

CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS
SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

RELATÓRIO

OUTUBRO

DE

2014

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
AGRADECIMENTOS.....	5
COMPOSIÇÃO.....	6
CRIAÇÃO E PLANO DE TRABALHO.....	7
CAPÍTULO I – ANTECEDENTES.....	9
I.a. Ações definidas pelo Grupo Parlamentar para o Brasil.....	11
CAPÍTULO II – MORTALIDADE NEONATAL E MATERNA NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL.....	13
II. a. Marcos Legais Brasileiros.....	14
II. b. Mortalidade Neonatal na América Latina e no Brasil.....	20
II. c. Mortalidade Materna na América Latina e no Brasil.....	26
II. d. Saúde Sexual e Reprodutiva.....	31
CAPÍTULO III – ATIVIDADES DA SUBCOMISSÃO.....	33
III. a. Reunião na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.....	33
III. b. Seminário Internacional de Parlamentares da América Latina e do Caribe para a Garantia do Direito à Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil.....	35
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
CAPÍTULO V – APRECIÇÃO DO RELATÓRIO PELO PLENÁRIO DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA.....	45
CAPÍTULO VI – PROPOSIÇÕES.....	49
CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS.....	96
CAPÍTULO VIII - ANEXO.....	101
DECLARACIÓN DE COMPROMISO.....	101

APRESENTAÇÃO

A mortalidade e a morbidade maternas evitáveis são a expressão da iniquidade, desigualdade e falta de emancipação das mulheres. Mais de 90% das mortes maternas são preveníveis com o conhecimento existente e intervenções simples, se a mulher recebe oportunamente atendimento digno e de qualidade. O problema da morte de mulheres por causas maternas não aflige somente o Brasil, mas todo o mundo. A questão é tão grave que integra o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, melhorar a saúde das gestantes.

Nesse sentido, cabe ressaltar a atuação brilhante da Organização Pan-Americana da Saúde, que vem estimular a consolidação do direito à saúde reprodutiva, neonatal e infantil, em especial junto a parlamentares da América Latina e Caribe. Uma iniciativa importante é o estímulo à prestação de contas, responsabilização e aperfeiçoamento das informações em saúde, base essencial para nortear o direcionamento de políticas públicas.

A morte materna, apesar de ser a ocorrência mais visível de uma série de erros na condução da gravidez, representa somente o pior resultado. Existem diversas outras situações de quase morte ou de desenvolvimento de sequelas definitivas que não são registradas nas estatísticas oficiais, mas que podem comprometer todo o futuro da mulher e da família.

As crianças que perdem a mãe ao nascer têm mais risco de morrer antes dos dois anos, de abandonar a escola, sofrer desnutrição, violência intrafamiliar, gravidez precoce, ser vítima de trabalho infantil e perpetuar o círculo da pobreza.

A mortalidade neonatal é o único componente da mortalidade infantil que não apresentou redução significativa após o Brasil ter atingido a meta apresentada pelo 3º Objetivo do Milênio, reduzir em dois terços a mortalidade entre crianças de zero a cinco anos. A atenção à saúde da mãe tem reflexo direto na sobrevivência, saúde e qualidade de vida da criança. 75% das mortes de recém-nascidos ocorrem nas primeiras 24 horas, inclusive por prematuridade e asfixia. Os cuidados devem ser redobrados nesse período em especial com a realização de partos cirúrgicos precoces. A mortalidade

neonatal tardia se deve principalmente a malformações congênitas e a mortalidade pós-neonatal tem como principais causas a diarreia, pneumonia ou desnutrição. Tendo por objetivo contribuir para o esforço de alcançar a máxima redução possível nestes dois graves problemas, a morte materna e neonatal, a Comissão de Seguridade Social e Família instituiu Subcomissão encarregada de discutir o tema em maior profundidade.

Um antecedente importante na Câmara dos Deputados foi a realização da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna, realizada em 2001. A questão da violência contra a mulher, da qual uma das vertentes é a morte materna, foi abordada recentemente na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Violência contra a Mulher. A Comissão de Seguridade Social e Família constituiu ainda Subcomissão Especial para Debater o Tema da Violência contra a Mulher, que realizou trabalhos no mesmo período que a nossa. As recomendações derivadas desses trabalhos são plenamente aplicáveis à situação da morte materna no país, e reforçamos a importância de que sejam adotadas de pronto.

Quanto aos temas específicos, procuramos reunir visões de gestores, acadêmicos, de organismos internacionais e de Parlamentares de outros países para construir uma proposta atualizada para o Brasil.

AGRADECIMENTOS

Manifestamos nossos agradecimentos aos membros da Subcomissão que participaram dos trabalhos trazendo contribuições significativas, em especial à Deputada Carmen Zanotto, que, na vigência de seu mandato, elaborou grande parte do presente Relatório.

Agradecemos ainda à Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, à Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional e à Organização Pan-Americana da Saúde, que abrigaram debates importantes para nortear nossos encaminhamentos. A essa última, expressamos nosso reconhecimento pela colaboração no processo de redigir os aspectos internacionais e epidemiológicos deste Relatório.

Ao mesmo tempo, agradecemos aos que enriqueceram nossa visão do problema, aos convidados que abrilhantaram nossas discussões e ao Ministério da Saúde que nos forneceu informações precisas e dados atualizados.

COMPOSIÇÃO

TITULARES

DEPUTADA CARMEN ZANOTTO
DEPUTADO GERALDO RESENDE
DEPUTADO JOÃO ANANIAS
DEPUTADO JORGE SILVA
DEPUTADO NAZARENO FONTELES
DEPUTADA NILDA GONDIM
DEPUTADA SANDRA ROSADO

SUPLENTE

DEPUTADA BENEDITA DA SILVA
DEPUTADO DARCÍSIO PERONDI
DEPUTADO DR. PAULO CÉSAR
DEPUTADA JÔ MORAES
DEPUTADA ROSANE PEREIRA
DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

PRESIDENTE: DEPUTADO JOÃO ANANIAS

RELATORA: CARMEN ZANOTTO

CRIAÇÃO E PLANO DE TRABALHO

A Subcomissão foi criada em 27 de março de 2013 e instalada em 23 de abril de 2013. Ela é o resultado de duas necessidades importantes, reforçar a colaboração do Parlamento na redução da mortalidade materna e neonatal e consolidar compromissos assumidos com outros países latino-americanos e caribenhos no mesmo sentido.

Os trabalhos se desenvolveram em reuniões internas, que definiram a realização de Reuniões, Audiências Públicas e seminários em seis estados do país, possibilitando a participação de todos eles, de modo a permitir o melhor conhecimento da situação da saúde da mulher e da criança e dos entraves enfrentados na operacionalização das ações.

No âmbito nacional, foi possível realizar apenas o encontro de Fortaleza, em julho de 2013. Na ocasião, reuniram-se parlamentares de diferentes esferas, gestores, profissionais de saúde e representantes da Organização Pan-Americana de Saúde.

No âmbito internacional, promoveu-se na Câmara dos Deputados, através da Comissão de Seguridade Social e Família, em conjunto com a Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional, nos dias 4 e 5 de dezembro de 2013, o Primeiro Seminário de Parlamentares da América Latina e Caribe para a Garantia do Direito à Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil, que reuniu senadores e deputados de dez países: Bolívia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Paraguai e Peru (BRASIL, 2013b; BRASIL 2013c). Um resultado significativo deste encontro foi a elaboração de uma Declaração de Compromisso, incluída como anexo ao presente documento, um marco para nortear o trabalho legislativo em relação à mortalidade materna e infantil na América Latina e Caribe.

Outras atividades nas quais a Subcomissão teve representação foram:

- Participação em eventos na Guatemala, Panamá e República Dominicana (OPAS, 2013a; OPAS, 2013b), relacionados com prestação de contas, desigualdades de gênero, violência contra

mulheres e legislação em Saúde Reprodutiva Materna e Neonatal, respectivamente.

- Pronunciamentos na Câmara dos Deputados do Brasil.
- Participação do Presidente da Subcomissão, Deputado João Ananias, como membro titular da Representação Brasileira no PARLASUL e no PARLATINO e promotor de *advocacy* referente ao tema de prestação de contas.

CAPÍTULO I - ANTECEDENTES

Em 2010, as Nações Unidas lançaram a Estratégia Mundial para a saúde da mulher e da criança (OMS, 2010) com objetivo de acelerar a redução da mortalidade nesses dois grupos. Essa estratégia tem entre seus pilares a orientação aos governos e parceiros quanto ao uso mais eficiente dos recursos dirigidos ao objetivo. Para orientar o processo, foi constituída a Comissão de informação e prestação de contas sobre a saúde da mulher e da criança (OMS, 2011a), formada por líderes e experts mundiais, que propôs dar seguimento à prestação de contas e elaborou dez recomendações aos países e aos organismos de cooperação internacional. A implementação dessas ações poderá potencializar a redução das iniquidades e desigualdades e, assim, salvar 16 milhões de vidas no mundo até 2015 (OMS, 2011b).

Essa Comissão foi convocada pelo Secretário Geral das Nações Unidas frente à urgência de otimizar o impacto dos recursos que os parceiros destinam para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 4 e 5. Pretende-se melhorar a efetividade dos recursos destinados à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, além de contribuir para redução das iniquidades e avançar na igualdade de gênero. Com esse propósito, a Comissão desenvolveu um roteiro que orienta o fortalecimento da informação e da prestação de contas sobre a saúde das mulheres e das crianças em nível nacional.

O seguimento da prestação de contas, consistente com o direito à saúde das mulheres e das crianças além de outros direitos humanos relacionados, visa a fortalecer a capacidade de (a) acompanhamento/monitoramento com dados de melhor qualidade; (b) avaliação que permita identificar as causas da variação dos indicadores e (c) tomada de decisões utilizando a informação que surge dos processos de monitoramento e avaliação.

Para implementar o acompanhamento da prestação de contas estão previstas 10 recomendações dirigidas a fortalecer três elementos-chave:

a) Compartilhar com os Governos, parceiros em desenvolvimento e representantes da sociedade civil o roteiro de prestação da qualidade da informação e o seguimento dos 11 indicadores selecionados.

b) A quantificação e o monitoramento dos recursos e seu vínculo com os resultados, direitos humanos, gênero e considerações de equidade pertinente ao país.

c) A supervisão e transparência dos resultados e dos recursos nos níveis nacional e mundial.

O processo de consulta entre as partes interessadas no nível mundial permitiu a elaboração de um plano de trabalho conjunto para traduzir as recomendações em ação. À luz das recomendações da Comissão, o plano identificou sete áreas prioritárias para o fortalecimento da prestação de contas no nível nacional, com base nas quais se organizou o roteiro a seguir:

- 1) Registros de nascimento e mortalidade
- 2) Monitoramento de resultados
- 3) Vigilância e resposta da mortalidade materna
- 4) Fortalecimento do uso de TIC (Tecnologia, Informática e de Comunicação)
- 5) Seguimento dos recursos
- 6) Mecanismos nacionais de avaliação e prestação de contas
- 7) Advocacy/ Ação

Dentro desse processo, foi realizada na cidade da antiga Guatemala, em 22 a 24 de outubro de 2012, a Reunião regional para o fortalecimento da informação e prestação de contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças (OMS, 2012). Foi convocada uma delegação multissetorial de ampla representação do governo, sociedade civil e parceiros em desenvolvimento de cada um dos seis países-sede da Comissão da Região das Américas, cujos principais objetivos foram:

- Desenvolver um roteiro que oriente o fortalecimento da informação e a prestação de contas sobre a saúde das mulheres e das crianças no nível nacional com objetivo último de avançar na realização dos Objetivos do Milênio 4 e 5.

- Contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e materna mediante a aplicação das recomendações da Estratégia Global para a saúde das mulheres e crianças dos seis países priorizados pela Comissão da Região das Américas

O Brasil contou com a presença de uma delegação composta por peritos comprometidos com a redução da mortalidade materna e neonatal.

Os principais produtos da reunião da Guatemala foram:

- 1- Identificar os desafios e oportunidades de cada uma das áreas priorizadas para o reforço da responsabilização ao nível do país;

- 2- Um roteiro preliminar que contempla todos os atores-chave para implementar as recomendações em cada país participante;

- 3- Acordos específicos para o seguimento dos compromissos (roteiro) no nível nacional, incluindo passos para o desenvolvimento de um Plano Nacional com participação ampla de todos os atores envolvidos, orçamento alocado/previsto e identificação clara dos papéis e responsabilidades.

I a. Ações definidas pelo Grupo Parlamentar para o Brasil

Seguindo as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas para a Saúde das Mulheres e das Crianças para estabelecer mecanismos de prestação de contas transparente para a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil (SRMNI), foi proposta a criação de uma Subcomissão Especial Destinada a Tratar do Fortalecimento da

Informação e da Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças, com duração de seis meses, com os objetivos de:

- Debater na Câmara dos Deputados e nas Assembleias Legislativas dos Estados os compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em relação aos ODM 4 e 5;
- Realizar audiências públicas e seminários na Câmara dos Deputados e nas Assembleias Legislativas dos Estados para discutir as ações sobre prestação de contas sobre a saúde das mulheres e crianças, com foco na redução da morbimortalidade materna e infantil.

