Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave

ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Centro Latino-americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva CLAP/SMR

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde

aecid Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Canadian International Development Agency

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Publicación Científica CLAP/SMR 1593

Catálogo de Publicações
Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: Estratégia de monitoramento e avaliação. Montevidéu: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicação Científica; 1593)

1. Mortalidade Materna-Prevenção
2. Saúde Materna
3. Morbidade
4. Planos e Programas de Saúde
5. Serviços de Saúde Materno-Infantil
6. Atenção Pré-natal
7. Atenção Pós-natal

A menção de determinadas sociedades mercantis ou de nomes comerciais de certos produtos não

A menção de determinadas sociedades mercantis ou de nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela Organização Pan-americana da Saúde ou priorizados em relação a outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, as denominações dos produtos patenteados são marcados, nas publicações da OPAS, com letra maiúscula no início.
Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva CLAP/SMR
Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS
Caixa Postal 627, 11000 Montevidéu, Uruguai Telefone: +598 2 487 2929, Fax: +598 2487 2593 postmaster@clap.ops-oms.org http://new.paho.org/clap http://perinatal.bvSaúde.org/

Título: Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: Estratégia de monitoramento e avaliação Publicação Científica CLAP/SMR 1593

A Organização Pan-americana da Saúde dará consideração favorável às solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir suas publicações, parcialmente ou na íntegra. As solicitações e os pedidos de informação deverão ser encaminhados a: Serviços Editoriais, Área de Gestão de Conhecimento e Comunicação (KMC), Organização Pan-americana da Saúde, Washington D.C., EUA.
O Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), da Área Saúde familiar e Comunitária, Organização Pan-americana da Saúde terá enorme satisfação em fornecer a informação mais recente sobre alterações feitas em textos, planos sobre novas edições, reimpressões e traduções já disponíveis.

© Organização Pan-americana da Saúde. 2012
As publicações da Organização Pan-americana da Saúde têm proteção autoral, de acordo com as disposições sobre reprodução de originais do Protocolo 2 da Convenção Universal sobre Direitos Autorais.. Todos os direitos reservados.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião, por parte da Secretaria da Organização Pan-americana da Saúde, sobre a condição jurídica dos países, territórios, cidades ou zonas, ou de suas autoridades, nem a respeito do traçado de suas fronteiras ou limites.

A menção de determinadas sociedades mercantis ou de nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela Organização Pan-americana da Saúde ou priorizados em relação a outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, as denominações dos produtos patenteados são marcados, nas publicações da OPAS, com letra maiúscula no início.
Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva CLAP/SMR
Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS
Caixa Postal 627, 11000 Montevidéu, Uruguai Telefone: +598 2 487 2929, Fax: +598 2487 2593 postmaster@clap.ops-oms.org

http://new.paho.org/clap

http://perinatal.bvsalud.org/

Título: Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: Estratégia de monitoramento e avaliação Publicação Científica CLAP/SMR 1593

Agradecimientos

A presente publicação foi possível graças ao financiamento da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), da Agência Espanhola para a Cooperação e Desenvolvimento Internacional (AECID) e da Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

O CLAP/SMR deseja agradecer o apoio técnico recebido para a revisão deste documento dos pontos focais de saúde sexual e reprodutiva da OPAS nos países da região, do departamento de saúde materna, da criança e do adolescente da OMS e do ponto focal em saúde materna para a América Latina e o Caribe da USAID.

Sumario

Glossário
Resumo Executivo
1. Introdução 1
2. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave 2
3. Monitoração do Plano de Ação 4
4. Definições e descrições dos indicadores..... 4
4.1. Indicadores de impacto 5
4.1.1 Razão de mortalidade materna (RMM) total por causas e por idade..... 5
4.1.2 Razão de morbidade materna grave total e por causas..... 5
4.1.3 Taxa de mortalidade materna (mortes maternas por cem mil mulheres de 15 a 44 anos)..... 5
4.1.4 Número de países com RMM menor que 75 x 100.000 nascidos vivos para o ano de 2017..... 5
4.1.5 Número de países com subpopulações [segundo etnia (indígena e não indígena) ou localização geográfica (rural ou urbana) ou divisão subnacional (departamento, província, estado)] com RMM maior que 125 x 100.000 nascidos vivos.....5
4.2. Indicadores por áreas estratégicas 6
4.2.1 Área estratégica 1: Prevenção da gravidez não desejada e das complicações dela decorrentes..... 6
4.2.2 Área estratégica 2: Acesso universal a serviços de maternidade acessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção de saúde 7
4.2.3 Área estratégica 3: Recursos humanos qualificados 8
4.2.4 Área estratégica 4: Informação estratégica para a ação e a prestação de contas..... 8
4.3. Informação a ser completada pelos países para a construção dos indicadores 9

