nascido de risco atendido pelo SUS.**

PROJETO PARA REDUÇÃO RÁPIDA DA TMI Neonatal

Temos atualmente convicção da viabilidade de implantar um projeto que se destine a reduzir rapidamente a TMI neonatal. Este projeto será apresentado nas páginas seguintes com as seguintes subdivisões de tópicos:

1. metas e impacto da redução da TMI com este projeto
2. diagnóstico dos motivos da TMI neonatal elevada (a - falhas no atendimento obstétrico intra-parto; b - falhas no atendimento neonatal)
3. projeto para redução rápida da TMI neonatal
4. viabilidade de implantação do projeto

1. Metas e impacto deste projeto sobre a TMI:

As metas deste projeto envolvem a correção das falhas no atendimento obstétrico intra-parto e as falhas no atendimento neonatal (pós-parto). O projeto, bem implantado no Brasil, teria o poder de reduzir rapidamente a TMI em 25 a 30%, com impacto especialmente na queda da TMI neonatal. Segundo estimativa dos autores que publicaram na revista **Lancet (2005, 365: 977-88)**, a revisão sistemática que identificou 16 medidas capazes de prevenir os óbitos neonatais, ficou demonstrado que as intervenções intra-parto e pós-natais são duas a três vezes mais efetivas do que as intervenções no pré-natal*. Se estas intervenções fossem completamente implantadas, a redução da mortalidade neonatal facilmente ultrapassaria 50%. Pela probabilidade de que dificilmente sua implantação seria perfeita no Brasil, acreditamos numa queda rápida de 25 a 30% da TMI a partir de uma implantação razoavelmente boa deste projeto.

* a melhora da qualidade do pré-natal não consegue reduzir a ocorrência de prematuridade, uma das grandes causas básicas de morte neonatal. No Paraná e no Brasil 6,5 a 7,5% dos partos resultam em recém nascidos prematuros, enquanto nos países mais desenvolvidos a incidência é de 8%. Portanto, a melhora da qualidade do pré-natal não resulta em redução da prematuridade, mas é quase certo que diminui a ocorrência de natimortos, fazendo com que alguns fetos que teriam óbito intra-uterino, consigam nascer com vida e prematuros, enquanto que outros que nasceriam prematuros ou complicados, consigam nascer sem complicações. Não há dúvida de que a melhora da qualidade do pré-natal pode reduzir em parte a TMI neonatal, mas infelizmente ela não evita as complicações de parto mal assistido ou o nascimento de bebês muito doentes que necessitam UTI Neonatal. Por isto, a pura e simples melhora da qualidade do pré-natal, no mundo todo, possui efeitos muito limitados na redução da TMI neonatal. Além disso, é difícil imaginar o Brasil criando estrutura de atenção à saúde maior do que a já existente

para a assistência ao pré-natal. Mesmo assim, a qualidade do pré-natal deve ser melhorada, com melhor capacitação e envolvimento dos profissionais que o realizam.

Podemos fazer raciocínios relativamente simplistas, mas bastante práticos e não completamente destituídos de razão:

- TMI neonatal no Brasil é 4 vezes maior do que num país como os Estados Unidos, país com perfil de complexidade semelhante ao nosso. Portanto:

* 25% da TMI neonatal não pode ser evitada e ocorrerá de qualquer maneira (mesmo o país com melhor força econômica do mundo não consegue evitar)

* 25% da TMI neonatal depende de pré-natal e condições sócio-econômicas e educacionais da população excelentes para que possa ser evitada (isto não é conseguido com nenhum projeto viável atualmente)

* 25% da TMI neonatal depende de excelente atuação da equipe obstétrica no momento do parto para que possa ser evitada (isto é viável com este projeto)

* 25% da TMI neonatal depende de assistência aos recém-nascidos de risco em UTI Neonatal com equipe de intensivistas atuando para que possa ser evitada (isto é viável com este projeto)

Assim, 50% da mortalidade neonatal pode ser evitada com a implantação deste projeto. Por isto, podemos dizer que este projeto permitiria a redução de 33% da TMI (metade dos 66% da TMI que correspondem ao componente neonatal). Como não devemos ser tão otimistas assim com a eficiência deste projeto, estimamos em 25 a 30% a queda da TMI após a sua implantação. Assim teríamos como resultado:

- TMI no Brasil em 2004 = 24/1.000: cairia para aproximadamente 18/1.000 (dos 3,3 milhões de nascidos vivos por ano, 21.000 recém-nascidos serão salvos a cada ano)

- TMI no Paraná em 2004 = 15,41/1.000: cairia para aproximadamente 11/1.000 (dos 160 mil nascidos vivos no Paraná por ano, 700 recém-nascidos serão salvos a cada ano)

2. Diagnóstico dos motivos atuais da TMI neonatal elevada:

É importante compreender os motivos de a TMI neonatal permanecer elevada e não sofrer uma queda significativa com o passar dos anos. Será que não tivemos instrumentos até agora para detectar contrastes que expliquem porque a TMI é elevada em alguns municípios e sustentavelmente baixa em outros? No Paraná foi possível observar qual é a diferença dos municípios que no ano 2004 tiveram TMI neonatal em torno 6 ou 7/1.000 (a média no Paraná é 10,5/1.00), como é o caso de Curitiba, Londrina e Maringá, quando comparados com os municípios com TMI neonatal superiores a 14/1.000 (alguns chegam a 19/1.000), como é o caso de Paranaguá, Francisco Beltrão, Umuarama, Campo Mourão, Apucarana, Jacarezinho, Telêmaco Borba e Ivaiporã. Alguns destes municípios com TMI neonatal elevada possuem índice de desenvolvimento humano (IDH) razoavelmente bom, comparáveis aos dos municípios com baixa TMI neonatal. Quais são as diferenças? Eis as respostas:

Motivo 1. Em municípios grandes, como Curitiba, Londrina e Maringá, existem hospitais ligados às escolas de medicina, sendo estes hospitais os responsáveis pela maior parte do atendimento de gestantes e recém-nascidos usuários do SUS (o SUS é responsável pela assistência hospitalar a mais de 70% da população). Os municípios de tamanho médio citados acima como portadores de TMI elevada não possuem escolas de medicina e nem hospitais universitários de ensino médico.