A presente Subcomissão foi criada com o propósito de dar continuidade a encaminhamentos definidos pela Comissão de Informação e Prestação de Contas, como organizar foros públicos para intercâmbio de informação e debate sobre questões referentes à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil.

Em consideração aos avanços realizados até o momento pela Subcomissão Especial Destinada a Tratar do Fortalecimento da Informação e da Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças, e às recomendações provenientes dos eventos internacionais dos quais o Brasil participou, é imprescindível dar seguimento às recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas para a Saúde das Mulheres e das Crianças, com objetivo de aumentar os esforços dirigidos para a redução da mortalidade materna e neonatal.

CAPÍTULO II – MORTALIDADE NEONATAL E MATERNA NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

Nos últimos 30 anos, o Brasil avançou na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento decorrente do esforço e iniciativa do governo e da sociedade. No entanto, reduzir a morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio.

A taxa de Mortalidade na Infância, Objetivo do Milênio 4, apresentou, no Brasil, declínio maior que 75% e alcançou a meta proposta cinco anos antes do prazo, em 2010. No entanto, observa-se a estagnação dos índices em populações específicas, como negros, indígenas e crianças no período perinatal.

Na atualidade, os óbitos em crianças vieram a se concentrar no período neonatal precoce e tardio e nos primeiros meses de vida e se mostram refratários até agora. É bastante significativo o número de mortes em crianças nascidas com menos de 37 semanas de gestação, relacionadas, entre outras causas, a cesarianas mal indicadas, tabagismo ou idade da mãe. No período neonatal, as mortes se devem a prematuridade, malformações congênitas, infecções perinatais, asfixia ou hipóxia. Muitas destas ocorrências têm ligação com deficiências na atenção à saúde, tanto no pré-natal quanto nas condutas no parto, especialmente pela realização de cesarianas precoces.

A despeito de um decréscimo consistente na razão de mortalidade materna, análise recente estima que apenas 16 países atingirão a meta de redução das mortes por causas maternas até 2015.¹ As causas de morte estudadas foram a hemorragia, sepse e infecções relacionadas à gravidez, doenças hipertensivas, trabalho de parto obstruído, aborto, outras causas diretas, causas indiretas, Aids e mortes maternas tardias.

De 1990 até os dias atuais, a redução mundial do número de casos foi mais evidente, de 376.000 para 293.000. Quanto à América Latina, o estudo assinala um decréscimo mais lento a partir de 2000. As dificuldades

¹ Kassebaum, N.J.et alii. . Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6). Maio, 2014. Disponível online em [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)

para dimensionar o fenômeno estão especialmente ligadas à má qualidade da informação dos óbitos e à falta de investigação.

Hipertensão, causas diretas e indiretas são apontadas como maiores responsáveis pelas mortes maternas na América do Sul, porção tropical, mais comuns nos períodos de parto e pós-parto. Obesidade, diabetes, anemia falciforme, hipertensão e nefropatias crônicas continuam causas importantes de mortes, demandando atenção não apenas na rotina, mas especialmente durante a gestação. A gravidez na adolescência continua a ser um evento frequente que traz grande risco de morte e exige abordagem especial e urgente.

A morte materna tem implicações sociais devastadoras, desestrutura famílias, perpetua a pobreza e relega à orfandade um número de crianças ainda desconhecido. Estima-se que esses órfãos têm risco 5 a 10 vezes maior de morrer antes de completar dois anos do que crianças que vivem com os pais (OMS/FNUAP)².

II.a. Marcos legais brasileiros

O Brasil tem adotado posições que apoiam a redução da mortalidade materna e ações desenvolvidas pelos diversos Poderes ilustram bem a afirmação.

Sob o aspecto político, o Brasil tomou parte em diversas Conferências Internacionais, como a de Nairóbi, sobre Maternidade Segura; a Conferência Sanitária Pan-Americana, de 1990; a Cúpula Mundial em Favor da Criança, de 1991; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994; a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, 1995. Apesar de ter surgido há 60 anos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda não foi suficiente para tratar a questão da mulher. Foi necessário elaborar um instrumento internacional específico - a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a

² UNICEF. Situação Mundial da Infância 2009. Saúde Materna e Neonatal. Disponível online em http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf. Consultado em 14.05.2014.

Mulher (Cedaw), ratificada pelo Brasil em 2002. A Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, aborda também o direito à maternidade segura. O Brasil assumiu os compromissos propostos em cada uma delas. É importante lembrar que, em nosso país, tratados sobre Direitos Humanos assumem caráter constitucional uma vez aprovados pelo Parlamento.

Do ponto de vista legal, desde a Constituição Federal de 1988, delineou-se um cenário promissor no campo da saúde dos brasileiros. A saúde passa a ser um direito social, assim como a proteção à maternidade e à infância. Determinou-se o estabelecimento do planejamento familiar. A concepção de um sistema de saúde universal, com garantia de integralidade e sujeito ao controle social revestiu-se de extrema significação.

A Lei Orgânica da Saúde, 8.080, de 19 de setembro de 1990, reafirma esses princípios, assim como a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências”.

Estão em vigor leis disciplinando o planejamento familiar tanto no âmbito do sistema público quanto no dos planos e seguros privados de saúde (Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências” e Lei nº 11.935, de 11 de Maio de 2009, que “altera o art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”).

A Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que “dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde”, mostrou-se muito positiva para reduzir o fenômeno da peregrinação, bastante comum até recentemente. Para efetivar o direito ao acompanhamento no parto, extensamente reconhecido como fator de proteção e bem-estar para a parturiente, aprovou-se a Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que “altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Foram também acolhidos no arcabouço legal dois textos que tratam da violência contra a mulher. São eles a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, que “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados” e a Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, que “cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências”.

As ações dirigidas às mulheres têm como marco o ano de 1984, quando se adotou o pioneiro Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. A institucionalização desse programa foi inovadora, pois incorporou a visão de saúde reprodutiva como indissociável de qualquer proposta que tivesse como objeto a saúde feminina. Mais tarde, suas premissas consubstanciaram-se em política nacional.

No ano de 2000, estabeleceu-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Os diversos níveis de governo firmaram o Pacto Pela Redução da Morte Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. Instalaram-se Comitês de Investigação de Morte Materna nos estados e em municípios e instituições de saúde, no intuito de investigar as mortes de mulheres em idade reprodutiva e assim tomar iniciativas que reduzissem esses óbitos. Diversas iniciativas tiveram como meta restringir o número de cesarianas no país.

Em 2000, a Portaria 466 propôs o estabelecimento do Pacto pela Redução das Taxas de Cesarianas, que exigiu maior controle e acompanhamento, definiu taxas anuais máximas por estado e implementou documento a ser firmado entre o gestor e o Ministério da Saúde. Lamentavelmente, a adesão não foi ampla. Assim, a Portaria 1.101, de 11 de

junho de 2002, instituiu, como parâmetro assistencial do Sistema Único de Saúde, a taxa de 15% de cesarianas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar exibe em sua página o seguinte alerta:

Estudos empreendidos apontam que a alta prevalência de bebês prematuros parece estar relacionada, em grande parte, às cesarianas e às induções do trabalho de parto realizadas antes da completa maturidade fetal. Estes fatores têm sido apontados como umas das principais causas de morbimortalidade perinatal destacando-se, entre elas, a síndrome de angústia respiratória do recém-nascido. Fetos de 37 a 38 semanas de gestação possuem 120 vezes mais chances de apresentarem essa complicação quando comparados aos fetos com mais de 39 semanas (BARROS et al, 2005; LEAL et al, 2004; MARTINS-COSTA et al, 2002). Em relação à mortalidade materna, outros estudos mostram que o risco para este evento é 2,8 vezes maior nas cesarianas eletivas sem emergência do que no parto vaginal (WAGNER, 2000; RCOG, 2001).³

No entanto, é necessária ação mais intensa para alcançar a redução desses índices. Nesse sentido, observa-se a importante ação do Ministério Público Federal no questionamento do elevado número de cirurgias cesarianas na rede de saúde ligada a planos e seguros privadas. Em São Paulo, esse órgão propôs a ação civil pública 0017488-30.2010.4.03.6100 em busca de identificar medidas para reverter o quadro junto à ANS.

Além de acompanhar de perto e divulgar dados com maior nível de desagregação a respeito de partos cirúrgicos, mortes e prematuridade, o aumento na remuneração para partos fisiológicos poderia ser uma alternativa a considerar.

Em 2004 foi instituído o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna⁴, que reconhece que:

³ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil tem uma das maiores taxas de cesarianas na saúde suplementar. Disponível online em http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp Consultado em maio/2014.

⁴ BRASIL. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004. Disponível online em http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf . consultado em 14.05.2014

as mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém nascido.

A humanização do parto, a melhora do atendimento pré-natal e a qualificação da atenção estão sendo incentivadas. Em 3 de junho de 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa, editou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, que “dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal”. Dentre questões como prevenção de infecções hospitalares e distribuição dos espaços, determina a humanização dos atendimentos e aborda a questão do acompanhante.

O acompanhamento também foi disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, na Resolução 211, de 11 de janeiro de 2010. Esta norma determina a cobertura de despesas com acompanhante, incluindo as de roupas esterilizadas e alimentação para usuárias de qualquer categoria de plano em que procedimentos obstétricos estejam incluídos.

Foi editada a Portaria 1.119, de 5 de junho de 2008, que obriga a notificação de mortes maternas e de mulheres em idade fértil em prazos diferenciados, além da investigação pelas equipes de vigilância com duração máxima de 120 dias. Determinou-se a vinculação da gestante à unidade onde se dará o parto. Recentemente, a Portaria 904, de 29 de maio de 2013, instituiu Centros de Parto Normal e abordou de condutas e incentivo financeiro ao parto humanizado, evidência do profundo comprometimento dos gestores de saúde com a superação do modelo medicalizado do nascimento e parto.

Por outro lado, a forte expansão da atenção básica através do programa Saúde da Família permitiu a captação precoce e o acompanhamento mais próximo a gestantes e recém-nascidos. Os programas de transferência de renda, especialmente o Bolsa-Família, com a ampliação do acesso a bens e serviços, com significativa contribuição para eliminar as

desigualdades e reduzir a pobreza e a fome, proporcionaram avanços consideráveis nos determinantes sociais da saúde. A expansão do acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário resultou em redução importante de diarreias e parasitoses no país, assegurando um ambiente mais saudável para o desenvolvimento dos recém-nascidos e crianças.

Outro avanço importante foi a instituição da Rede Cegonha pela Portaria 1.459, 24 de junho de 2011, uma estratégia de governo para abordar a mortalidade materna, enfrentando suas causas raízes, que seriam:

- acompanhamento pré-natal com baixa qualidade;
- peregrinação das parturientes à procura de vaga;
- ausência de acolhimento e classificação de risco nas portas de urgência e emergência em obstetrícia;
- trabalho fragmentado nas maternidades, sem comunicação entre plantões – baixa responsabilização;
- não adoção das “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” – dieta, ocitocina, venóclise, litotomia, entre outras;
- acompanhamento insuficiente da mulher no puerpério.

Estimula-se a implementação de Centros de Parto Normal e das Casas da Gestante, Bebê e Puérpera. Um dos itens da matriz diagnóstica de indicadores de atenção dos serviços é o percentual de partos cirúrgicos realizados, cesáreas em primíparas e idade da mãe. A instituição dos Fóruns Perinatais como espaços de construção coletiva, fortalecimento e organização de linhas de cuidado à mãe e recém-nascido,

A despeito de serem identificadas exigências de se coletar e divulgar informações a respeito da percentagem de partos normais e do percentual de partos cirúrgicos, a recuperação é extremamente difícil e defasada nos sistemas de informação existentes no âmbito da saúde, além das informações serem apresentadas de modo a tornar extremamente difícil a individualização.

Temos assim que, apesar de estar sendo construído um panorama propício para enfrentar as mortes maternas e perinatais, ainda são necessários muitos ajustes para que, em nosso país, elas cheguem ao mínimo inevitável.

Além de constituir flagrante injustiça social, a ocorrência de morte materna por causas facilmente evitáveis reflete a falta de reconhecimento da importância desta população e a urgente necessidade de empoderamento das mulheres. A perpetuação das mortes por causas maternas é sinal inequívoco de que o país trai seus princípios ao não cumprir sua própria legislação, mandamentos constitucionais ou acordos internacionais.