Glossário

Siglas

ALC	América Latina e o Caribe
AU	Acesso universal
CD	Corpos Diretivos
CLAP/SMR	Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva
COE	Cuidados obstétricos de emergência
M&E	Monitoramento e avaliação
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
RMM	Razão de mortalidade materna
SMI	Saúde materno -infantil
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
TP T	rabalho de parto
UTI	Unidade de tratamento intensivo

Termos e definições

Pessoal Qualificado: Segundo a OMS entende-se por pessoal qualificado todo aquele pessoal da Saúde acreditado - tais como enfermeiras, obstetrizes, parteiras universitárias ou médicos. Um profissional qualificado é aquele que recebeu formação e treinamento e atingiu proficiência nas habilidades necessárias para manejar a gestação normal (não complicada) o parto e o período de pós-parto imediato, identificar complicações, realizar intervenções essenciais e promover uma referência rápida e oportuna das mulheres e dos recém nascidos, quando necessário. Esta definição exclui o pessoal empírico (comadres).

COE básico: São os cuidados obstétricos essenciais que incluem tratamento médico inicial das complicações obstétricas e neonatais (anticonvulsivantes, ocitócicos e antibióticos, reanimação neonatal referência imediata), procedimentos manuais (remoção de placenta, reparo de laceração, parto vaginal assistido, cuidados pós-parto e pós-aborto).

COE ampliado: Inclui os cuidados do básico mais a possibilidade de realizar cesáreas, anestesia, sangue e/ou hemoderivados e manejo das complicações obstétricas.

Morbidade materna grave: Morbidade grave é aquela que apresenta uma mulher que quase morre, porém, sobrevive a uma complicação que acontece durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação.
Neste documento o termo morbidade materna grave foi o aprovado pelos Corpos Diretivos da OPAS, sendo sinônimo de morbidade materna severa, morbidade materna extrema, morbidade materna extremamente grave ou near miss (terminologia usada em inglês), terminologias freqüentemente usadas em obstetrícia nos diferentes países da região

Critérios de morbidade materna grave (near miss)

Sistema ou aparelho comprometido	Critérios clínicos	Marcadores de laboratório	Critérios baseados em Intervenções
Cardiovascular	Choque Parada cardíaca	Hipoperfusão severa (lactato > 5 mmol/l ou > 45 mg/dl) Acidose severa (pH < 7,1)	Infusão continua de medicamentos vasoativos Reanimação cardiopulmonar
Respiratório	Cianose aguda Respiração ofegante Taquipnéia severa (freqüência respiratória > 40 rpm) Bradipnéia severa (freqüência respiratória < 6 rpm)	Hipoxemia severa (saturação de oxigênio < 90% durante > 60 minutos ou PaO2/FiO2 < 200)	Intubação e ventilação não relacionada com anestesia
Renal	Oligúria resistente aos líquidos ou diuréticos	Azotemia aguda severa (creatinina > 300 jmol/l ou > 3,5 mg/dl)	Diálise por insuficiência renal aguda
Hematológico / Coagulação	Alterações da coagulação	Trombocitopenia aguda severa (< 50.000 plaquetas/ml)	Transfusão maciça de sangue/glóbulos vermelhos (> 3 unidades)
Hepático	Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	Hiperbilirrubinemia aguda severa (bilirrubina > 100 jmol/l ou> 6,0 mg/dl)	
Neurológico	Inconsciência prolongada (> 12 horas)/Coma Acidente vascular cerebral Crises epilépticas incontroláveis/ Estado epiléptico Paralise generalizada		
Disfunção uterina			Infecção ou Hemorragia que levam à Histerectomia

Sangue seguro: Glóbulos vermelhos ou outros produtos derivados do sangue provenientes de pessoas que não apresentam fatores de risco conhecidos para transmissão por transfusão de microrganismos ou vírus (ex. malaria, HIV, hepatite, etc.). As amostras devem ser negativas para anticorpos de exposição a vírus e a indicadores inespecíficos de inflamação hepática.

Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave

ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave

Resumo Executivo

O tema da redução da morbimortalidade materna vem sendo abordado na região, porém, os resultados continuam sendo insuficientes. Embora se conte com o conhecimento sobre as intervenções eficazes em função do custo para evitar mais de 90% das mortes maternas e das complicações obstétricas graves, as mulheres e seus filhos continuam enfrentando barreiras econômicas, geográficas, sociais, legais e comportamentais que as impedem de acessar serviços de qualidade.

Resta muito a ser feito na prestação dos serviços de Saúde uma vez que ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção; na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de Saúde sensíveis às especificidades culturais, independentemente de onde a mulher vive ou de sua situação socioeconômica.

A OPAS pretende que a execução deste "Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave", com o mais amplo engajamento dos países das Américas, permita às mulheres e às crianças melhorarem sua Saúde e o exercício de seus direitos fundamentais e de justiça social.