Motivo 2. Os hospitais ligados a escolas de medicina geralmente possuem boa estrutura: a) maternidades que servem de referência para atendimento a gestantes de risco; b) centro obstétrico com profissionais em esquema de plantão permanente, sendo estes profissionais (obstetras, enfermeiras e pediatras) capacitados para atendimento a

gestantes de risco; c) UTI Neonatal bem equipada; d) equipes de pediatras neonatologistas ou intensivistas e enfermagem em regime de plantão permanente a prestar atenção aos recém-nascidos de risco; e) todos estes profissionais são mal remunerados (recebem o equivalente à metade dos vencimentos de um médico ou enfermeiro do PSF), mas não se afastam de suas atividades devido à satisfação pessoal em trabalhar com o ensino médico ou com sua especialidade profissional.

Motivo 3. Os hospitais dos municípios de tamanho médio ou pequeno podem ser públicos ou privados, com uma parcela de leitos destinados ao SUS, mas possuem estrutura muito deficiente: a) recebem gestantes de risco mas não possuem centro obstétrico bem equipado; b) em alguns casos possuem área física e equipamento de UTI Neonatal, mas esta UTI Neonatal não funciona, ou funciona de modo precário (muitos hospitais possuem UTI Neonatal equipada e inaugurada pelos políticos gestores, mas que não funcionam na prática); c) o motivo de o centro obstétrico e a UTI Neonatal não funcionarem, ou funcionarem de modo precário, é o fato de os profissionais obstetras e pediatras receberem pela tabela do SUS, por procedimentos, ou por horas de plantão, o que determina um ganho mensal de R\$2.400,00 a R\$3.000,00 ao mês, sem vínculo empregatício, e por isso sem férias, 13º salário, encargos sociais (valores calculados para um pediatra que trabalha em UTI Neonatal 30 horas semanais, ou seja, muito menos do que um médico contratado no PSF para 40 horas semanais, que corresponde a mais de R\$6.000,00, com todos os encargos); d) o trabalho de um obstetra que atende a gestantes de risco e um pediatra que atende a recém-nascidos em UTI Neonatal é de elevado desgaste e risco profissional, e nas circunstâncias descritas acima é executada de modo apaixonado e competente por poucos profissionais, justo aqueles que estão ligados a outros objetivos pessoais, tais como orgulho de sua importância na sociedade, ou amor à sua comunidade; e) a maioria dos hospitais nem sequer possuem estrutura de UTI Neonatal.

Motivo 4. Estudos realizados em países desenvolvidos demonstram que os recém-nascidos que desenvolvem complicações que justificam internação em UTI Neonatal possuem chance de morte 4 vezes maior quando nascem em maternidade não equipada com UTI Neonatal e profissionais especializados em atividade, em comparação com os que nascem em maternidade equipada. Se o RN necessita UTI neonatal e terá que ser transportado para uma maternidade equipada, o transporte neonatal reduz um pouco a chance de morte, mas ainda assim ela é 3 vezes maior do que se ele tivesse já nascido na maternidade equipada. Por isto é fundamental que o transporte intra-uterino seja realizado sempre que possível, ou seja, que a gestante de risco seja transferida para a maternidade equipada antes de ocorrer o parto.

Em municípios como Curitiba, Londrina e Maringá, que possuem estrutura e profissionais especializados trabalhando na assistência ao parto e ao recém-nascido de risco, pode-se dizer que 60% a 70% dos bebês que irão necessitar de UTI Neonatal já nascem em hospital equipado, pois a gestante já era previamente classificada como de risco. Mesmo assim, muitos recém-nascidos nascem de gestações normais, em maternidades não equipadas, desenvolvem complicações e necessitam de transporte neonatal para uma UTI neonatal, situação esta que aumenta o risco de morte. Portanto, a situação ideal, a de que 100% dos recém-nascidos com complicações nasçam em maternidades equipadas, é inviável. Os países mais desenvolvidos não conseguem 100%, e consideram satisfatórios valores entre 60 a 70%. Portanto, a condição de municípios como Curitiba, Londrina e Maringá, é satisfatória. No entanto, os demais municípios de porte médio e pequeno estão em situação na qual entre 0% a 30% dos recém-nascidos que necessitam UTI Neonatal já nascem no hospital equipado. Disto resulta a alta mortalidade neonatal nestes locais geográficos.

Mas afinal, quais são as falhas no atendimento obstétrico e neonatal que induzem a alta mortalidade neonatal? O que está faltando ser feito no momento do parto, ou nos cuidados ao recém-nascido de risco?