II.b. Mortalidade Neonatal na América Latina e no Brasil

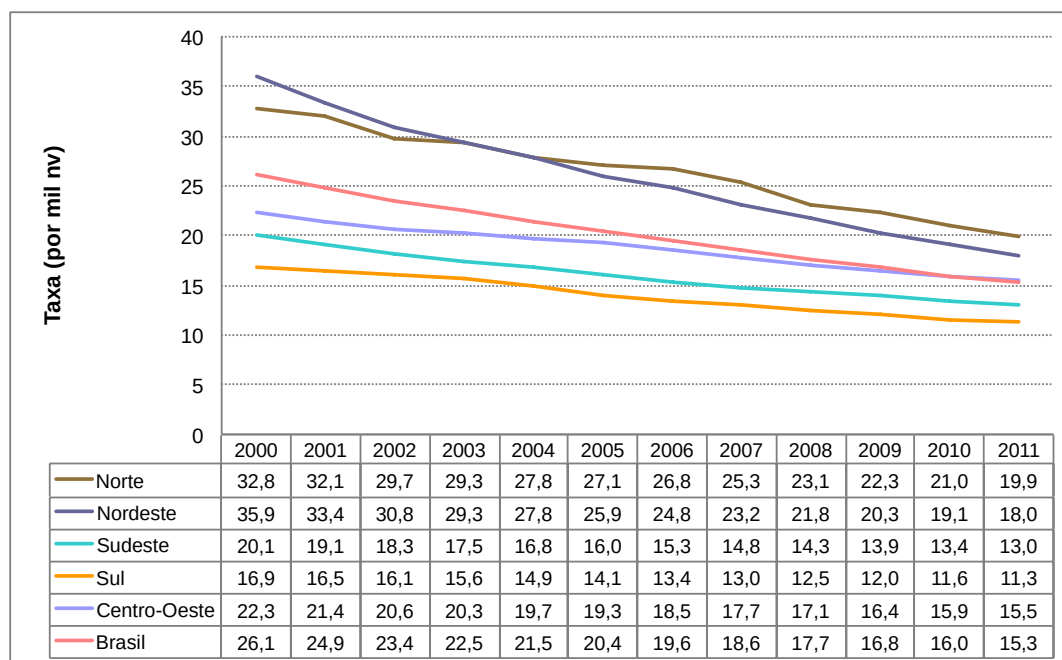
No nível mundial, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos diminuiu em 41%. Apesar desse importante avanço, é necessário um progresso ainda maior para alcançar a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços até 2015. Em 2011, cerca de 6,9 milhões de crianças (19.000 por dia) morreram por enfermidades quase todas preveníveis. A esmagadora maioria dessas mortes ocorreu nas regiões e nos países mais pobres do mundo e nas áreas menos privilegiadas.

Observa-se melhoria desse cenário em todas as regiões, liderada pelo sudeste da Ásia e norte da África, que são as únicas que já alcançaram a meta. América Latina e Caribe, Sudeste da Ásia e Ásia Ocidental reduziram em mais de 50% suas taxas de mortalidade. A África Subsaariana e Ásia meridional tiveram quedas de 39% e 47%.

As taxas de mortalidade infantil vêm apresentando um padrão de queda consistente e importante em todas as regiões brasileiras, passando de 26,1 óbitos infantis por mil nascidos vivos (NV) em 2000 para 15,3/1.000 NV em 2011, representando uma redução de 41,5%. Entretanto, ainda existem problemas a superar como as persistentes desigualdades regionais que contribuem para aumentar o risco de morte nas populações mais pobres. As regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores taxas, 19,9/1.000

NV e 18/1.000 NV em 2011, respectivamente. Importante destacar que a região Nordeste alcançou a maior redução (50%) entre 2000 e 2011 e, atualmente, a região Norte possui a taxa de mortalidade infantil mais elevada do País (19,9/1.000 NV) (Figuras 1 e 8).

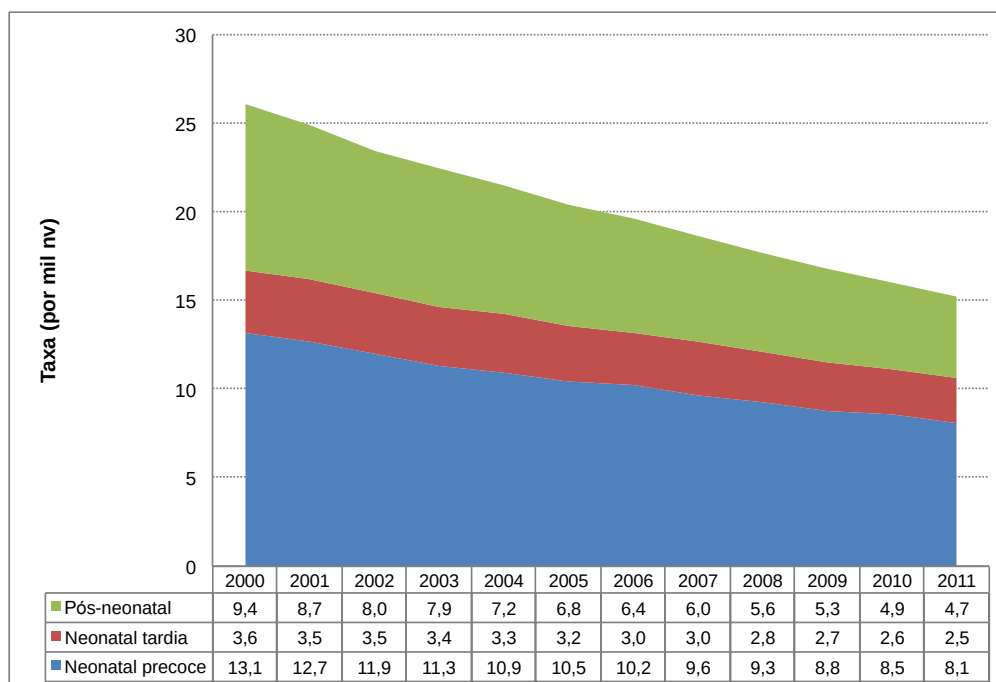
Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil. Brasil e regiões – 2000 a 2011



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

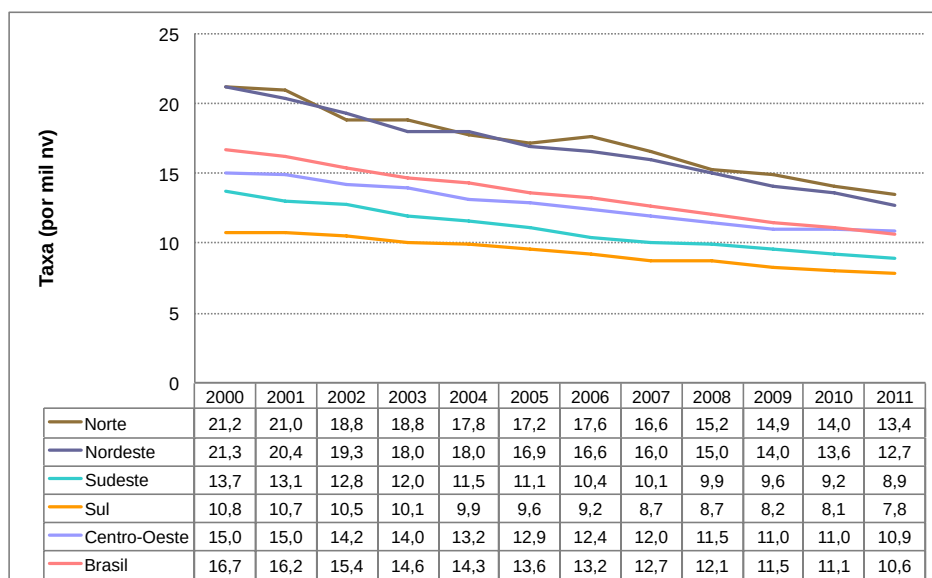
A mortalidade neonatal, componente mais complexo e atualmente o mais expressivo da mortalidade de menores de 1 ano de idade (Figura 2), caiu de 16,7 por mil nascidos vivos em 2000 para 10,6/1.000 NV em 2011 (redução de 36,7%). As regiões Norte e Nordeste seguem apresentando as taxas mais elevadas, quase duas vezes maiores do que a região Sul, embora tenham tido uma redução importante nesse período (36,7% e 40,2%, respectivamente) (figuras 3 e 8).

Figura 2 – Taxa de mortalidade infantil por componentes – Brasil, 2000 a 2011



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

Figura 3 – Taxa de mortalidade neonatal – Brasil e regiões, 2000 a 2011



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

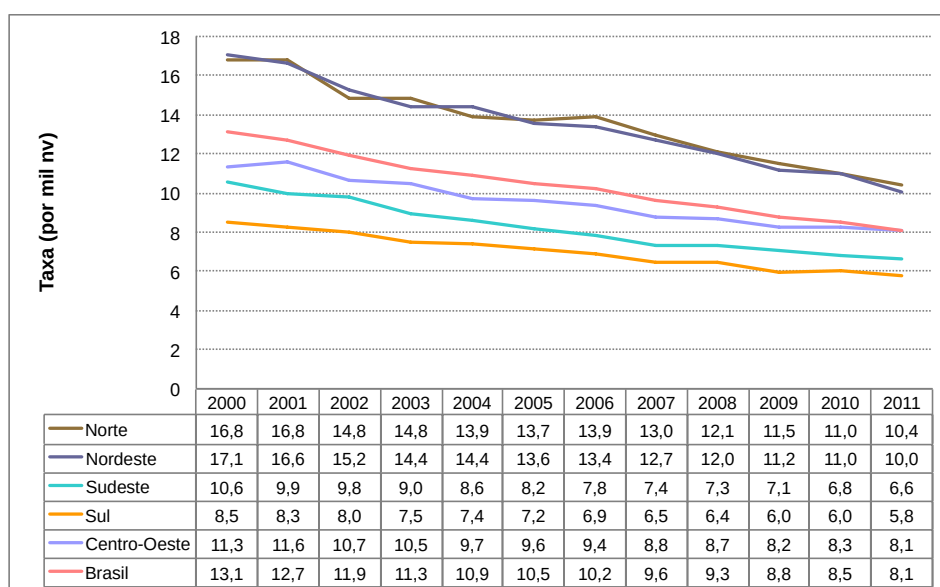
A mortalidade neonatal observada segundo o tempo de vida apresenta taxas mais elevadas no período neonatal precoce em relação ao neonatal tardio (8,1 óbitos/1.000 NV contra 2,5 óbitos/1.000 NV). Observa-se ainda tendência de queda, entre 2000 e 2011, dos componentes neonatal

precoce e tardio. No entanto o primeiro apresentou maior velocidade de queda (38,7% contra 29,2%, respectivamente) (figuras 4, 5 e 8).

Com relação às diferenças regionais, verifica-se um processo de convergência das taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia com maior queda observada nas regiões Norte e Nordeste. Porém, essas regiões ainda apresentam as maiores taxas de mortalidade na primeira semana de vida, quase o dobro da encontrada na Região Sul (Figura 4).

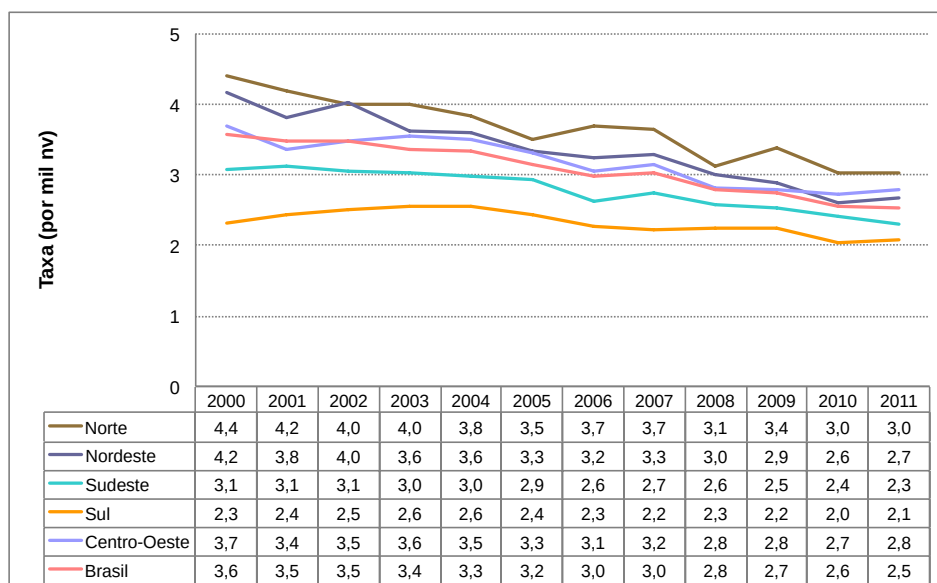
Os níveis de mortalidade entre o sétimo e o vigésimo sétimo dia de vida são próximos nas diversas regiões do país. Vale destacar que a maior redução observada no Nordeste levou essa região a apresentar, em 2010 e 2011, taxas de mortalidade neonatal tardia inferiores ao Centro-Oeste (Figura 5). Observa-se, por outro lado, a pequena variabilidade das taxas na região Sul.