O presente documento apresenta um conjunto de indicadores que permitem medir os avanços e o impacto da implementação do Plano Regional, possibilitando a comparabilidade da informação para além das adaptações locais.

A OPAS apoiará tecnicamente os países em seus esforços de monitoramento e apresentará, a cada dois anos, relatórios regionais aos Corpos Diretivos onde será feita uma análise da situação identificando falhas com vistas à definição de medidas corretivas e ao desenvolvimento das intervenções necessárias para a consecução dos objetivos do Plano.

1. Introdução

E1. O "Plano de Ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade Materna grave" é um passo a mais para melhorar a Saúde das mulheres, que contribui indiretamente aos esforços dos países para atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 5 (1).

A mortalidade materna diminuiu em toda a Região entre 1990 e 2010. Segundo dados oficiais dos Estados Membros, que a OPAS publica nos Indicadores Básicos de Saúde, essa redução foi de 35% em final de 2010. Porém, esta queda continua sendo insuficiente para que a Região das Américas atinja o ODM 5. Cerca de 90% da mortalidade materna na ALC poderia ser evitada com os conhecimentos que os países têm hoje em dia.

A morbidade materna grave tem sido menos estudada que a mortalidade materna. Calcula-se que ocorrem até 20 casos de morbidade materna severa por cada morte materna registrada. Destes casos, até um quarto das mulheres poderiam sofrer seqüelas graves e permanentes.

Freqüentemente, a atenção que está ao alcance das mulheres no período pré-natal e durante o parto não cumpre com as normas internacionais. O controle pré-gestacional praticamente não existe na Região. Os serviços obstétricos essenciais não estão distribuídos em forma homogênea e muitas vezes são de má qualidade porque não há profissionais capacitados com as competências necessárias. Além disso, nem todas as instituições podem cumprir com os requisitos básicos nem fornecer todos os medicamentos e insumos necessários, como reativos de laboratório e sangue seguro.

O Plano de ação propõe que no período 2012-2017 sejam intensificadas as intervenções chaves de eficácia comprovada para reduzir a morbimortalidade materna em quatro áreas estratégicas que promovam nos países o acesso ilimitado à atenção pré-gestacional de alta qualidade (abrangendo o planejamento familiar), bem como à atenção pré-natal, do parto e do puerpério prestada por profissionais qualificados, com adequação intercultural e focando os direitos nas suas ações.

O Secretario Geral das Nações Unidas fez uma convocação em favor da execução de um plano que promovesse a redução da mortalidade materna e criou a Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre Saúde das Mulheres e Crianças no ano de 2011 que formulou recomendações sobre o assunto. A OPAS somou-se a esta iniciativa no 50° Conselho Diretor, realizado em 2010, dando novo impulso à Iniciativa Maternidade Segura ao aprovar por unanimidade, no 5o Conselho Diretor em setembro de 2011, o Plano e a Resolução correspondente para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave.

2. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave

A mortalidade e morbidade materna evitáveis são expressão de iniqüidade e desigualdade e de falta de empoderamento das mulheres. Embora os determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais sejam fatores essenciais que intervêm na diminuição da morbidade e mortalidade materna, o setor da saúde pode adotar medidas concretas destinadas diretamente à sua diminuição. Entre elas, encontra-se a organização dos Serviços de Saúde com vistas a melhorar os serviços para a mulher em questões de planejamento familiar, atenção antes da gravidez, no período pré-natal, no parto e no puerpério.

Este Plano de Ação aborda diretamente elementos cruciais que podem ajudar a prevenir as mortes maternas e a morbidade grave e tem como objetivos gerais os abaixo relacionados:

a) contribuir a acelerar a redução da mortalidade materna,
b) prevenir a morbidade materna grave, e
c) fortalecer a vigilância da morbidade e mortalidade maternas

Foram identificadas e priorizadas quatro áreas estratégicas e nove intervenções com seus respectivos indicadores descritos a seguir:

Área estratégica 1:
Prevenção da gravidez não desejada e das complicações dela decorrentes.

Objetivo 1: Aumentar o uso de métodos anticoncepcionais modernos nas mulheres em idade fértil, enfatizando o grupo de adolescentes.

Área estratégica 2: Acesso universal a serviços de maternidade accessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção à Saúde.

Objetivo 2: Contar com serviços de atenção materna de qualidade dentro dos sistemas integrados de serviços à Saúde.

Área estratégica 3: Recursos humanos qualificados

Objetivo 3: Aumentar o número de recursos humanos qualificados para a atenção pré-gestacional, pré-natal, durante o parto e o puerpério nos estabelecimentos de Saúde.

Área estratégica 4: Informação estratégica para a ação e a prestação de contas.