A – falhas no atendimento obstétrico e pediátrico no momento do parto:

a) os obstetras que prestam assistência às gestantes usuárias do SUS recebem remuneração muito baixa, de modo que, apesar do grande número de obstetras existentes em todo o Brasil e de seu ótimo preparo profissional, poucos são os que têm se dedicado à maior parte das parturientes brasileiras.

b) os poucos obstetras que, por amor à sua função e à sua comunidade, se dedicam às gestantes atendidas pelo SUS, fazem isto em clima de campanha de guerra. Têm que assistir a vários partos ao mesmo tempo. Mas precisam ganhar algum sustento pessoal, de modo que permanecem pouco tempo ao lado de cada gestante em trabalho de parto, pois trabalham em diversas outras atividades. Quando o obstetra fica pouco tempo ao lado da gestante em trabalho de parto, certamente ele não conseguirá diagnosticar os agravos que estão em curso, não colocará em prática as medidas preventivas e terapêuticas em tempo. Irá detectar a presença dos problemas apenas quando é tarde demais, e então sérios agravos à saúde da gestante e do recém-nascido já terão ocorrido. A consequência disto é a alta mortalidade materna (no Brasil a Razão de Mortalidade Materna é 3 a 8 vezes maior do que a considerada tolerável pela OMS), e a elevada taxa de bebês que nascem com doença, necessitam UTI e morrem (OS OBSTETRAS QUE ATENDEM PELO SUS - OS POUÇOS HERÓIS QUE FAZEM ISTO - TRABALHAM EM REGIME DE GUERRA, E DEDICAM POUCO TEMPO A CADA GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO)

c) municípios ou hospitais públicos ou particulares com elevada taxa de cesareana, acima de 50%, são um indício de que os obstetras que ali trabalham não sabem ou não querem mais realizar parto vaginal. A consequência disto é muito grave, pois todos sabemos que 20% dos partos têm indicação obrigatória de cesareana, para salvar a vida da mãe ou do bebê. Portanto, nos locais aonde a maioria dos partos é cesareana, provavelmente os poucos partos vaginais que ocorrem são uma parcela que escapou da atuação do obstetra, de modo que 20% destes partos ocorreram por via vaginal quando obrigatoriamente deveriam ser por cesareana. Isto significa grave risco de morte ou seqüelas para 4 a 8% de todos os bebês (LOCAIS AONDE MAIS DE 50% DOS PARTOS SÃO CESAREANA, CERTAMENTE A CESAREANA OBRIGATÓRIA ESTÁ DEIXANDO DE SER REALIZADA EM 4 A 8% DAS PARTURIENTES, COM SÉRIOS RISCOS PARA A MÃE E O BEBÊ).

d) Complicações obstétricas e neonatais que poderiam ser minimizadas com boa assistência ao parto:

- **infecção materna:** é causa de morte materna, morte intra-uterina e morte neonatal. Está sendo mal diagnosticada e mal conduzida. Os protocolos precisam ser melhorados e obedecidos.

- **ruptura prematura de membranas:** é causa de infecção materna, sepse, meningite e pneumonia neonatal e prematuridade. Geralmente associada à vaginose e corioamnionite, poderia ser prevenida com penicilina no momento certo.

- **doença materna hipertensiva:** é causa de morte materna, morte intra-uterina e morte neonatal. A pré-eclâmpsia e eclâmpsia é resultado de falha de atendimento da enfermagem, do obstetra e até mesmo do anestesista.
- **hemorragia materna:** causa de morte materna, fetal e neonatal, parece depender pouco da qualidade de atuação da equipe obstétrica.
- **doenças maternas primárias (diabetes, cardiopatia, insuficiência renal, pulmonar, doenças de tireóide, HIV, hepatopatia, etc.):** quando mal diagnosticadas e conduzidas no pré-natal ou no momento do parto, podem gerar grandes complicações maternas e neonatais.
- **asfixia neonatal:** é a essência da tragédia absoluta para um recém-nascido, na maioria das vezes evitável, e geralmente relacionada a uma má atuação da equipe obstétrica durante o trabalho de parto e o parto.
- **infecção neonatal:** protocolos preventivos e terapêuticos estão sendo mal aplicados por parte dos obstetras.
- **preparo da gestante que terá parto prematuro, para melhor maturação pulmonar do feto:** protocolos mal aplicados no Brasil.
(TODAS AS SITUAÇÕES ACIMA SÃO BEM CONDUZIDAS QUANDO HÁ UMA EQUIPE OBSTÉTRICA SOLIDAMENTE INSTALADA AO LADO DA PARTURIENTE, O QUE PERMITE O DIAGNÓSTICO OPORTUNO E PRONTA ATUAÇÃO NAS SITUAÇÕES DE RISCO)
(ATUAÇÃO OBSTÉTRICA COMPETENTE NO MOMENTO DO PARTO TEM O IMPACTO DE REDUZIR DRASTICAMENTE A MORTALIDADE MATERNA E 12 A 15% DE TODA A MORTALIDADE INFANTIL)

e) presença do pediatra na sala de parto é crucial para uma assistência adequada ao recém-nascido desde o momento do nascimento, especialmente porque as situações de risco frequentemente já estão presentes desde o nascimento. A atuação do pediatra na sala de parto contribui significativamente para redução da TMI. Os hospitais que não possuem estrutura de UTI Neonatal raramente dispõem de equipe de pediatras em plantão permanente, e assim torna-se freqüente o nascimento de bebês com agravos importantes e que não recebem assistência especializada. No Paraná existem poucas exceções, como o hospital de Paranaguá, que mesmo sem dispor de uma UTI Neonatal funcionante, ao menos mantém uma equipe de pediatras em plantão permanente para atender na sala de parto.
(A PRESENÇA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO É CRUCIAL PARA UMA ASSISTÊNCIA ADEQUADA AO RECÉM-NASCIDO)