Figura 4 – Taxa de mortalidade neonatal precoce – Brasil e regiões, 2000 a 2011



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

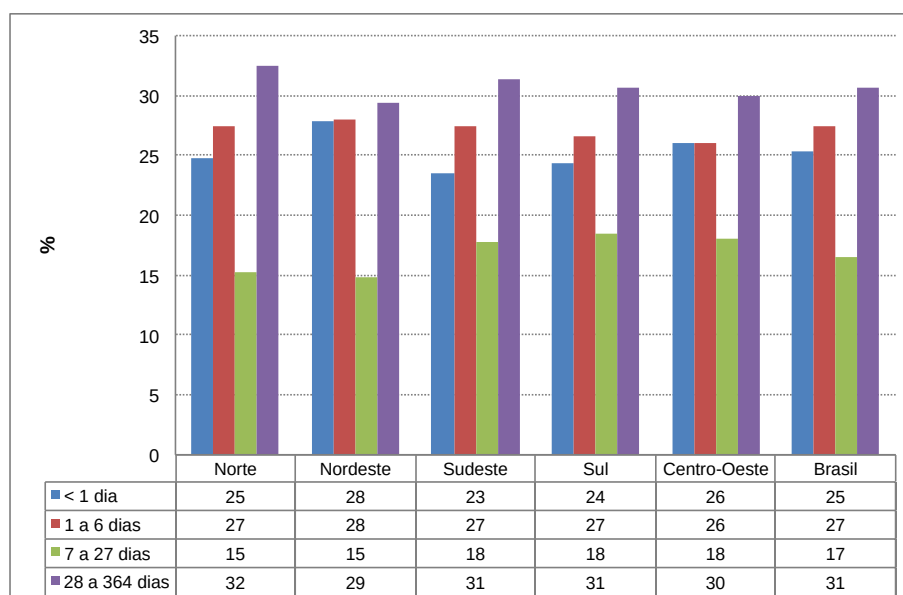
Figura 5 – Taxa de mortalidade neonatal tardia – Brasil e regiões, 2000 a 2011



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

No Brasil, em 2011, 25% dos óbitos infantis aconteceram nas primeiras 24 horas de vida. Quando se analisam os dados por região, observa-se a região Nordeste com maior proporção de óbitos infantis, contrastando com as menores proporções encontradas no Sudeste e no Sul.

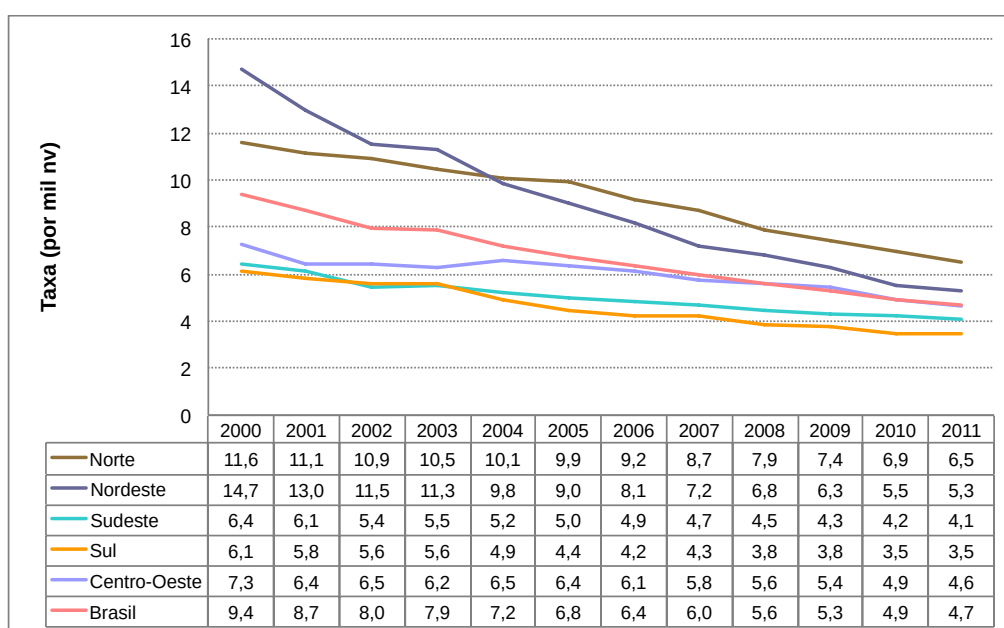
Figura 6 – Proporção de óbitos infantis segundo tempo de vida – Brasil e regiões, 2011.



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

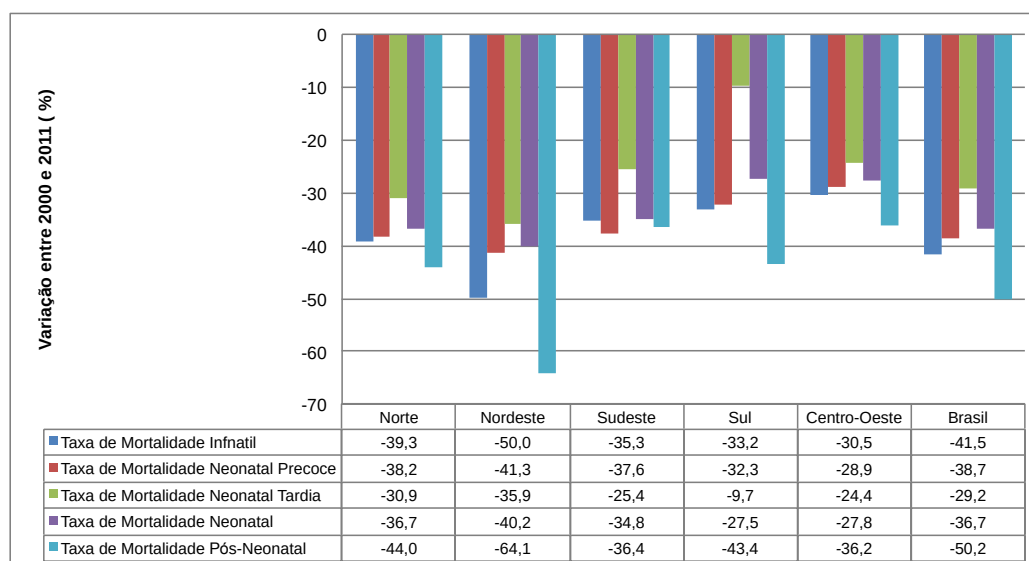
A mortalidade pós-neonatal apresentou tendência de queda de 9,4 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 4,7/1.000 NV em 2011, uma redução de 50,2% (figuras 7 e 8). Em termos percentuais, a maior redução ocorreu nas regiões Nordeste (64,1%) e Norte (44%). O Centro-Oeste apresentou a menor redução (36,2%). Vale destacar que, em 2011, o Nordeste e o Centro-Oeste apresentaram taxas de mortalidade pós-neonatal próximas, enquanto em 2000 o risco de morte pós-neonatal no Nordeste foi o dobro do encontrado no Centro-Oeste (Figura 7).

Figura 7 – Taxa de mortalidade pós-neonatal – Brasil e regiões, 2000 a 2011.



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

Figura 8 – Variação da taxa de mortalidade infantil por componente, 2000 a 2011
– Brasil e regiões



Fonte: MS/SVS/CGIAE, SIM, 2000 – 2011 e Pesquisa Busca Ativa.

II.c. Mortalidade Materna na América Latina e no Brasil

A taxa de mortalidade materna diminuiu cerca de 47% em todo o mundo durante os últimos 20 anos. Em todas as regiões observam-se avanços, mas a maior redução é registrada na Ásia oriental (69%), no norte da África (66%) e Ásia meridional (64%).

De acordo com números oficiais publicados nos indicadores básicos de saúde 2010 para os países da América Latina e o Caribe (LAC), havia 9.500 mortes maternas, o que representa uma razão de mortalidade materna de 88,9 por 100.000 nascidos vivos (RMM). Nove países da região apresentam RMM acima da média regional: Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname. A maioria das mortes ocorre no parto e nas primeiras horas do puerpério. Quase nenhum país mostra uma taxa adequada de redução da mortalidade materna para atingir a meta dos ODM 5, mesmo aqueles com RMM menor, como o Canadá e os Estados Unidos da América (OPS, 2011c).

Nos anos 2000, 2007 e 2011, a razão de morte materna (corrigida por sub-registro) diminuiu no país. Essa redução ocorreu

principalmente pela marcada diminuição das mortes por causas obstétricas diretas, incluindo: abortos, hemorragias, hipertensão gestacional e infecção puerperal. Por outro lado, observou-se discreto incremento das mortes maternas por causas obstétricas indiretas decorrentes, principalmente, das doenças do aparelho circulatório agravadas pela gravidez, parto e puerpério.

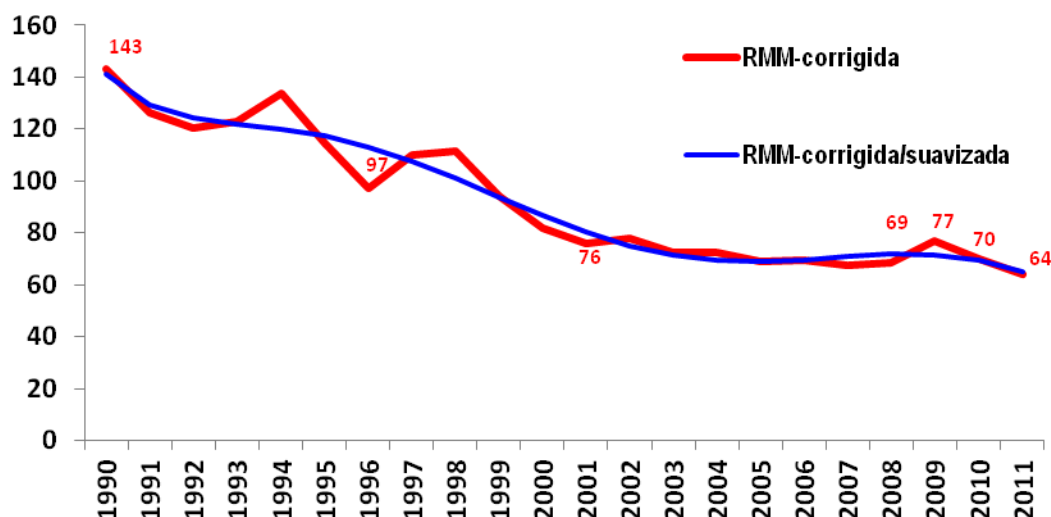
Projeções até 2015 indicam dificuldades para que o Brasil atinja a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, melhorar a saúde materna. Em 1990, o número corrigido de mortes maternas era de 140 por cem mil nascidos vivos.⁵ Apesar de ter sido alcançada diminuição em mais de metade, o número de mortes maternas estabilizou-se em um patamar que indica a dificuldade de alcançar o estabelecido, 35 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2015 (IPEA, 2012).

As duas principais causas diretas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam, em 2011, a 19,7% e 11% do total de óbitos maternos, respectivamente. As mortes causadas por complicações relacionadas a abortos são subinformadas por questões legais ou culturais. Apesar de a interrupção da gravidez ser descriminalizada em casos de estupro e de risco de morte à mulher, a incidência das mortes de mulheres ligadas ao aborto inseguro é alta em alguns estados brasileiros, como na Bahia. Cabe ressaltar que a OMS considera o aborto inseguro uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis (VICTORA, 2011).

Observa-se no gráfico 1 a recente e marcada aproximação dos valores do indicador da razão de morte materna estimados pelo Ministério da Saúde (linha vermelha) e originados de estimativas internacionais, indicando grande aprimoramento dos dados nacionais (diretos e corrigidos por busca ativa) (BRASIL, 2012).

⁵ PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Disponível online em <http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>. Consultado em 14.05.2014.

Gráfico 1 – Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos) estimada pelo Ministério da Saúde – Brasil, 1990 a 2011.

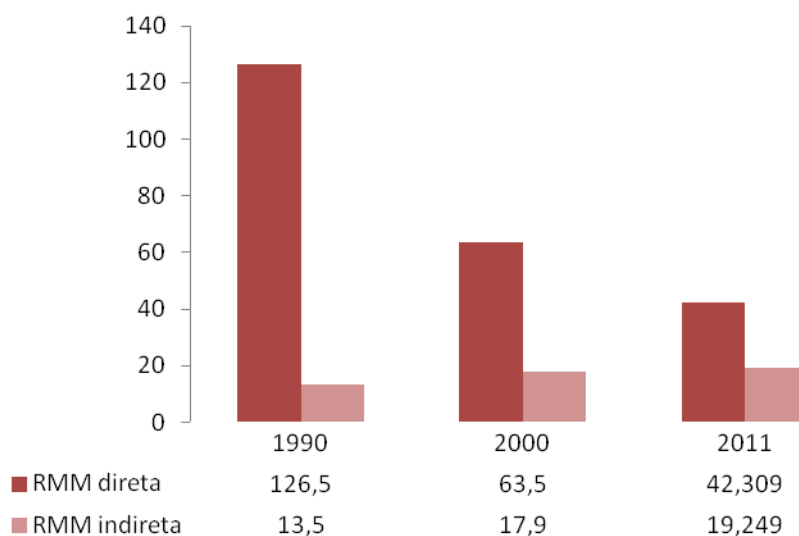


	990	996	001	009	010	011
Fator de Correção	,5		,4	,18	,16	,15
RMM corrigida	43	7	6	7	0	4
RMM corrigida-suavizada	41	13	0	2	8	4

Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.