Objetivo 4: Fortalecer os sistemas de informação e vigilância da Saúde materna e perinatal e as estatísticas vitais no contexto dos sistemas nacionais de informação.

A resolução aprovada solicita a elaboração de relatórios a cada dois anos, sobre a base

Áreas estratégicas	Intervenções de impacto	Indicadores
1. Prevenção da gravidez não desejada e das complicações dela decorrentes.	• Aumentar a cobertura de métodos anticoncepcionais (inclusive os métodos anticoncepcionais de emergência) e a disponibilidade de serviços de aconselhamento em planejamento familiar antes da concepção e depois de uma intervenção obstétrica.	• Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fértil, classificadas conforme a idade e residência rural/ urbana. (Linha de base 60%. Meta: 70%.) • Número de países que contam com dados nacionais sobre aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais de pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de Saúde. (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) • Redução de 50% na porcentagem de mortes maternas decorrentes de aborto (Linha de base: 13%. Meta: 7%.)
2. Acesso universal a serviços de maternidade acessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção à Saúde	• Acesso à atenção acessível e de qualidade para os períodos pré-gestacional, pré-natal, do parto e do puerpério, por nível de atenção materna e perinatal, considerando um enfoque por regiões no contexto da regionalização da assistência materna e perinatal.. • Lares maternos, se apropriado. • Utilização de práticas baseadas em provas científicas. • Assegurar a derivação e contraderivação oportunas. • Prevenção e detecção da violência intrafamiliar durante a gravidez.	• Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles. (Linha de base: 50%. Meta: 90%.) • Cobertura institucional do parto. (Linha de base: 89.8%. Meta: 93%.) • Número de países que têm como mínimo 60% de cobertura de controle do puerpério sete dias após o parto. (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%.) • Número de países que usam ocitócicos em 75% dos nascimentos institucionais durante o terceiro estágio do trabalho de parto, quando o cordão umbilical deixa de pulsar. (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) • Número de países que usam sulfato de magnésio, além de interromper a gravidez em 95% dos casos de pré eclâmpsia grave/ eclâmpsia atendidos em estabelecimentos de saúde. (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) • Número de países com disponibilidade de sangue seguro em 95% dos estabelecimentos que oferecem cuidados de urgência no parto. (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.) • Número de países que vigiam a violência intrafamiliar durante a gravidez em 95% dos partos institucionais. (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%.) • Número de países com taxa de cesárea superior a 20% que irão reduzir sua taxa em, pelo menos, 20% até 2017. (Linha de base: 17. Meta: 100%.) • Número de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído. (Linha de Base: 15. Meta: 0
3. Recursos humanos qualificados.	• Aumentar o número de recursos humanos qualificados para a atenção pré-gestacional, pré-natal, do parto e do puerpério, em serviços de atenção obstétrica básica e de urgência. • Aumentar a disponibilidade de recursos humanos durante 24 horas para a atenção do parto e das complicações obstétricas.	• Número de países que têm coberturas da atenção do parto de 80% por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS. (Linha de base: 43. Meta: 48.) • Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por profissionais qualificados, capazes de cuidar tanto da mãe quanto do recém-nascido, de acordo com a definição da OMS. (Linha de base: 23. Meta: 48.) • Porcentagem de instituições de atenção obstétrica de urgência (básica e ampliada) que realizam auditorias de todas as mortes maternas. (Linha de base: a ser definida. Meta: 90%.) • Número de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre Saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional. (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.)
4. Informação estratégica para a ação e a prestação de contas.	• Implantar e consolidar sistemas de informação e de vigilância materna e perinatal. • Estabelecer comitês de análise da mortalidade materna com participação comunitária e oferecer soluções, quando for necessário.	• Número de países onde o sistema de Saúde tem um sistema de informação perinatal efetivamente funcionando. (Linha de base: 16. Meta: 29.) • Número de países onde o sistema de Saúde mantém um registro da morbidade materna grave. (Linha de base: a ser definida. Meta: 80%.) • Número de países cuja cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais. (Linha de base: a ser definida. Meta: 100%.)

da informação disponível.
As fontes de verificação de dados incluirão estatísticas vitais, pesquisas nacionais de Saúde e estudos específicos para este plano

3. Monitoramento e avaliação do Plano de ação

O monitoramento proporciona a informação necessária para avaliar o desempenho de qualquer programa sanitário, permitindo realizar ajustes ao longo de sua execução. Tanto o monitoramento quanto a avaliação são funções de gestão indispensáveis que ajudam a fortalecer o planejamento dos programas e a melhorar a efetividade das ações e intervenções que objetivam a redução da morbimortalidade materna.