B. Falhas na Assistência ao Recém-Nascido:

- a) no Brasil podemos estimar que apenas 20% dos recém-nascidos que nascem com agravos que necessitam UTI Neonatal nascem em hospital equipado e com profissionais competentes para atendê-los. (A GRANDE MAIORIA DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO NO BRASIL NASCE EM MATERNIDADE NÃO EQUIPADA). Seria necessário que mais de 60% dos recém-nascidos que necessitam de UTI Neonatal tivessem a estrutura instalada na maternidade onde nascem.
- b) **erro histórico:** há cerca de 10 anos foi dado o alarme de que a TMI neonatal era difícil de ser combatida sem que houvesse investimento em atenção hospitalar. Daquele momento em diante os municípios e os governos de estado investiram em cursos de reanimação neonatal para os pediatras e em reformas de área física

hospitalar e compra de equipamentos de UTI Neonatal. Essa estrutura foi montada em grande parte dos municípios com mais de 60.000 habitantes, em hospitais que atendem inclusive à demanda de municípios menores vizinhos. Cerimônias de inauguração de UTIs foram realizadas em cerca de 20 hospitais no Paraná nas últimas 3 gestões governamentais, e sabemos que o mesmo ocorreu em outros estados do Brasil. Será que foi tudo bem planejado? 1) reforma de área física hospitalar; 2) leitos de UTI Neonatal equipados; 3) curso de reanimação neonatal para os pediatras. O povo brasileiro, que foi quem investiu estes recursos, deseja saber: **estas UTIs Neonatais estão funcionando?** Resposta: **Não, infelizmente mais de 70% destes leitos de UTI Neonatal não estão funcionando adequadamente.** O povo pergunta: **por que razão não estão funcionando?** A resposta é simples: **porque uma UTI não funciona apenas com área física, equipamentos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. É obrigatória a presença de médicos intensivistas contratados.**

(MUITOS HOSPITAIS NO BRASIL ESTÃO COM EQUIPAMENTO DE UTI NEONATAL INSTALADO, MAS NÃO POSSUEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA ATENDIMENTO E, POR ISTO, NÃO FUNCIONAM)

- c) Alguns médicos pediatras de municípios com mais de 60.000 habitantes se esforçam bastante no sentido de montar alguma estrutura hospitalar para atender aos recém-nascidos de risco pelo SUS. São profissionais intensamente preocupados em dar igualdade de chances de sobrevivência aos bebês usuários do SUS. Trabalham em regime de plantão, numa função de grande desgaste e risco profissional, e o hospital lhes paga por hora de trabalho, o equivalente a aproximadamente R\$2.400,00 a R\$3.400,00 por mês para 36 horas semanais, sem férias, 13º salário ou encargos previdenciários (equivalente a R\$1.600,00 para 20 horas semanais). Em sua maioria não são pediatras especializados em neonatologia ou terapia intensiva. Um estado como o Paraná possui no ano 2006 mais de 120 pediatras neonatologistas e intensivistas. Menos da metade deles está trabalhando efetivamente nas UTIs Neonatais. Está claro que um contrato em regime de emprego público, com salário atraente, manteria as UTIs Neonatais funcionando com profissionais especializados.
- d) Os hospitais que atendem à clientela do SUS (mais de 70% da população brasileira) estão em estado de falência. As tabelas que remuneram os serviços do SUS, por procedimentos e por diagnósticos, estão absurdamente defasadas. É com este dinheiro que os hospitais pagam os funcionários, as auxiliares de enfermagem, as enfermeiras, os médicos horistas, os medicamentos, os equipamentos, as reformas e manutenção geral. Ou seja, estão falidos. Os pediatras que trabalham nos poucos hospitais que possuem alguns leitos de UTI Neonatal funcionando, não têm poder de persuasão sobre os diretores para reivindicar recursos para o seu setor. A conversa do diretor é sempre a mesma: **‘repare, a UTI Neonatal é um setor deficitário, nós mantemos apenas para quebrar um galho para a nossa população, mas é um setor que dá prejuízo, nem pense em pedir nada, pois nós estamos pensando mesmo é em fechar estes leitos, para diminuir o prejuízo’.** E de fato vários destes hospitais fecham suas UTIs Neonatais. Sem contar que boa parte dos municípios médios sem escola de medicina nunca chegaram a possuir uma UTI Neonatal. Os municípios pequenos certamente não possuem UTI Neonatal.
- e) Quais são os agravos de saúde prevalentes em recém-nascidos de risco?

As principais causas de óbito neonatal no mundo todo são prematuridade (28%), infecção grave (26%) e asfixia perinatal (23%). A maioria delas é prevenível com ótima assistência ao parto e ao recém-nascido doente. Sabemos que no máximo 8% dos recém-nascidos são prematuros, 2% nascem com menos de 32 semanas de gestação, 1,1% nascem com menos de 1.500g. Cerca de 50% dos bebês internados em UTI Neonatal são nascidos com mais de 2.500g, 25% com peso de 1.500 a 2.500g e 25% com menos de 1.500g. O tempo médio de permanência hospitalar de um prematuro de menos de 1.500g que sobrevive é de 45 dias. É provável que aproximadamente 4% dos recém-nascidos vivos necessitem de UTI Neonatal.

- **Principais doenças em recém-nascidos de risco acima de 2.500g:** infecções graves (pneumonia, sepse, meningite); taquipnéia transitória; asfixia perinatal; síndrome de aspiração de mecônio; hipoglicemia e outros problemas metabólicos, malformações neurológicas, cardíacas, gastrointestinais, etc.