Entre 1990 e 2011, a RMM no Brasil apresentou redução de 141 para 63,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma queda de 55%. No período de 1990 a 2000, a variação média anual foi de -4,8% e, no período de 2000 a 2010, essa variação foi de -2,2%. De 2010 a 2011, observou-se uma importante variação de -8,2%. No entanto, para alcançar a meta número 5 dos ODM, a velocidade do descenso deveria duplicar e alcançar 18% nos 2 anos seguintes. Observa-se assim que as causas maternas diretas têm diminuído e as indiretas, aumentado (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Mortalidade materna segundo grupo de causas obstétricas diretas e indiretas (RMM por 100 mil nascidos vivos) – Brasil, 1990, 2000 e 2011*

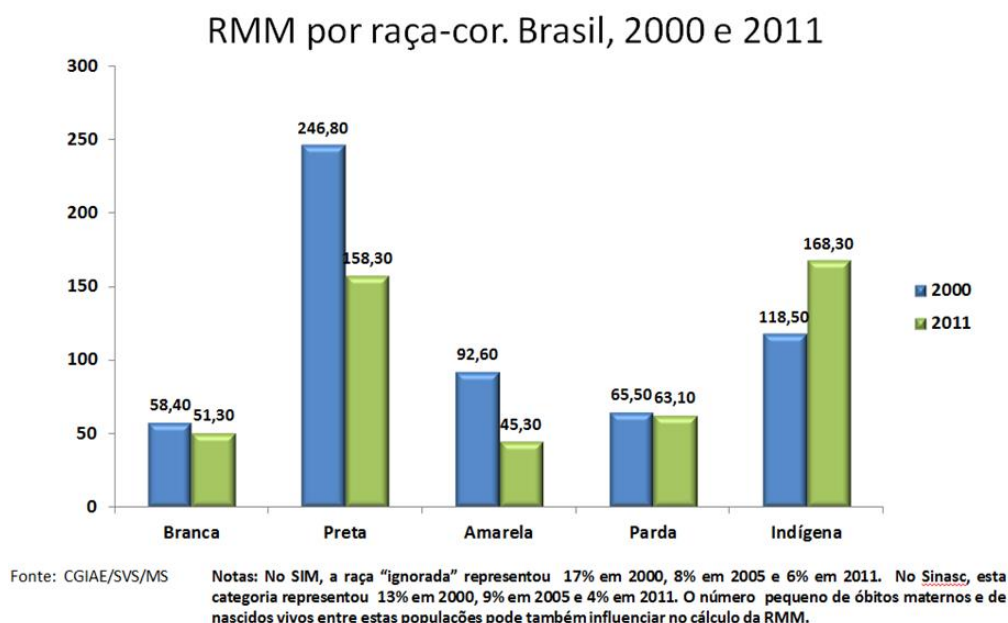


Fonte: SIM-CGIAE/SVS/MS.

*As causas obstétricas inespecíficas representaram 3 e 2,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos para os anos 2000 e 2011, respectivamente. Em 1990, não houve especificação destas causas.

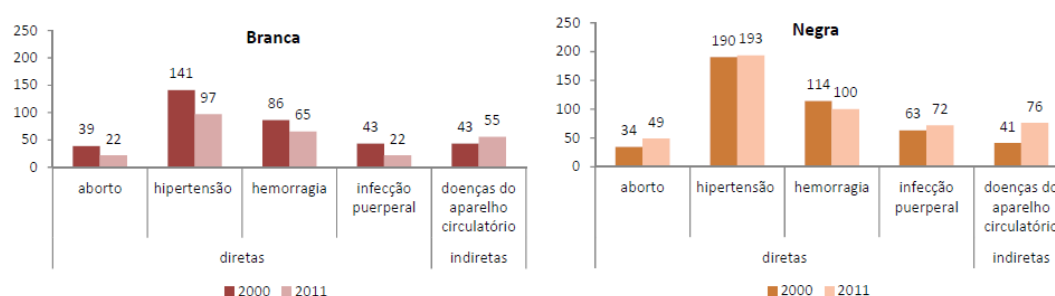
A razão da mortalidade materna segmentada por raça/cor mostra a predominância de mulheres negras e indígenas em relação às brancas ou amarelas. Se observarmos o período entre 2000 a 2011, a RMM em todos os grupos étnico/raciais tem diminuído, mas aumentou somente no grupo de mulheres indígenas (Gráfico 3).

Gráfico 3: Razão de mortalidade materna segmentada por raça/cor. Brasil 2000-2001.



As principais causas de morte materna entre mulheres brancas e negras também são decorrentes da hipertensão e da hemorragia. No período entre 2000 e 2011, observou-se que as mulheres brancas apresentaram queda do número de óbitos por todas as causas, com exceção dos obstétricos indiretos. Entre as mulheres negras, diminuíram somente os óbitos por hemorragia. As mortes por causas indiretas aumentaram nos dois grupos. No entanto, mulheres negras apresentaram chances 1,8 maiores de morte por doenças do aparelho respiratório (Gráfico 4).

Gráfico 4: Frequência absoluta de mortes maternas, segundo principais causas e cor/raça – Brasil, 2000 e 2011



Fonte: SIM- CGIAE/SVS/MS

Quando consideramos a mortalidade materna entre adolescentes brancas e negras, vale destacar que as principais causas

específicas foram doença hipertensiva gestacional, infecção puerperal e hemorragia. A proporção das principais causas específicas em mulheres brancas passou de 52,2% em 2000 para 50,9% em 2001, enquanto que em negras diminuiu de 66,7% para 56%, respectivamente.

Apresentaram maior redução do risco de morrer as mulheres com complicações do aborto e hemorragias. Morrem mais mulheres negras. É preocupante o fato de 15% dos óbitos maternos ocorrerem entre adolescentes e apresentarem concentração nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No quesito mortalidade entre mulheres, além da mortalidade materna, podemos destacar os feminicídios, definidos como mortes de mulheres decorrentes de conflitos de gênero, frequentemente praticada por homens, principalmente parceiros ou ex-parceiros.

O Brasil não possui estimativa nacional sobre a proporção de mulheres assassinadas por parceiros. Portanto, para fins de cálculo considera-se o total dos óbitos de mulheres por agressões como um indicador aproximado. O IPEA (2013) realizou uma análise dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS) e observou que a taxa corrigida de feminicídios no Brasil foi 5,82 óbitos por 100.000 mulheres, no período 2009-2011, apresentando pequenas diferenças entre as regiões do Brasil, com taxas de 6,42 no Norte; 6,9 no Nordeste; 6,86 no Centro-Oeste; 5,14 no Sudeste; e 5,08 no Sul. Em relação à idade, as mulheres jovens foram as principais vítimas, configurando 54% destes óbitos entre mulheres de 20 a 39 anos (IPEA, 2013).

II. c. Saúde Sexual e Reprodutiva

O conceito de saúde reprodutiva estabelecida na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento não foi incluído explicitamente no marco dos Objetivos de Milênio (ODM). No entanto, participantes da Reunião Mundial de 2005 enfatizaram a importância da saúde sexual e reprodutiva para atingir os ODM relacionados com gênero e saúde. Foi então recomendado que a meta de alcançar o acesso universal à saúde

reprodutiva integrasse aos mecanismos de vigilância do ODM5, o que foi aprovado em 2006 (OMS 2009).

A saúde reprodutiva e a maternidade saudável foram reconhecidas, em âmbito mundial e regional, como tema de desenvolvimento humano e de direito ao desfrute do melhor nível de saúde e outros direitos humanos relacionados. O paradoxo entre a mortalidade materna e o direito à saúde ressalta a importância de considerar a questão nas estratégias para a redução dessas mortes, bem como o papel que a comunidade de direitos humanos precisa desempenhar (OPAS, 2013c).

A falta de acesso equitativo e oportuno a serviços de qualidade é a principal causa da mortalidade materna e neonatal. Em consequência, é importante que a legislação aplique princípios condizentes para reduzir iniquidades e garantir a proteção dos direitos. Entre estes princípios estão o acesso universal, oportuno e de qualidade a estabelecimentos, serviços integrais de saúde, bens e tecnologias pertinentes, de acordo com as necessidades da população e suas condições geográficas. Neste sentido, o acesso gratuito e o financiamento público eliminam barreiras financeiras e asseguram a sustentabilidade (OPAS, 2013c).

A legislação dos países deve garantir o conjunto de intervenções identificadas como custo-efetivas no curso da vida para a proteção da saúde reprodutiva, materna e neonatal. Isto inclui o oferecimento, desde a adolescência, de serviços de saúde sexual e reprodutiva, que permitam evitar gestações não desejadas e desenvolver uma gestação saudável. Durante a gravidez, parto e pós-parto, a mulher recebe atendimento que minimiza o risco e o recém-nascido recebe atendimento essencial para tratar oportunamente a morbidade neonatal (OPAS, 2013c).

CAPÍTULO III – ATIVIDADES DA SUBCOMISSÃO

III. a. Reunião na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará

Data: 04/07/2013

Tema: Ação do Parlamento na redução da mortalidade materna e infantil

Convidados:

- Dr. Arruda Bastos – Secretário de Saúde do Estado do Ceará
- Dra. Socorro Martins – Secretária de Saúde do Município de Fortaleza
- Dra. Regina Portela – Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
- Dr. Manoel Dias da Fonseca Neto – Coordenador de Promoção e Proteção à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
- Dr. Oscar Surriel – Coordenador da Unidade Técnica de Saúde Familiar da Organização Pan-Americana da Saúde
- Dr. Rodolfo Gomez Ponce de León – Assessor de Saúde da Mulher da Organização Pan-Americana da Saúde
- Dr. Wilames Freire, Presidente do Cosems
- Deputada Carmen Zanotto
- Deputado João Ananias
- Deputado Murilo Aguiar
- Deputado Lula Moraes

A ênfase das discussões girou em torno da ação do Parlamento na redução da mortalidade materna e infantil. Foi apresentada a situação mundial, da América Latina, do Brasil e do Ceará em mortalidade materna e infantil.

Salientou-se que, além da morte, o evento mais visível, erros na condução da gravidez materna podem levar um número substancialmente maior de mulheres a chegarem perto de morrer, entrarem em estados irreversíveis de coma ou a desenvolverem sequelas como infertilidade, fístulas, prolapso uterino, incontinência urinária ou fecal. Não existem informações sobre estas situações.

No período 2000, 2007 e 2011, a razão de morte materna (corrigida por sub-registro) caiu de 73,3 para 67,0 e 64 (estimado) mortes por 100 mil nascidos vivos no Brasil, respectivamente. Essa redução no período ocorreu principalmente à custa da marcada redução por causas obstétricas diretas, incluindo: abortos, hemorragias, hipertensão gestacional e infecção puerperal. Por outro lado, observou-se discreto incremento das mortes maternas por causas obstétricas indiretas, onde se destacam principalmente as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério.

Projeções até 2015 indicam dificuldades para o cumprimento da quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativa à taxa de mortalidade materna, que é de menos de 35 mortes por 100 mil nascidos vivos.⁶

Enfatizou-se que a mortalidade neonatal foi o único componente da mortalidade infantil que não apresentou redução significativa após o país ter atingido a meta proposta pelos Objetivos do Milênio. A atenção à saúde da mãe tem reflexo direto na sobrevivência, saúde e qualidade de vida da criança. 75% das mortes de recém-nascidos ocorrem nas primeiras 24 horas. Assim, os cuidados devem ser redobrados nesse período, inclusive por prematuridade e asfixia. A mortalidade neonatal tardia se deve principalmente a malformações congênitas e a mortalidade pós-neonatal tem como principais causas a diarreia, pneumonia ou desnutrição.

Dezesseis intervenções, desde a atenção básica até o acompanhamento do puerpério, reduziriam em 72% as mortes de recém-nascidos, entre elas a suplementação com ácido fólico, cálcio, tratamento de sífilis, malária, anemia, infecções urinárias, hipertensão arterial, amamentação exclusiva, imunização contra o tétano, hábitos de higiene como lavar as mãos e a adoção do partograma. O acompanhamento e o alojamento conjunto devem ser exigidos para todo o parto.

Quanto à situação brasileira, a hipertensão arterial é a maior causa de óbito materno e as complicações de abortos, a quinta.