O objetivo principal é a aferição do progresso na redução da morbimortalidade materna na América Latina e o Caribe, para implementar medidas corretivas nas diferentes etapas do plano, se for o caso. Para tanto, é necessário contribuir para o fortalecimento dos sistemas permanentes de vigilância. Diversas experiências na região apontaram que o fortalecimento destes sistemas se traduz em melhor qualidade de informação para a tomada de decisões, ao passo que aqueles países que optaram por estimativas ou pesquisas ocasionais obtiveram piores resultados.

A OPAS dirigirá seus esforços no sentido de monitorar os avanços e promover a criação de um repositório regional de informação chave em Saúde em cumprimento à resolução CD51.R12, aprovada pelos Estados membros no 51.° Conselho Diretor da OPAS. Nesse sentido, pretende-se contar com um núcleo central de indicadores comparáveis que permitam aferir os avanços e o impacto da implementação do Plano regional, para além das adaptações locais.

A OPAS apresentará aos Corpos Diretivos relatórios regionais a cada dois anos com uma análise da situação, que permita identificar falhas, adotando as medidas corretivas necessárias para a consecução das metas do Plano.

4. Definição e descrição dos indicadores

A seguir, são apresentadas 6 tabelas, nas 5 primeiras são definidos os indicadores enumerados tanto de impacto (4.1) como por áreas estratégicas (4.2) e na sexta (4.3) descreve-se a informação que deve ser coletada pelos países para a elaboração dos indicadores regionais.

4.1. Indicadores de impacto.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO / OBSERVAÇÕES
4.1.1 Razão de mortalidade materna (RMM) total por causas e por idade	Nº de mortes maternas / Nº de nascidos vivos x 100.000	Mortalidade materna é toda morte produzida por causa da gravidez, aborto, parto e/ou puerpério até 42 dias após o evento obstétrico, independente da duração e o lugar da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não decorrente de causas acidentais ou incidentais
4.1.2 Razão de morbidade materna grave total, por causas e por idade	N° de casos de morbidade materna grave por gravidez, parto e puerpério até 42 dias após o evento obstétrico / N° de nascidos vivos x 100.000	Morbidade grave é aquela que apresenta uma mulher que quase morre, porém, sobrevive a uma complicação que acontece durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação
4.1.3 Taxa de mortalidade materna (mortes maternas por cem mil mulheres de 15 a 44 anos)	N° de mortes maternas por gravidez, aborto, parto e puerpério até 42 dias após o evento obstétrico / N° de mulheres de 15 a 44 anos x 100.000	Trata-se de um proxy que permite avaliar o efeito da contracepção uma vez que não considera mulheres grávidas mas mulheres em idade fértil. Não se trata estritamente de uma taxa uma vez que o denominador não contempla o número de mulheres grávidas
4.1.4 N° de países com RMM menor que 75 x 100.000 nascidos vivos para o ando de 2017	N° de países com RMM menor que 75 p 100.000 nv / N° total de países x 100	Este indicador pretende avaliar a brecha existente em mortalidade materna entre países
4.1.5 N° de países com sub-populações [segundo etnia (indígena e não indígena) ou localização geográfica (rural ou urbana) ou divisão subnacional (departamento, província ou estado)] com RMM maior que 125 x 100.000 nascidos vivos	N° de países com sub-populações com RMM maior que 125 p 100.000 nv	Este indicador pretende avaliar a brecha existente na mortalidade materna intra país e as iniqüidades existentes entre grupos de diferente vulnerabilidade

4.2. Indicadores por áreas estratégicas.

4.2.1 Área estratégica 1:
Prevenção da gravidez não desejada e das complicações dela decorrente.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO /OBSERVAÇÕES
4.2.1.1 a) Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fértil, discriminados conforme a idade e a residência urbana	N° de mulheres de 15 a 44 anos que declaram estar usando métodos anticoncepcionais ou que o seu parceiro os está usando / Total de mulheres de 15 a 44 anos x 100 (segundo área urbana)	Discriminar segundo faixas etárias 15 a 19; 20 a 24; 25 a 44 e residência urbana
4.2.1.1 b) Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fértil, discriminados conforme a idade e a residência rural	N° de mulheres de 15 a 44 anos que declaram estar usando anticoncepcionais ou que o seu parceiro os está usando / Total de mulheres de 15 a 44 anos x 100 (segundo área rural)	Discriminar segundo faixas etárias 15 a 19; 20 a 24; 25 a 44 e residência rural
4.2.1.2 a) Número de países que contam com dados nacionais sobre aconselhamento em métodos de contracepção pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de Saúde	N° de países com dados de aconselhamento em métodos de contracepção pós-parto e/ou pós-aborto	Este indicador deve ser elaborado separadamente (aconselhamento pós-parto e aconselhamento pós-aborto)
4.2.1.2 b) Número de países que contam com dados nacionais sobre fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de Saúde	N° de países com dados de entrega de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto	Este indicador deve ser elaborado separadamente (entrega de anticoncepcionais pós-parto e entrega de anticoncepcionais pós-aborto)
4.2.1.3 Porcentagem de mortes maternas decorrentes de aborto	N° de mortes maternas por aborto / N° total de mortes maternas por 100	