- **Principais doenças em recém-nascidos de risco abaixo de 2.500g:** prematuridade, síndrome de angústia respiratória do recém-nascido; infecções graves, asfixia perinatal; transtornos metabólicos; dificuldades alimentares; hemorragia cerebral; broncodisplasia pulmonar; encefalopatia crônica, etc.

f) Quais são os **recursos modernos que diminuem drasticamente TMI Neonatal?**

- nascer em maternidade que possui UTI Neonatal com profissionais especializados contratados

- preparo prévio com corticóide na gestante que terá parto prematuro

- obediência aos protocolos de conduta de neonatologia (divulgados pelas secretarias de saúde e Ministério da Saúde)

- equipamentos: ventilação mecânica; bombas de infusão; oxímetro de pulso; monitores; manipulados por profissionais competentes

- medicamentos especiais: surfactante; antibióticos; oxigênio; leite materno de Banco de Leite Humano; fórmulas infantis especiais; nutrição parenteral

- Banco de Leite Humano: são 7 no Paraná e cerca de 150 no Brasil

- equipamento de transporte de RN de risco

- (NASCIMENTO DE 60% DOS RN DE RISCO EM MATERNIDADES EQUIPADAS E COM EQUIPE DE NEONATOLOGIA CONTRATADA REPRESENTA UMA QUEDA IMEDIATA EM 12 A 15% DA TMI GLOBAL).

3. Projeto para redução rápida da TMI neonatal:

O projeto abaixo apresenta um exemplo de distribuição geográfica no estado do Paraná de 14 **Maternidades para Gestantes de Risco (MGR) e UTIs Neonatais (UTIN)**. Qualquer projeção para o Brasil como um todo deve levar em conta, grosseiramente, que o Paraná representa um vigésimo de qualquer investimento em saúde no país, e inclusive um vigésimo de sua população.

Cálculo da demanda de leitos de UTI neonatal:

- aproximadamente 4% dos recém-nascidos (RNs) vivos necessitam de UTIN.

- 4% de 150.000 nascidos vivos/ano (estimativa para o ano 2007) no Paraná = 6.000 RNs necessitam UTIN/ano

- permanência média de 15 dias por RN = $15 \times 6.000 = 90.000$ dias/RN/ano

- 90.000 dias/RN/ano divididos por 365 dias = 250

- o Paraná necessita 250 leitos de UTIN em funcionamento

* outra maneira de calcular a demanda de leitos de UTIN, de acordo com a literatura médica: 1,5 a 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos/ano, o que resulta em necessidade de 225 a 300 leitos de UTI Neonatal no Paraná. A mesma literatura recomenda 2 a 3 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) para cada leito de UTIN, o que resulta em necessidade de 500 a 750 leitos de UCIN (estes não fazem parte deste projeto, pois mesmo as maternidades que não são de referência para gestantes de risco têm sido contempladas com leitos de UCIN).

Observação Ilustrativa: Atualmente Curitiba, Londrina, Maringá e suas Regionais de Saúde, onde ocorrem 44% dos partos no Paraná, dispõem de 100 leitos de UTIN em funcionamento, graças principalmente à atuação dos hospitais ligados às escolas de medicina (100 leitos é 38% da necessidade total do Estado atualmente). Por isto estas Regionais de Saúde têm de modo sustentado a menor TMI Neonatal no Paraná, e se aproximam rapidamente de uma TMI inferior a 10/1.000 (inferior a dois dígitos).

Distribuição territorial das Maternidades para Gestantes de Risco (MGR) e das UTIN no estado do Paraná:

O Paraná tem seu sistema administrativo de saúde dividido em 22 Regionais de Saúde, cada uma com 1 município médio ou grande, circundado por aproximadamente 20 municípios pequenos ou médios. Seria um desperdício de recursos montar uma estrutura completa de uma MGR e UTIN em uma Regional de Saúde com necessidade de apenas 6 leitos de UTIN, como ocorreria na maioria das Regionais de Saúde. Uma UTIN não é viável economicamente se tiver menos de 10 leitos em funcionamento. Por este motivo é necessário agrupar algumas Regionais de Saúde, para que se monte uma MGR e UTIN para aproximadamente 11 a 22 leitos de UTIN.

A tabela abaixo relaciona uma proposta de distribuição territorial dos leitos:

Locais Geográficos	Nascidos vivos/ano	Número de leitos UTIN
Curitiba e Metropolitana, Paranaguá e litoral	53.000	88
Ponta Grossa e Telêmaco Borba	13.000	21
Guarapuava, Irati, e União da Vitória	14.000	23
Pato Branco e Francisco Beltrão	9.000	15
Foz do Iguaçu	7.000	11
Cascavel e Toledo	12.000	20
Campo Mourão, Umuarama e Cianorte	10.000	16
Maringá e Paranaíba	12.500	20
Londrina, Apucarana e Ivaiporã	18.000	30
Cornélio Procopio e Jacarezinho	7.500	12

Obs 1 – Curitiba possui 3 grandes UTIs e atende a toda a região metropolitana e litoral. Seria estratégico centralizar uma MGR e UTIN em São José dos Pinhais, para atender à grande população deste município, de Araucária, Fazenda Rio Grande e litoral.

Obs 2. Foz do Iguaçu poderia fundir-se com Cascavel e Toledo

Obs 3. Ivaiporã e Apucarana poderiam separar-se de Londrina e formar uma MGR e UTIN conjunta para 7.000 RNs (11 leitos)

Com esta distribuição geográfica, ficariam 4 MGR e UTIN instaladas em Curitiba e região metropolitana, duas em Londrina e uma em cada uma das outras propostas de divisão (14 centros de MGR e UTIN em todo o estado). Como descrito acima, os grandes municípios já possuem estruturas bem organizadas, 3 em Curitiba, um em Maringá, e um em Londrina São estruturas com condições vulneráveis, devido ao estado falimentar dos hospitais que atendem o SUS, ou pela má remuneração dos profissionais, mas ao menos estes serviços conseguem manter alguma funcionalidade. As demais estruturas instaladas no estado estão ou abandonadas ou funcionando de modo precário, pelos motivos já descritos (falta de equipe de neonatologia, de obstetrícia, de recursos tecnológicos ou de medicamentos).