No estado do Ceará, a implantação da Rede Cegonha está adiantada, entretanto enfrentam-se dificuldades para liberação de recursos, inclusive para a atenção a gestantes de alto risco. Foram relatados

⁶ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília-DF: IPEA; 2010. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/>
Acessado em: maio de 2014

inúmeros problemas com a entidade gestora, a Caixa Econômica Federal. Surgiram informações de entraves burocráticos no sistema adotado pelo Ministério da Saúde para a incorporação à Rede Cegonha. Esta preconiza o acesso à gravidez, ao pré-natal, parto, puerpério seguros e humanizados e, para a criança, ao nascimento seguro e humanizado e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Alguns aspectos precisam ser aprimorados: a atenção básica, o maior acesso ao planejamento familiar, o acesso a serviços de abortamento legal, a captação precoce de gestantes para o pré-natal, o transporte de parturientes, incluindo o SAMU com profissionais especializados em obstetrícia, a redução de partos cirúrgicos e a racionalização do uso de ocitocina.

III.b Seminário Internacional de Parlamentares da América Latina e do Caribe para a Garantia do Direito à Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil

Data: 04 e 05/12/2013

Convidados:

- Prof. Dr. Leonel Briozzo – Vice-Ministro de Saúde Pública da República Oriental do Uruguai
- Deputado Guillermo Mata Bennett – República de El Salvador Coordenador do grupo do capítulo no Grupo Parlamentar Interamericano – GPI
- Dra. María Caridad Rubio Hernandez - República de Cuba Presidente da Comissão de Saúde e Previdência Social da Confederação Parlamentar das Américas – COPA
- Dra. Delia Bac Alvarado - República da Guatemala Coordenadora do grupo do capítulo da no Grupo Parlamentar Interamericano - GPI
- Dra. Carla Rivera - Representante do Grupo Parlamentar Interamericano – GPI
- Deputada Juana Vicente Moronta – República Dominicana
- Deputado Carlos Velasco - República do Equador, 1º Vice-Presidente do Parlamento Latinoamericano – PARLATINO
- Deputado Flavio José Yojcom García – República da Guatemala
- Senadora Diva Gastélum – República do México

- Senador Eduardo Maldonado - Estado Plurinacional da Bolívia.
- Deputado Enrique Alberto Valdés Soto – República de El Salvador
- Deputado Rodolfo Parker Soto – República de El Salvador
- Deputado Dr. Volnei Morastoni - Deputado Estadual de Santa Catarina, Brasil, membro da Comissão de Saúde e Previdência Social da Confederação Parlamentar das Américas — COPA
- Deputada Argentina Parajón - República da Nicarágua, Vice-Presidente da Comissão de Trabalho
- Deputada Guadalupe Valdez San Pedro – República Dominicana
- Congressista Karla Schaefer – República do Peru
- Deputado João Ananias- Membro do Parlatino – República Federativa do Brasil
- Deputado Dr. Rosinha – República Federativa do Brasil
- Senador Hypolite Mellius – República do Haiti
- Deputado Juan Carlos Egurén Neuenschwander – República do Peru
- Dr. Bertrand Sinal – Haiti, Vice-Presidente da Comissão de Saúde e Previdência Social da Confederação Parlamentar das Américas – COPA
- Dr. Helvécio Magalhães – Secretário de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, República Federativa do Brasil
- Dr. Bremen de Mucio - Assessor regional em saúde sexual e reprodutiva do Centro Latino-Americano em Perinatologia — CLAP/OPS
- Dra. Matilde Pinto - Assessora Titular em Economia e Planejamento em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS
- Sra. Beatriz Galli - Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma DHESCA-Brasil e assessora do IPAS para a América Latina
- Dra. Daniela Kraiem – American University Washington College of Law
- Sr. Dário Pasche - Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.
- Dra. Mirna Montenegro – Guatemala, Representante do Observatório de Saúde Reprodutiva — OSAR
- Dr. Joaquin Molina – Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, no Brasil

- Dra. Carmen Barroso – Brasil, Grupo Independente de Especialistas da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças (CoIA) da ONU
- Dr. Oscar Surriel - Representante Organização Pan-Americana de Saúde
- Dr. Victor Valdivia - Assessor em Regulação e Legislação em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde.
- Dra. Carla Alejandra Covarrubias – República do Panamá
- Dr. Ramón Custodio - Honduras
- Dra. Mirela – Membro do PARLATINO

A promoção, em conjunto com a Comissão de Relações Exteriores, do Seminário Internacional de Parlamentares da América Latina e do Caribe para a Garantia do Direito à Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil, nos dias 4 e 5 de dezembro de 2013, foi uma conquista de grande repercussão para a melhora das condições de saúde da mulher e da criança na região.

A realização do evento resultou dos compromissos do marco do Direito Internacional assumidos pelos Estados da América Latina e do Caribe na agenda global de desenvolvimento. Ele é também sequência de uma série de encontros realizados na América Latina e Caribe sobre o papel dos Parlamentos e dos Parlamentares para assegurar a garantia do direito à saúde de mulheres e crianças.

Ao longo dos pronunciamentos, ressaltou-se que a morte materna viola a Declaração dos Direitos Humanos e inúmeros outros acordos internacionais como a Convenção para a Eliminação de toda a forma de Discriminação contra a Mulher, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Convenção sobre os Direitos da Criança. A Organização Mundial da Saúde estabeleceu o Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave.

O papel dos Parlamentos é cobrar ações, fiscalizar, corrigir deficiências, obter mais recursos e estimular o desenvolvimento de estruturas de atendimento, buscando estabelecer marcos legislativos favoráveis à prevenção da mortalidade materna e neonatal. Deve haver

aproximação cada vez maior com Parlamentos da América Latina e Caribe. Todos os Estados devem cumprir a obrigação de garantir à mulher a vida, no estado de gravidez e de parto.

A apresentação brasileira salientou a importância de se atingir ao proposto no 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, reduzir em $\frac{3}{4}$ entre 1990 e 2015 a taxa de mortalidade materna. Em nosso país, a mudança seria de 140 mortes por 100.000 nascidos vivos no ano 2000 para 35 mortes em 2015, ou seja, de 75%. Até 2011, a diminuição havia sido da ordem de 55,3%.

Avanços significativos ocorreram com a implantação da Rede Cegonha, como a vinculação da gestante às unidades onde se dará o parto, no sistema Vaga Sempre, aperfeiçoamento do sistema de informações SISPRENATAL, implantação de Centros de Parto Normal, de Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, acolhimento com classificação de risco, atenção prestada em redes, visita domiciliar e busca ativa de puérperas, recém-nascidos de risco e crianças em situação de vulnerabilidade.

Foram apontados os benefícios de se promover a colaboração técnica com a Guatemala e o Haiti para implementar ações contempladas na Rede Cegonha no esforço de diminuir os índices alarmantes de mortes maternas nos dois países. Deve ser garantida a transparência e disponibilização de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, atualizadas e fidedignas. Outro grande problema a enfrentar é a violência obstétrica, amplamente denunciada por meio de diversas fontes.

Citaram-se exemplos de legislação a respeito de maternidade segura, parto humanizado e de despenalização do aborto vigentes em países latinos. Desde 2004, vigora na Argentina a Lei do Parto Humanizado, de número 25.929, que assegura à mulher, à criança e aos pais de recém-nascidos de risco inúmeros direitos.

Na Venezuela, a Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia estabelece as condutas de violência obstétrica e institucional, entre outras, sob o enfoque de direitos humanos das mulheres. Como exemplo, penaliza a realização de cesárea sem indicação formal com multa e processo disciplinar, sendo possível a suspensão na esfera profissional. Assinala ainda as instâncias encarregadas de garantir o acesso a estes direitos e os caminhos para formalizar denúncias.

Após uma pesquisa indicar que 66% da população era a favor de despenalizar o aborto, o Uruguai editou, em outubro de 2012, a Lei 18.987. Ela despenaliza a interrupção da gravidez até doze semanas e acolhe o aborto de menor risco, sem deixar de ressaltar que o procedimento não constitui método contraceptivo. Permite o procedimento em caso de risco de vida para a mãe, estupro ou de malformações fetais incompatíveis com a vida, após orientações interdisciplinares e tempo de reflexão, inclusive a respeito da possibilidade de permitir a adoção da criança. Para evitar mortes maternas resultantes de abortamentos inseguros, propõe implementar educação em saúde sexual e reprodutiva, acesso a métodos anticoncepcionais modernos e eficazes e acompanhamento integral da gravidez não desejada. O acompanhamento pós-aborto e a anticoncepção de emergência também são oferecidos. Traz ainda à consideração as objeções de consciência dos profissionais de saúde.

Enfatizou-se a necessidade de informações precisas e confiáveis para subsidiar a atividade parlamentar. As médias continuam a mascarar iniquidades inaceitáveis no mundo moderno. Há diferenças alarmantes entre as condições de mulheres de maior escolaridade, que têm acesso a saneamento e moradia e das indígenas, afrodescendentes, que têm menor escolaridade e renda. De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), não pode haver desenvolvimento social se não se reduzir a desigualdade.

Por exemplo, citou-se como exemplo a mortalidade materna no Haiti e na Guatemala, extremamente elevados. Para cada mulher que morre, existem cerca de vinte outros casos de morbidade grave, como incontinência urinária, infertilidade ou mesmo coma profundo, não conhecidos pelos sistemas de informação.

Assim, devem ser enfocadas diferentes estratégias. Primeiro, prevenir a gravidez indesejada e suas complicações. Em seguida, promover acesso universal a maternidades de qualidade, com recursos humanos qualificados. Devem ser elaboradas leis ou marcos regulatórios em cada país para garantir esses direitos.

Salientou-se que sempre existirão abortos, em virtude de eventuais falhas de métodos contraceptivos. Esta é uma questão a ser enfrentada, e o Uruguai adotou uma legislação pioneira a respeito. Tem havido

crescente participação do movimento de mulheres e dos profissionais de saúde em torno do tema.

Outra análise a ser feita é a conjuntura legislativa e social do país, se ele permite a implementação de políticas de saúde sexual e reprodutiva e materno-infantil.

Como reforço, o documento **Acesso à Saúde, um Direito Fundamental** traz subsídios ao papel dos Parlamentos para garantir saúde às mulheres e às crianças. Ao mesmo tempo, Ministros da Saúde aprovaram plano de redução da mortalidade materna nos termos da Resolução nº 51, de 2012⁷. Deve ser estabelecido diálogo interinstitucional pelos governos, envolvendo os setores público e privado, sociedade civil e Parlamentares para tornar concreto o direito da mulher à vida.

A Resolução propõe como passos:

- adotar políticas, estratégias, planos e programas nacionais que aumentem o acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade.
- contemplar a gratuidade de todos estes serviços para as populações mais vulneráveis.
- priorizar a vida das mulheres como uma questão de direitos e de desenvolvimento humano.
- promover a empoderamento das mulheres e a participação e corresponsabilidade do homem na saúde sexual e reprodutiva.
- Advogar por orçamentos públicos específicos e estratégicos.

A criação de equipes comunitárias de saúde levou o serviço de saúde aos habitantes de áreas mais remotas, proporcionando o aumento da cobertura pré-natal e do número de partos hospitalares. Todos os países enfrentam ainda a dificuldade de estabelecer os médicos e equipes de saúde nesses locais, inclusive pela falta de recursos para o trabalho, piores condições de vida e renda e dificuldades educacionais para as famílias. Assim, as mortes também resultam do precário aparelhamento para solucionar os problemas da população.

⁷ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Resolução CD51.R12. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave. Washington, setembro, 2011. Disponível online em https://www.google.com/search?q=RESOLU%C3%87%C3%83O+51+2012+MORTE+MATERNA&og=RESOLU%C3%87%C3%83O+51+2012+MORTE+MATERNA&gs_l=heirloom-serp.12...3031.67736.0.69408.14.3.0.11.0.0.281.281.2-1.1.0....0...1ac.1.34.heirloom-serp..14.0.0.s4mObeah2zk consultado em maio de 2014.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos da Subcomissão Especial Destinada a Tratar do Fortalecimento da Informação e da Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças foram desenvolvidos a partir de duas óticas. Uma frente estendeu a discussão para a esfera mais ampla da América Latina e Caribe, nos moldes propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde. A vertente nacional buscou identificar e propor ações legislativas para reforçar o direito à vida de mães e crianças, para o fortalecimento das famílias, combatendo as mortes maternas e neonatais e promovendo a saúde e a inclusão dos parceiros.

Seu surgimento derivou de um envolvimento com compromissos assumidos pelo Brasil com relação à diminuição dessas mortes, não apenas para cumprir os objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mas para defender direitos humanos fundamentais de expressiva parcela de nossa população.

O Brasil apresenta um ordenamento jurídico extremamente favorável à afirmação de direitos humanos e, evidente, as mulheres estão aí contempladas. Além de a Constituição Federal assegurar de forma universal e igualitária o acesso integral aos serviços de saúde, as leis infraconstitucionais reforçam as garantias de qualidade de atenção, planejamento familiar, licença-maternidade, que beneficiam tanto as mulheres quanto seus filhos. Por sua vez, o Poder Executivo tem adotado ações consistentes para a saúde reprodutiva e da criança, buscando universalizar e humanizar a assistência e qualificar profissionais e serviços.