4.2.2 Área estratégica 2:
Acesso universal a serviços de maternidade acessíveis e de qualidade dentro do sistema coordenado de atenção à Saúde.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO /OBSERVAÇÕES
4.2.2.1 Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles	Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles /Total de países	N° de mulheres que utilizaram serviços de atenção pré-natal , no mínimo, quatro vezes durante a gravidez/ N° total de nascimentos estimados
4.2.2.2 Cobertura institucional do parto.	N° de nascimentos (vaginal e cesárea) registrados em Serviços de Saúde/N° total de nascimentos estimados X 100	
4.2.2.3 Número de países que têm como mínimo 60% de cobertura de controle do puerpério sete dias após o parto	N° de países com 60% ou mais de controle puerperal até o 7o dia	N° de mulheres com controle puerperal entre a alta e o 7° dia após o parto (vaginal ou cesárea)/Total de nascimentos estimados X 100
4.2.2.4 Número de países que usam ocitócicos em 75% dos nascimentos institucionais durante o terceiro estágio do trabalho de parto, quando o cordão umbilical deixa de pulsar	N° de países que usam prevenção da hemorragia pós-parto com ocitócicos em 75% ou mais dos partos/Total de países x 100	N° de partos institucionais (inclui cesáreas) nos que foram utilizados ocitócicos (ocitocina, metilergonovina, misoprostol, etc.) para prevenir a hemorragia pós-parto quando o cordão umbilical deixa de pulsar /Total de partos institucionais (inclui cesáreas) X 100
4.2.2.5 Número de países que usam sulfato de magnésio, além de interromper a gravidez em 95% dos casos de pré eclâmpsia grave/eclâmpsia atendidos em estabelecimentos de saúde	N° de países que usam sulfato de magnésio em 95% das mulheres grávidas com pré eclâmpsia severa-eclâmpsia em estabelecimentos de Saúde/Total de países x 100	N° de mulheres grávidas com pré eclâmpsia severa-eclâmpsia que recebem sulfato de magnésio nos serviços de Saúde/Total de mulheres grávidas com casos de pré eclâmpsia severa-eclâmpsia X 100
4.2.2.6 Número de países com disponibilidade de sangue seguro em 95% dos estabelecimentos que oferecem cuidados de urgência no parto.	N° de países nos quais 95% ou mais dos serviços que oferecem COE contam com sangue seguro/Total de países x 100	N° de instituições de um país que oferecem COE e contam com sangue seguro /Total de instituições do país que oferecem COE X 100
4.2.2.7 Número de países que vigiam a violência intrafamiliar durante a gravidez em 95% dos partos institucionais	N° de países que vigiam a violência familiar em 95% ou mais dos partos institucionais /Total de países x 100	N° de partos institucionais (inclui cesáreas) nos quais as mulheres foram interrogadas à procura de indícios de violência intrafamiliar e o interrogatório ficou registrado/ Total de partos institucionais (inclui cesáreas) X 100
4.2.2.8 Número de países com taxa de cesárea superior a 20% que irão reduzir sua taxa em, pelo menos, 20% até 2017	N° de países que em 2012 tinham taxa nacional de cesárea superior a 20% e que até 2017 irão reduzi-la em 20% ou mais	
4.2.2.9 N° de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído	N° de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído	

4.2.3 Área estratégica 3:
Recursos humanos qualificados.

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO /OBSERVAÇÕES
4.2.3.1 Número de países que têm uma cobertura de atenção ao parto de 80% por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS	Número de países que têm uma cobertura de atenção ao parto de 80% por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS	
4.2.3.2 Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS	Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS	
4.2.3.3 Porcentagem de instituições de atenção obstétrica de urgência (básica e ampliada) que realizam auditorias de todas as mortes maternas	N° de instituições de atenção obstétrica que realizam auditoria das mortes maternas / N° total de instituições que atendem aos partos x 100	
4.2.3.4 Número de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre Saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional	N° de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre Saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional / Total de países da região X 100	

4.2.4 Área estratégica 4:
Informação estratégica para a ação e a prestação de contas

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINIÇÃO /OBSERVAÇÕES
4.2.4.1 Número de países onde o sistema de Saúde tem um sistema de informação perinatal efetivamente funcionando	Países que usam um sistema de informação perinatal em âmbito nacional.	
4.2.4.2 Número de países onde o sistema de Saúde mantém um registro da morbidade materna grave	Países que registram em forma sistemática a morbidade materna grave	
4.2.4.3 Número de países cuja cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais	Porcentagem de mortes maternas registradas nos sistemas nacionais de Saúde	

4.3 Informação a ser completada pelos países para a construção dos indicadores.

Os indicadores marcados em cinza serão calculados pela OPAS em nível regional, acrescidos dos dados fornecidos pelos países (nas outras linhas).