Instalações e Equipamentos:

Para os 14 Centros de MGR e UTIN no estado do Paraná é necessária a seguinte estrutura:

- ampla área de atendimento de pré-parto; centro cirúrgico obstétrico equipados com toda a estrutura instrumental necessária.
- UTI Neonatal: com os leitos instalados e equipados com aparelhos de ventilação mecânica, incubadoras, monitores e outros recursos, de acordo com as normas para instalações de UTI Neonatal (Portaria do Ministério da Saúde)
- medicamentos específicos para gestantes e recém-nascidos.
- área de enfermarias (Alojamento Conjunto)
- área para permanência das mães de recém-nascidos hospitalizados provenientes de outros municípios.
- Banco de Leite Humano: sempre que se consiga estruturar algum (já existem 7 no Paraná)

Equipe de Médicos e Enfermeiros especialistas contratados:

Cada Centro de MGR e UTIN deverá contratar por concurso público:

- 7 obstetras treinados em atenção à gestante de risco (apenas 6 em Centros que possuem menos de 14 leitos de UTIN)
- 7 pediatras neonatologistas ou intensivistas (apenas 6 em centros que possuem menos de 14 leitos de UTIN).
- 4 enfermeiros especialistas em enfermagem obstétrica.
- 4 enfermeiros especialistas em terapia intensiva pediátrica

Isto totaliza para todo o estado 96 obstetras, 96 pediatras e 112 enfermeiros. Esta mão de obra altamente capacitada existe disponível no estado do Paraná.

O restante da equipe, auxiliares de enfermagem e médicos anestesistas, já estão contratados e trabalhando na rede hospitalar do estado.

g) Viabilidade de Implantação do Projeto:

Olhando superficialmente parece ser um projeto de implantação inviável, tanto pela logística necessária quanto pelos custos. No entanto, é surpreendente constatar que se trata de um projeto absolutamente viável, pois o estado do Paraná já dispõe de toda uma estrutura logística contratada para a articulação administrativa do Sistema de Saúde do estado, e os custos são muito baixos em comparação com os recursos recolhidos e disponibilizados para o estado do Paraná pelo Ministério da Saúde.

Logística:

Central de Planejamento e Execução: Secretaria de Saúde do Estado

(não é aconselhável que seja descentralizado a nível municipal, ou que seja centralizado em nível nacional)

Grandes decisões a tomar:

- 1) em quais municípios deverão ser construídos os Centros de MGR e UTIN?
- 2) Em cada município selecionado, qual hospital deverá conter o Centro de MGR e UTIN?

Não podemos esquecer que quase 40% dos leitos de UTI Neonatal já estão instalados, em maternidades equipadas com Centro Obstétrico para gestantes de risco. Há várias outras unidades funcionando precariamente em outros municípios (ex. Guarapuava, Campo Mourão, Apucarana, etc.). Estas unidades menores teriam que ser ampliadas, pois centralizariam em um município de tamanho médio a demanda de duas ou três Regionais de Saúde.

A questão de centralizar duas ou três Regionais de Saúde em um município médio é complexa. Por exemplo, é um grande desafio planejar a logística para manter um grande Centro de MGR e UTIN em Guarapuava, com 23 leitos de UTI neonatal, para dar atendimento aos mais de 45 municípios das Regionais de Saúde de Guarapuava, Irati e União da Vitória. A complexidade reside em:

- Programa de Saúde da Família e Unidades de Saúde fazem o diagnóstico de gestantes de risco e acompanhamento. Conforme o planejado, ou quando a gestante de risco entra em trabalho de parto, é rapidamente transportada para o Centro de MGR e UTIN (um transporte destes pode variar de 30 a 200 Km de distância)
- Gestante não classificada como de risco, quando entra em trabalho de parto em seu município e é diagnosticada uma situação de risco ou emergência, é transportada para que o parto ocorra no Centro de MGR e UTIN.
- Recém-nascido ou sua mãe cujo parto ocorre em maternidade de seu município, mas desenvolve complicações pós-natais que justificam transferência para UTIN, é transportado para o Centro de MGR e UTIN.

Custo de construção e manutenção dos Centros de MGR e UTIN:

f) Contratações: (médicos e enfermeiros concursados)

- 96 médicos obstetras contratados para 30 a 36 horas semanais, pelo mesmo salário que recebem os médicos do Programa de Saúde da Família* (R\$6.000,00 + R\$1.500,00 de encargos sociais) – $96 \times 7.500,00 = R\$720.000,00$ por mês = R\$8.640.000,00 por ano.
- 96 médicos pediatras contratados para 30 horas semanais, pelo mesmo salário que recebem os médicos do Programa de Saúde da Família (R\$6.000,00 + R\$1.500,00 de encargos sociais) – $96 \times 7.500,00 = R\$720.000,00$ por mês = R\$8.640.000,00 por ano.
- 12 enfermeiros especialistas contratados para 40 horas semanais, pelo mesmo salário que recebem os enfermeiros do Programa de Saúde da Família (R\$2.000,00 + R\$1.000,00 de encargos sociais) – $112 \times 3.000,00 = R\$336.000,00$ por mês = R\$4.032.000,00 por ano.
- total gasto com estes profissionais por ano = 21,32 milhões de reais por ano
- * - os valores colocados acima dizem respeito ao salário dos médicos do PSF no final do ano 2005. Os cálculos devem ser corrigidos para os valores atuais