No entanto, apesar de tantas iniciativas em andamento, constatou-se que ainda é preciso avançar. Muitos dos entraves exaustivamente responsabilizados pela ocorrência das mortes de mulheres e recém-nascidos continuam a se repetir.

Por exemplo, a falta de identificação ou tratamento de processos infecciosos ou da hipertensão. O uso de ocitocina é feito em desacordo com protocolos técnicos, acumulam-se relatos de violência institucional contra parturientes, o acesso aos contraceptivos ainda é irregular e restrito, principalmente entre adolescentes. Nosso país continua a ser o país com o maior índice de cesarianas do mundo e 11,8% dos nascimentos são

prematturos, o que implica aumento do risco de morte. Ocorrem situações de morbidade grave, conhecidas por quase-morte (near miss), em cerca de 4% dos partos.⁸

Por sua vez, embora um elo fundamental no processo de gravidez, parto e puerpério, o parceiro não recebe a atenção devida. Assim, ao considerar essa pessoa essencial para a harmonia da família, concebemos algumas formas de acolhimento e de garantia de direitos, como estabelecer rotinas para que sejam atendidos simultaneamente às visitas da gestante ao pré-natal. Existem diversas iniciativas em tramitação com intuito de assegurar estabilidade no emprego, dispensa para o pré-natal e extensão do prazo concedido de licença-paternidade. Ainda em tramitação estão propostas de permissão para o acompanhamento por doulas, caracterização da violência obstétrica, licença-maternidade e aumento de recursos para a saúde, para as quais pedimos urgência na apreciação.

No que diz respeito à prestação de contas, não se identificam mecanismos consistentes de responsabilização pela ocorrência de mortes de mulheres e crianças relacionadas à gravidez, parto e puerpério. A legislação brasileira prevê a elaboração de relatórios quadrimestrais pelos gestores de saúde, com informações definidas pelo Conselho Nacional de Saúde. A apresentação dos dados é feita em audiência pública perante o Poder Legislativo correspondente, na Assembleia ou Câmara, e apresentado também aos Conselhos.

Diante desse quadro, pudemos identificar oportunidades para a participação do Poder Legislativo no esforço pela redução da mortalidade materna e neonatal e procuramos elaborar proposições correspondentes.

Quanto aos textos legais, propomos as seguintes alterações:

- Lei Complementar 141 - sugerimos a inclusão obrigatória de informações sobre óbitos maternos e neonatais nos relatórios quadrimestrais apresentados pelo gestor de saúde em audiência pública junto ao Poder Legislativo de sua esfera.

⁸ Saúde no Brasil 2 .Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios Cesar G Victora, Estela M L Aquino, Maria do Carmo Leal, Carlos Augusto Monteiro, Fernando C Barros, Celia L Szwarcwald
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>

- Lei que trata do planejamento familiar - assegurar o acesso aos adolescentes e a continuidade da oferta dos meios. Determinar o acompanhamento pré-natal ao parceiro e atenção humanizada e baseada em evidências científicas.

- Estatuto da Criança e do Adolescente - exigir a humanização do pré-natal, parto e puerpério e explicitar o direito a ações de saúde sexual e reprodutiva em ambiente acolhedor.

Com relação aos outros Poderes da República, em obediência ao princípio da independência estabelecido na Constituição Federal, encaminhamos sugestões na forma de Indicação. Assim, dirigimo-nos

- ao gestor nacional do SUS, o Ministério da Saúde, assinalando ações que precisam ser implementadas ou fortalecidas, a despeito de muitas já integrarem as normas em vigor.

- ao Ministério da Educação, sugerindo a ênfase ao ensino de princípios de humanização do atendimento, ao treinamento em partos fisiológicos e em atendimento a urgências e emergências nos currículos dos cursos da área de saúde.

- aos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores sugerindo, com base nas discussões com o grupo parlamentar da América Latina e Caribe, estender acordos de cooperação técnica existentes com o Haiti e a Guatemala para colaborar com a redução da mortalidade materna e neonatal, extremamente elevada nos dois países. A experiência positiva com a Rede Cegonha implantada no Brasil pode ser muito valiosa para essas populações.

- à Procuradoria-Geral da República, sugerindo a aproximação do Ministério Público com o processo de vigilância dos óbitos maternos e neonatais nas diversas esferas de atuação, a exemplo do que tem feito no acompanhamento das taxas de cesarianas.

- aos Conselhos Nacionais de Enfermagem e Medicina, sugerindo a ênfase na humanização do atendimento ao parto e a educação continuada dos profissionais.

Por fim, também por sugestão do grupo, acreditamos que seria importante que fosse criada a Frente Parlamentar pela Maternidade

Segura na Câmara dos Deputados. Esta Frente poderia perpetuar e intensificar o acompanhamento das mortes maternas e neonatais e de partos cirúrgicos, possibilitando uma interferência mais imediata na questão.

Esperamos, assim, contribuir para o fortalecimento de ações de impacto sobre as mortes de mães e neonatos, no firme propósito de ver eliminado este drama do panorama sanitário brasileiro.

Sala da Comissão, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

CAPÍTULO V – APRECIÇÃO DO RELATÓRIO PELO PLENÁRIO DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

No dia 29 de outubro de 2014, o Plenário da Comissão de Seguridade Social e Família apreciou o presente Relatório. Inúmeras e preciosas contribuições foram apresentadas no sentido de enriquecer o texto. Todas elas foram incorporadas ao documento.

O Deputado Rogério Carvalho ressaltou o conceito de que todo parto é uma emergência médica, e que um fator decisivo é que, em um ambiente qualificado, a equipe esteja a esperar pela parturiente e não o contrário. Isto ocorre com maior frequência em unidades públicas de saúde. No âmbito do atendimento privado, o que predomina é a realização de partos cirúrgicos, o que acarreta maior morbidade para o binômio mãe-filho.

Em seguida, o Deputado Geraldo Resende enfatizou a importância de se dar seguimento às ações desenvolvidas pela Subcomissão e às propostas apresentadas. Chamou a atenção, ainda, para a escassez de profissionais médicos da área de Obstetrícia, causada, inclusive, pelo fenômeno crescente da judicialização.

O Deputado Darcísio Perondi lembrou muito oportunamente a importância de se enfrentar a questão do abortamento inseguro como causa importante de mortes maternas. Aponta a determinação de se retomar o movimento pela despenalização na legislatura a seguir. Salienta a escassez de recursos para as ações de saúde e os baixos valores atribuídos pela tabela adotada no âmbito do Sistema Único de Saúde para remunerar os serviços prestados à população.

Em seguida, o Deputado Mandetta ressaltou o aspecto focalizado que a mortalidade infantil tem assumido e sua incidência assustadora entre indígenas. Além disso, enfatiza que nem sempre o parto por via vaginal é a opção ideal para a mulher. Existem indicações precisas para o parto cesariano e podem ser igualmente observadas sequelas em partos normais mal conduzidos. Sugere o estabelecimento de incentivos, inclusive financeiros, prêmios ou maior transferência de recursos para serviços bons e

de qualidade. Ao mesmo tempo, a maior qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde como Técnicos, permitindo que realizem, por exemplo, a aferição da pressão arterial e da glicemia, poderia trazer incontáveis benefícios para o acompanhamento pré-natal.

Por sua vez, a Deputada Mara Gabrilli chamou a atenção para a ocorrência crescente de casos de paralisia cerebral em crianças sem nenhum problema detectável no pré-natal. Relatou ter sido identificada a falta de médicos pediatras ou neonatologistas nas salas de parto, em especial no Sistema Único de Saúde. A questão passa ainda por asfixia intraparto e prematuridade tardia, que demandam cuidado maior da equipe obstétrica.

A Deputada Jandira Feghali reforçou a importância de se avançar na discussão da realização de abortos inseguros no país. O caráter imperioso e premente de se retomar a questão é ilustrado com clareza pela ocorrência recente no Rio de Janeiro da morte de mulheres que haviam sido submetidas a procedimentos abortivos por membros de uma extensa organização que envolvia médicos e falsos médicos, entre outros.

A Deputada Benedita da Silva reafirmou seu compromisso com o aprimoramento da atenção prestada à mulher gestante e à criança em desenvolvimento.

A Deputada Rosane Ferreira chamou a atenção para a dificuldade de se conseguir a esterilização voluntária segundo as exigências da legislação atual, inclusive pela exigência do intervalo de seis meses após o parto, que coincide com o retorno às atividades laborais. É essencial que os mais diversos métodos de planejamento familiar estejam amplamente acessíveis para toda a população. Considera urgente o estabelecimento de parâmetros para permitir a interrupção da gravidez.

Por fim, o Deputado Marcos Rogério questionou a apresentação de iniciativa tratando de violência obstétrica, em virtude de dificuldade de se definir as condutas a criminalizar. Diante da menção à retirada do projeto, considerou que seria interessante ouvir as demais Comissões de mérito sobre a questão, uma vez que ela foi levantada por expressivos segmentos da sociedade, inclusive do movimento de mulheres. As

denúncias de violência obstétrica foram estudadas em pesquisa de opinião pública da Fundação Perseu Abramo em 2010⁹. As conclusões indicam que perto de um quarto das mulheres tenha sido vítima, a maioria em serviços da rede pública. Enquanto algumas queixas sejam mais difíceis de aferir, outras condutas são inequivocamente violentas e perpetradas não apenas pelos profissionais médicos. Citamos como exemplos agressões físicas, como bater ou amarrar ao leito, não atender às solicitações ou ignorá-las, xingamentos, depreciação, humilhação e ameaças. A pesquisa investigou ainda assédio sexual, realização de procedimentos de forma dolorosa ou de manobras desaconselhadas pelas normas como a tricotomia, o jejum, a compressão do abdome, desrespeito à privacidade. Outras negativas de direito também são violentas, como o impedimento ao acompanhante ou a falta de informação sobre as condutas.

É bastante significativo o trabalho da Artemis (<http://artemis.org.br/>), uma organização que, atuando em defesa da autonomia da mulher, enfrenta a violência obstétrica sob vários aspectos e trabalha em parceria com o Ministério Público. Este grupo elabora e atualiza o mapa da violência obstétrica no Brasil, reunindo depoimentos de vítimas. O teor de algumas denúncias chega a ser inacreditável, de tão chocante. Não se pretende dar exemplos, mas é interessante consultar o material compilado para que seja possível aquilatar a dimensão do que ocorre com as parturientes. Não resta dúvida sobre a importância de se criar instrumentos legais poderosos para coibir estes extremos de crueldade, a absoluta falta de humanização do parto.

Sendo assim, optamos por aperfeiçoar a Justificação da iniciativa, no sentido de tornar mais claro o que se pretende, na certeza de que o debate e a análise de outros órgãos técnicos conseguirão tornar o texto um instrumento de defesa dos direitos da mulher fragilizada em um momento crucial em sua vida e na vida da criança.

⁹ Fundação Perseu Abramo, SESC. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privado. Agosto de 2010. Disponível online em http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf Consultado em outubro/2014.

Em conclusão, incorporamos todas as excelentes sugestões, que chamaram a atenção para aspectos fundamentais e trouxeram novos e importantes enfoques para o tema. Ao mesmo tempo, manifestamos o mais profundo reconhecimento e respeito pelos membros da Comissão de Seguridade Social e Família, extremamente comprometidos com a defesa intransigente do sonho da saúde como dispõe nossa Constituição Cidadã, não apenas universal e equânime, mas humanizada e de qualidade.

CAPÍTULO VI – PROPOSIÇÕES

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº , DE 2014

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Altera a Lei Complementar nº 141, de 13 de julho de 2012, que “regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 36 da lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que “regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências” passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 36.....

.....
III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, privada, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação, incluindo obrigatoriamente a mortalidade materna e neonatal.” (NR)

Art.2º Esta lei complementar entra em vigor cento e vinte dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Ao desenvolver seus trabalhos, a Subcomissão Especial Destinada a Tratar do Fortalecimento da Informação e da Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças identificou a imperiosa necessidade de promover o acompanhamento mais próximo e rigoroso das mortes maternas e neonatais no país.

Esta conclusão está baseada na análise dos dois fenômenos. Na morte materna, o primeiro dado revoltante é que ela pode ser evitada em mais de noventa por cento dos casos. Milhares de mulheres morrem a cada ano em virtude da abordagem desumana de um processo que deveria se revestir de alegria e realização. Em vez disso, o que se encontra é o medo, submissão, a negação de autonomia, o despreparo e a displicência em muitas etapas do pré-natal, parto e puerpério.

Hoje em dia, domina a crença de que os partos cirúrgicos são mais seguros. Toda cirurgia é uma agressão, mas tem servido à conveniência das equipes de saúde, que não estão disponíveis para acompanhar o processo dos partos por via vaginal. O resultado é o aumento de crianças pré-termo, com baixo peso e dificuldades respiratórias, o maior risco de complicações para a mãe, inclusive de infecção, e consequências que podem levar à morte tanto a mulher como seu filho.