As células a serem preenchidas pelos escritórios dos países são de dois tipos:

a) Células em que a resposta será SIM ou NÃO, nesse caso, será feito um círculo em volta da opção correspondente para o país em questão.

b) Células abertas nas que a resposta será um valor, número absoluto, porcentagem, Razão ou Taxa, segundo corresponda.

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.1 Razão de mortalidade materna (RMM)							
4.1.1 a) N° total de mortes maternas							
4.1.1 b) N° total de nascidos vivos							
Fonte/ano							
4.1.1 c) N° de mortes maternas por causa:							
N° de mortes por Trastornos Hipertensivos (Total)							
• Pré-eclâmpsia							
• Eclâmpsia							
• Hipertensão crônica							
Hemorragia (Total)							
• Hemorragia segunda metade							
• Hemorragia pós-parto							
Sepse							
Aborto							
Parto obstruído							
Outras diretas							
Indiretas							
Mal definidas							
Suicídios/outras mortes violentas. Lembrar que estas mortes não são incluídas atualmente na RMM							
Fonte/ano							
4.1.1 d) N° de mortes maternas por idade. (Total)							
10-14							
15-19							
20-24							
25-39							
40-44							
45-49							
50 e mais anos							
Fonte/ano							

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.2 Razão de morbidade materna grave total e por causas							
4.1.2 a) N° total de casos de morbidade materna grave							
4.1.2 b) N° casos de morbidade materna grave por causa							
Pré-eclâmpsia severa							
Eclâmpsia							
Hemorragia que requer histerectomia e/ou 3 ou mais volumes de hemoderivados e/ou internação em UTI							
Hemorragia segunda metade que requer histerectomia e/ou 3 ou mais volumes de hemoderivados e/ou internação em UTI							
Hemorragia pós-parto que requer histerectomia e/ou 3 ou mais volumes de hemoderivados e/ou internação em UTI							
Aborto que requer histerectomia e/ou 3 ou mais volumes de hemoderivados e/ou internação em UTI							
Sepse							
Fonte/ano							
4.1.2 c) N° de morbidade materna por idade.							
4.1.2 c) N° de morbilidad materna por edad.							
10-14							
15-19							
20-24							
25-39							
40-44							
45-49							
50 e mais anos							
Fonte/ano							

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.1.5 N° de países com subpopulações [segundo etnia (indígena e não indígena) ou localização geográfica (rural ou urbana) ou divisão subnacional (departamento, província, estado)] com RMM maior que 125 x 100.000 nascidos vivos							
4.1.5 a) RMM maior que 125 por 100.000 em um Departamento, Província ou Estado	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.1.5 b) RMM maior que 125 por 100.000 em área rural	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.1.5 c) RMM maior que 125 por 100.000 em área urbana	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.1.5 d) RMM maior que 125 por 100.000 em população indígena	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.1.5 e) RMM maior que 125 por 100.000 em população mestiça	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.1.5 f) RMM maior que 125 por 100.000 em população afrodescendente	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.1.5 g) RMM maior que 125 por 100.000 em população branca/ caucásica	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.2.1.1 Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres em idade fértil, (total)							
4.2.1.1 a) Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos por idade							
10 -14							
15 -19							
20 -24							
25 -39							
40 - 44							
45-49							
50 e mais anos							
Fonte/ano							
4.2.1.1 b) Taxa de uso de métodos anticoncepcionais modernos segundo residência							
Urbana							
Rural							
Fonte/ano							

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.1.2 N° de países que têm dados nacionais sobre aconselhamento e fornecimento de anticoncepcionais pós-parto e/ou pós-aborto pelos serviços de Saúde							
4.2.1.2 a) O seu país tem dados nacionais sobre aconselhamento em métodos de contracepção pós-parto?	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.2.1.2 b) O seu país tem dados nacionais sobre aconselhamento em métodos de contracepção pós-aborto?	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.2.1.2 c) O seu país tem dados nacionais sobre fornecimento de anticoncepcionais pós-parto?	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
4.2.1.2 d) O seu país tem dados nacionais sobre fornecimento de anticoncepcionais pós-aborto?	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não	Sim Não
Fonte/ano							
4.2.1.3 Porcentagem de mortes maternas decorrentes de aborto reduzidas em 50%							
4.2.1.3 a) Porcentagem de mortes maternas decorrentes de aborto							
Fonte/ano							
4.2.2.1 Número de países que têm 70% de cobertura pré-natal com quatro ou mais controles							
4.2.2.1 a) N° de mulheres com quatro ou mais controles pré-natais							
Fonte/ano							
4.2.2.2 Cobertura institucional do parto							
4.2.2.2 a) N° de nascimentos (vaginal e cesárea) registrados em Serviços de Saúde							
Fonte/ano							
4.2.2.3 Número de países que têm como mínimo 60% de cobertura de controle do puerpério sete dias após o parto							
4.2.2.3 a) N° de mulheres com controle puerperal entre a alta e o 7° dia após o parto (vaginal ou cesárea)							
Fonte/ano							