O que isto significa se estendido para todo o Brasil? Lembremos que o Brasil é 20 vezes maior do que o Paraná:

- 1.920 obstetras especializados em gestantes de risco (disponíveis no país, e certamente terão grande interesse em trabalhar pelo salário do PSF)
- 1.920 pediatras neonatologistas ou intensivistas (disponíveis no país, e certamente terão grande interesse em trabalhar pelo salário do PSF)
- 2.240 enfermeiros especializados
- obs. O Brasil atualmente possui 65.000 equipes de PSF distribuídos pelo país, contratados pelo Ministério da Saúde, o que significam 65.000 médicos e 65.000 enfermeiras. Ou seja, este projeto aumenta apenas 6% o número de profissionais médicos já contratados pelo PSF, com uma relação custo-benefício extremamente vantajosa, considerando o enorme potencial de redução da mortalidade materna e infantil que jamais poderá ser alcançado com a estrutura do PSF atual.

Este total de 21,32 milhões de reais por ano no Paraná significa 426,4 milhões de reais no Brasil, o que equivale a 4,3 bilhões de reais em 10 anos no Brasil. Este é o gasto a mais necessário em relação ao que é gasto atualmente, para reduzir em 25 a 30% a TMI, reduzir 7.000 óbitos infantis no Paraná e 210.000 óbitos no Brasil em 10 anos. A mortalidade materna deve cair em 30 a 35%, o que significa evitar a morte de 10.000 mães em 10 anos no país. As seqüelas neurológicas permanentes por asfixia ou infecção perinatal deve ser muito reduzida.

h) Instalações:

- O estado do Paraná teria que ampliar e criar cerca de 9 Centros de MGR e UTIN.

Este é um investimento em área física absolutamente dentro das possibilidades orçamentárias do estado, realizado uma vez só, e que exige manutenção de longo prazo, sem grandes custos (o estado do Paraná já está realizando esta ampliação da rede hospitalar)

- Instalar os equipamentos para Centro Obstétrico e UTI Neonatal.

Este equipamento está completo nos 5 Centros que já existem nas grandes cidades. Está disponível, em mais de 12 municípios médios, um grande montante de equipamentos, muitos deles sem uso, em hospitais que não possuem equipes médicas especializadas. Talvez seja necessário, a esta altura, adquirir apenas 30% do total de equipamentos necessários para toda a rede. Este equipamento obviamente irá necessitar manutenção e reposição.

- Manutenção de medicamentos obrigatórios para os Centros de MGR e UTIN.

É importante lembrar que o atendimento hospitalar às gestantes de risco já é realizado, bem ou mal. Este custo não será criado a mais com a implantação deste projeto. Do mesmo modo, os recém nascidos de risco que necessitam UTI neonatal, bem ou mal já têm recebido atendimento. Este custo já está incorporado nos gastos com saúde. Isto quer dizer que já existe todo um investimento em auxiliares de enfermagem, anestesistas, medicamentos para gestantes e recém-nascidos, equipamentos de centro obstétrico e neonatal e até mesmo uma má remuneração dos médicos assistentes. Se o funcionamento deste projeto requer uma quantia a mais de recursos para estes fins, lembremos que o atual pagamento aos profissionais obstetras, pediatras e enfermeiros não será mais feito, pois eles estarão recebendo os salários pelos quais estão contratados, descritos acima, de modo que estes recursos irão para medicamentos, equipamentos e manutenção geral.

Na verdade não devemos considerar que este planejamento está superestimado ou subestimado, pois um argumento anula o outro: ARGUMENTO 1 – as necessidades estão subestimadas, pois a real necessidade de UTI neonatal é para 4% dos recém-

nascidos, mas na verdade existe uma pressão, uma reserva de preocupação clínica, que leva 5% dos recém-nascidos a terem indicação médica de ficar em UTI neonatal (a necessidade de leitos deveria ser 20% maior); ARGUMENTO 2 – as necessidades estão superestimadas, pois 25% da população do estado do Paraná não é usuária do SUS, e sim da rede de saúde suplementar, privada (a necessidade de leitos pode ser 25% menor). Além disso, não podemos esquecer que uma cobertura de 100% da demanda real é considerada impossível até mesmo nos países desenvolvidos, os quais trabalham com a estimativa de que ao menos 60% dos RNs que necessitam UTIN deverá nascer no centro hospitalar equipado, e menos de 40% inevitavelmente nascerá em hospitais que não dispõem do equipamento e profissionais em escala de plantão permanente, devendo ser transferidos posteriormente.

Não entra aqui em discussão um eventual projeto para as Unidades de Cuidados Intermediários para RNs de médio risco (UCIN), pois estes leitos já existem em número muito maior que os de UTIN, e podem ser instalados sem a existência de uma equipe de profissionais em plantão permanente.

4. Viabilidade de implantação do projeto:

Uma pergunta final. O PARANÁ DISPÕE DESTES 21 MILHÕES DE REAIS POR ANO, E O BRASIL DISPÕE DE 425 MILHÕES DE REAIS POR ANO?

Resposta: Sim, estes recursos estão disponíveis. Os 21 milhões de reais necessários no Paraná representam apenas 1,1% do total anual que o estado recebe do Ministério da Saúde e deve por lei disponibilizar para a saúde (55% é alocado para o estado e 45% para os municípios com gestão plena – Curitiba, Londrina, Maringá, Umuarama, etc.). Isto mesmo, apenas 1,1%, só do que é repassado pelo Ministério da Saúde, sem contar os recursos dos impostos estaduais e municipais.