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.2.4 Número de países que usam ocitócicos em 75% dos nascimentos institucionais durante o terceiro estágio do trabalho de parto, quando o cordão umbilical deixa de pulsar							
4.2.2.4 a) N° de partos institucionais (inclui cesáreas) nos que foram utilizados ocitócicos (ocitocina, metilergonovina, misoprostol, etc.) para prevenir a hemorragia pós-parto.							
4.2.2.4 b)Total de partos institucionais (inclui cesáreas)							
Fonte/ano							
4.2.2.5 Número de países que usam sulfato de magnésio, além de interromper a gravidez em 95% dos casos de pré eclâmpsia grave/ eclâmpsia atendidos em estabelecimentos de saúde							
4.2.2.5 a) N° de mulheres grávidas com pré eclâmpsia severa-eclâmpsia que recebem sulfato de magnésio nos serviços de Saúde							
4.2.2.5 b) Total de mulheres grávidas com casos de pré eclâmpsia severa-eclâmpsia							
Fonte/ano							
4.2.2.6 Número de países com disponibilidade de sangue seguro em 95% dos estabelecimentos que oferecem cuidados de urgência no parto							
4.2.2.6 a) N° de instituições de um país que oferecem COE e contam com sangue seguro							
4.2.2.6 b)Total de instituições do país que oferecem COE							
Fonte/ano							
4.2.2.7 Número de países que vigiam a violência intrafamiliar durante a gravidez em 95% dos partos institucionais							
4.2.2.7 a) N° de partos institucionais (inclui cesáreas) nos quais as mulheres foram interrogadas à procura de indícios de violência intrafamiliar, ficando registro de tal interrogatório							
Fonte/ano							

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.2.8 Número de países com taxa de cesárea superior a 20% que irão reduzir sua taxa em, pelo menos, 20% até 2017							
4.2.2.8 a) Porcentagem de cesáreas							
Fonte/ano							
4.2.2.9 N° de países com mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído							
4.2.2.9 a) N° de mortes maternas devidas a trabalho de parto obstruído							
Fonte/ano							
4.2.3.1 Número de países que têm taxa de cobertura da atenção ao parto de 80% por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS							
4.2.3.1 a) Porcentagem de atenção ao parto por profissionais qualificados, de acordo com a definição da OMS							
Fonte/ano							
4.2.3.2 Número de países que têm taxas de cobertura da atenção ao puerpério iguais ou superiores a 80% por profissionais qualificados, capazes de cuidar da mãe e do recém-nascido, de acordo com a definição da OMS							
4.2.3.2 a) Porecentagem de atenção ao puerpério por profissionais qualificados, capazes de cuidar da mãe e do recém-nascido de acordo com a definição da OMS							
Fonte/ano							
4.2.3.3 Porcentagem de instituições de atenção obstétrica de urgência (básica e ampliada) que realizam auditorias de todas as mortes maternas							
4.2.3.3 a) N° de instituições de atenção obstétrica que realizam auditoria das mortes maternas							
4.2.3.3 b) N° total de instituições obstétricas de emergência (básica e ampliada)							
Fonte/ano							

INDICADOR	PAÍS						
	ANO						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4.2.3.4 Número de países que apresentam anualmente relatórios públicos sobre Saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional							
4.2.3.4 a) O seu país apresenta anualmente relatórios públicos sobre Saúde materna que incluem estatísticas de mortalidade materna e a RMM em âmbito nacional?							
Fonte/ano							
4.2.4.1 Número de países onde o sistema de Saúde tem um sistema de informação perinatal efetivamente funcionando							
4.2.4.1 a) O sistema de Saúde do seu país tem um sistema de informação perinatal efetivamente funcionando							
Fonte/ano							
4.2.4.2 Número de países onde o sistema de Saúde mantém um registro da morbidade materna grave							
4.2.4.2 a) O sistema de Saúde do seu país mantém um registro da morbidade materna grave?							
Fonte/ano							
4.2.4.3 Número de países cuja cobertura de mortes maternas nos sistemas de registros vitais é de 90% ou mais							
4.2.4.3 a) Número de mortes maternas registradas nos sistemas de registros vitais							
4.2.4.3 b) Número de mortes maternas identificadas por busca ativa de casos							
Fonte/ano							