Vejamos este depoimento fictício de uma menina de 12 anos, residente em Guamiranga, município dentro na Regional de Saúde de Ponta Grossa:

“Meu nome é Jéssica. Tenho 12 anos. Sou paranaense e estudo na sétima série de uma escola municipal. Estou muito preocupada, pois as mulheres grávidas da nossa cidade dificilmente conseguem vaga nos hospitais que têm obstetras de plantão. Quando ocorre alguma complicação no parto, ou quando o bebê tem algum problema, só Deus pode salvar. Minha tia está no fim da gravidez e ela já perdeu um filho, que nasceu prematuro. Um primo meu, filho de outra tia, tem paralisia cerebral, pois quando nasceu não teve médico para descobrir que tinha alguma coisa grave acontecendo com o neném. Agora minha tia nunca vai poder trabalhar e ganha uma pensão para ficar cuidando dele. Eu e minhas amigas estamos muito preocupadas. Eu sei que vai demorar para eu ficar grávida, mas no dia em que isto acontecer eu quero ter hospitais e médicos muito melhores para cuidar de mim e de meu filho. Na verdade eu e minhas amigas queremos e exigimos isto, porque ouvimos falar que recolhem imposto de tudo o que a gente compra, até do pãozinho que a gente come. Chegamos à conclusão de que é um direito nosso viver com a segurança de que nossos problemas de saúde serão bem resolvidos nos momentos de emergência”.

A Jéssica tem toda a razão, não tanto pelo direito em si, pois mesmo nos países mais pobres este direito não poderia ser negado. Mas ela está com a razão principalmente porque o Brasil dispõe de recursos para investir em atenção à saúde secundária e terciária. E o que falta é apenas investir nos profissionais especializados, sem o que nem adianta investir em medicamentos, equipamentos ou obras hospitalares.

E quais seriam as fontes destes recursos (21 milhões de reais por ano no Paraná e 430 milhões no Brasil)?

- não esqueçamos: isto é uma quantidade de dinheiro muito pequena em relação a todo o orçamento do Ministério da Saúde.
- nos anos 2000 a 2005 o estado do Paraná deixou de investir em saúde 100 a 250 milhões de reais por ano, dos 2 bilhões de reais por ano que recebe do Ministério da Saúde. Investiu este recurso em outras estruturas (obras, previdência, etc.) - por lei é obrigatório que o repasse do Ministério da Saúde seja todo investido em saúde.
- O Brasil economizaria 800 milhões de reais por ano se o número de deputados federais fosse reduzido para o número realmente necessário. O Congresso Nacional continuaria existindo e funcionaria com maior eficiência.
- os prejuízos com sonegação, corrupção e super-faturamento dos recursos contratados em nível municipal, estadual e federal são enormes, e somam dezenas de bilhões de reais por ano. Desde junho de 2005 a imprensa mostra diariamente para o povo brasileiro aonde estão ocorrendo os desvios e por quem são realizados.
- A prova de que estes recursos são facilmente disponíveis está no fato de que até mesmo a população, tirando o dinheiro do próprio bolso, pode juntar grandes somas de dinheiro em pouco tempo (ex. Igrejas que com os dízimos ofertados pelos fiéis, conseguem juntar mais de um bilhão de reais por ano, sendo que em alguns casos o dinheiro é desviado para contas particulares no exterior). Ou seja, se cada família paranaense contribuísse com 10 reais por ano, seriam obtidos 21 milhões de reais por ano.
- O estado do Brasil que implantar um projeto desta natureza, será o primeiro a conquistar TMI inferior a 10/1.000.

CONCLUSÕES:

1. Com mudanças na política de saúde do SUS, e ótimo gerenciamento das secretarias estaduais de saúde, é possível reduzir a curto prazo a mortalidade materna e infantil no Brasil em 25 a 30%. Mudança na política de saúde quer dizer a possibilidade de contratar profissionais de saúde em concurso público para atendimento de média e alta complexidade (atenção secundária e terciária à saúde) – temos a notícia de que o Secretaria de Saúde do Paraná, nos 24 hospitais em construção e reforma, instalará centro obstétrico e UTIN. Resta saber se os profissionais especialistas serão contratados, com ótimos salários. Se não forem contratados, todo o investimento nos 24 hospitais terá sido inútil.
2. O Paraná e o Brasil dispõem de recursos financeiros para implantar este projeto, o qual obrigatoriamente deve envolver a contratação dos profissionais especializados, com salários no mínimo semelhantes ao dos profissionais contratados pelo PSF.
3. Os benefícios deste projeto são tão grandes para a população, que a sociedade como um todo deve tomar conhecimento desta possibilidade e exigir sua implantação pelos gestores de saúde em nível estadual e federal, para que não tenham que juntar 10 reais por família brasileira por ano.
4. Rapidamente este projeto deveria ser divulgado para todos os membros da Sociedade Paranaense de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná e do Brasil – os membros dos

Departamentos Científicos de Neonatologia e Terapia Intensiva e médicos obstetras podem analisar, propor mudanças e iniciar a divulgação da necessidade de implantação do projeto.

5. Rapidamente este projeto deveria ser divulgado para o Ministério de Saúde e secretarias estaduais de saúde, pois a argumentação aqui apresentada não é conhecida. Os gestores de saúde, uma vez informados da possibilidade desta estratégia, finalmente poderão planejar sua execução.