O acesso das gestantes ao atendimento pré-natal aumentou, mas infelizmente, a qualidade da atenção não demonstrou progresso considerável. Assim, condições comuns como anemia falciforme, infecção urinária, hipertensão ou diabetes, continuam a não ter a condução clínica adequada e podem constituir motivo de complicações inaceitáveis na ocasião do parto.

Muitos fatores estão sendo abordados em iniciativas de humanização do parto e nascimento, sendo a Rede Cegonha uma das mais recentes. No entanto, identificamos ainda a existência de grave lacuna no enfrentamento do problema, sendo imperioso promover o maior envolvimento do gestor e das Casas Legislativas na questão. Assim, como está prevista a apresentação de dados detalhados contidos no Relatório quadrimestral em audiência pública nas Câmaras e Assembleias de cada nível, pareceu-nos bastante lógico exigir que sejam apresentadas informações sobre morte materna e neonatal nos setores público e privado. Esse documento é padronizado pelo Conselho Nacional de Saúde, que fará a inclusão das informações.

É essencial promover a responsabilização e corrigir as causas da ocorrência de óbitos ligadas à gravidez, parto ou puerpério em mulheres e recém-nascidos, na maioria dos casos em virtude de falhas indesculpáveis e grosseiras. Ampliar o debate, envolvendo o gestor e parlamentares, além da sociedade, é medida de valor inestimável para estimular a eliminação do problema.

Assim, esperamos que o valor desta iniciativa seja reconhecido pelos membros do Parlamento e que ela possa, com brevidade, integrar o arcabouço legal do país.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

PROJETO DE LEI Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Altera o Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, para tipificar o crime de violência obstétrica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei tipifica a conduta caracterizada como violência obstétrica.

Art. 2º O Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Violência Obstétrica

Art. 136-A. Realizar procedimento obstétrico desnecessário ou contraindicado que possa causar dano ou sofrimento físico à mulher.

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Art.3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A violação dos direitos das mulheres, durante e após o parto, denominado de violência obstétrica, é muito mais frequente do que se pode imaginar. Nos hospitais brasileiros, públicos e privados, é comum a realização de procedimentos obstétricos desnecessários ou contraindicados com o viés de crueldade. Os profissionais de saúde realizam tais condutas sem a concordância da paciente ou induzem-na, mediante artifício fraudulento, a consentir a execução do procedimento. A equipe de saúde é responsável por agressões à parturiente, que vão desde referências desabonadoras, piadas, ameaças, xingamentos, tratamento desumano, agressões físicas, contenção no leito, impedimento da presença de acompanhante, realização de procedimentos de forma violenta de modo a causar dor.

Outras formas de violência obstétrica são a episiotomia, (corte na região da vagina para facilitar o nascimento) realizada indiscriminadamente, infusão intravenosa de medicamentos para acelerar o trabalho de parto, pressão física sobre a barriga da parturiente na hora do parto, lavagem intestinal, retirada de pelos pubianos, exame de toque frequente para verificar a dilatação, negativa de administração de medicamentos para alívio da dor.

É de se frisar que os efeitos da violência obstétrica são perniciosos: causam sofrimento indescritível às suas vítimas. As sequelas desse fenômeno social são enormes. A vítima, em geral, apresenta sequelas e mais problemas de saúde ao longo de sua vida do que as pessoas que nunca sofreram essa violência. Estão ainda mais sujeitas a cometer suicídio. As crianças, por sua vez, são também bastante afetadas pelos nascimentos traumáticos.

Ressalte-se, ainda, que esse tipo de conduta, além causar dor e angústia, revela uma relação desigual de poder entre o agressor e a vítima, que se encontra fragilizada e desprotegida. É um problema que jamais poderia atingir um número tão expressivo de mulheres. É mazela que não distingue nível social, econômico, religioso ou cultural específico.

A mulher, em regra, fica com baixa autoestima e

emocionalmente frágil. O agressor, por sua vez, imputa à vítima a responsabilidade pela violência, que acaba incorporando uma grande culpa e vergonha.

Desafortunadamente, esse comportamento nefasto ainda é, por muitos, considerado natural e, por conseguinte, ignorado pelo direito penal. Salta aos olhos que não há um tipo criminal específico para a violência obstétrica. É verdade que, por vezes, é tênue a linha que separa a percepção de violência em um procedimento realizado em uma hora em que o nível de tensão é grande, tanto da parturiente quanto da equipe. No entanto, algumas condutas são imperdoáveis.

A sociedade vem se organizando para denunciar a violência obstétrica. Os relatos, por vezes, são comparáveis a sessões de tortura. Ao consultarmos os depoimentos de vítimas, temos a certeza de que os operadores do Direito terão condições de discriminar as condutas legítimas das desviantes. Ao ser analisada a presente proposição, a consulta ao mapa da violência obstétrica e a representantes da sociedade civil organizada será imprescindível.

A mulher merece maior proteção do arcabouço jurídico. Deve-se garantir-lhe um parto seguro e tranquilo que propicie o seu bem-estar físico e mental. Dessa forma, é imprescindível que a violência obstétrica seja considerada uma conduta criminosa.

Assim, forte nesses argumentos, contamos com o apoio dos ilustres Pares para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

PROJETO DE LEI Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Altera a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O caput do artigo 8º da lei 8.069, de 13 de julho de 1990 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal humanizado e baseado em evidências científicas.” (NR)

Art. 2º. O art. 11 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

“Art. 11.....
.....

§ 3º O atendimento integral à saúde da criança e do adolescente mencionado no caput inclui o oferecimento de ações de saúde sexual e reprodutiva e de planejamento familiar em ambiente acolhedor.” (NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Entre os muitos procedimentos exigidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para o atendimento de gestantes e recém-nascidos, ficou esquecido um ponto fundamental. Referimo-nos à obediência total às diretrizes de humanização no atendimento, em especial no parto. O ECA exige a manutenção de prontuário, o exame de doenças metabólicas, fornecer declaração de nascimento, identificar o recém-nascido e garantir o alojamento conjunto e pune com severidade a desobediência. Assim, não há como não incluir nestas garantias o básico e evidente pressuposto da humanização no trato de um momento tão delicado, e importante para condicionar o estado em que a criança chega ao mundo.

Nosso país é o que mais realiza partos cirúrgicos. Esse feito vem aliado a um risco aumentado de morte da mulher e da criança, inclusive por prematuridade. Assim, explicitar que o direito estabelecido para o atendimento pré e perinatal será obrigatoriamente humanizado e baseado em evidências traz proteção para o binômio mãe-filho.

É importante ainda adotar medidas para assegurar a qualidade do atendimento, especialmente quando se detectam condutas em total desacordo com normas técnicas em vigor. A realização de exames desnecessários, a indicação do uso de ocitocina no início do trabalho de parto, a utilização de manobras dolorosas e a imobilização são condutas disseminadas entre os profissionais de saúde. Porém, elas não encontram lastro em nenhuma evidência científica. Ao contrário, trazem malefícios graves para a mãe e seu filho. Assim, preconizamos que os atendimentos se deem com base em evidências científicas.

Pensando em abordar diretamente a gravidez na adolescência, responsável por cerca de quinze por cento das mortes maternas, julgamos importante explicitar o direito desse grupo à saúde sexual e reprodutiva, especialmente às ações de planejamento familiar. Determinamos ainda que os ambientes sejam acolhedores para essas pessoas, uma vez que se detectou a existência de barreiras culturais ou institucionais para que adolescentes tenham facilidade de acesso ao atendimento.

Estes são os motivos pelos quais submetemos à apreciação de nossos Pares a proposta, esperando sua pronta aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

PROJETO DE LEI Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O parágrafo único e o inciso II do art. 3º da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências” passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º.....

.....
Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção à saúde da mulher, do homem ou do casal, integral, humanizado e baseado em evidências científicas, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

.....
II – o atendimento pré-natal para a mulher e seu parceiro.” (NR)

Art. 2º O caput do art. 4º da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário e ininterrupto a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.”
(NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Lei que regula o planejamento familiar prevê a garantia de assistência integral ao parto, pré-natal, puerpério, controle de doenças sexualmente transmissíveis e dos cânceres de colo uterino, mama e pênis.

Existem inúmeros relatos de condutas negligentes, intervenções desnecessárias e maus tratos a parturientes por parte das equipes de saúde. Em nossa opinião, não basta que o atendimento seja integral. É imprescindível que ele se revista do caráter humanitário e ético. Assim, trazendo a obrigatoriedade da humanização para todos os atendimentos abrangidos pela Lei, pretendemos valorizar este enfoque.

Por outro lado, a indicação de cesarianas precoces ou o uso indiscriminado de ocitocina têm causado mortes tanto de mães quanto de crianças. A falta de instituição de condutas frente à hipertensão ou a infecções corriqueiras têm levado ao óbito incontáveis mulheres. Da mesma forma, é imprescindível que a mulher tenha um intervalo interpartal seguro. Assim, determinamos que sejam obedecidas rotinas de qualidade, com base em evidências científicas, a exemplo do que determinam as normas ditadas pelo gestor nacional do Sistema Único de Saúde.

A inclusão do parceiro no inciso II está baseada na sua presença nas consultas do pré-natal. Ao considerarmos sua saúde como vital para o equilíbrio familiar e para a saúde da mulher e da criança, é muito importante aproveitar seu contato com os serviços de saúde e oferecer o rastreamento de problemas como doenças sexualmente transmissíveis ou hipertensão, promover seu tratamento e acompanhá-lo. Incluir o parceiro ou parceira na rotina do pré-natal constituirá um aperfeiçoamento grande na

garantia do direito ao planejamento familiar, já consagrado pela Constituição e pela lei e será extremamente favorável para a estabilidade da família.

A inclusão do termo “ininterrupto” ao *caput* do art. 4º tem por objetivo assegurar a continuidade do fornecimento do método escolhido para a contracepção sem as faltas, até hoje muito frequentes. As consequências da negativa do acesso aos contraceptivos evidentemente responde por gestações não desejadas, outro grave problema no país. Assim, a determinação provocará esforço para aperfeiçoar a logística de oferta de métodos ou técnicas destinadas ao planejamento familiar.

As alterações sugeridas são pequenas. No entanto, elas trazem maior clareza aos direitos assegurados às pessoas. Temos a convicção de que, uma vez adotadas, elas representarão um grande avanço para o combate à morte materna e neonatal e um grande benefício para as famílias.

Assim, contamos com o precioso apoio dos nobres Pares para sua célere incorporação ao arcabouço legal brasileiro.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao
Poder Executivo, relativa ao
aperfeiçoamento da atenção à saúde da
mulher e da criança.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo o aperfeiçoamento de ações de atenção à saúde da mulher e da criança.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Sugere medidas para o aperfeiçoamento da atenção à saúde da mulher e da criança.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Louvamos os esforços envidados por essa Pasta para assegurar a humanização no Sistema Único de Saúde. Ao encerrarmos os trabalhos da Subcomissão Especial Destinada a Tratar do Fortalecimento da Informação e da Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e das Crianças, da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, apresentamos nossas contribuições no intuito de colaborar com o aperfeiçoamento da atenção à saúde da mulher e da criança prestada em nosso país.

1. Aperfeiçoar a gestão de modo a otimizar os recursos destinados a assegurar a maternidade segura e a redução da mortalidade neonatal.
2. Ampliar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, possibilitando a todos os usuários e profissionais o conhecimento de seus direitos no atendimento à saúde.
3. Instituir o aperfeiçoamento e a qualificação dos sistemas de informação, facilitando o acesso a dados relativos à saúde acurados e atualizados, em especial de partos cirúrgicos e mortes maternas e neonatais.

4. Promover a qualificação e divulgação ampla para a população, profissionais de saúde e gestores de informações atualizadas relativas à morte materna e neonatal, partos e complicações.
5. Estimular o cumprimento da Política Nacional de Humanização do SUS e do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, envolvendo a rede privada e suplementar neste objetivo.
6. Estimular a disponibilidade de anestesistas para atendimento a partos.
7. Intensificar a capacitação, educação continuada e treinamento dos profissionais em saúde em atendimento humanizado e de qualidade, em especial no que se refere ao pré-natal, parto fisiológico e puerpério.
8. Garantir condições de segurança nas unidades de saúde para a realização de procedimentos, especialmente partos, estabelecidas em normas sanitárias, como disponibilidade de sangue e garantia de referência e transporte para unidades de maior complexidade, principalmente em municípios com menos de vinte mil habitantes.
9. Assegurar a presença de equipe suficiente para a realização de partos, incluindo pediatra ou neonatologista e anestesista.
10. Expandir a política de incentivo ao parto normal, por meio de amplos e permanentes mecanismos de esclarecimento para as mulheres, seus parceiros e para a população, inclusive nos locais de atenção pré-natal.
11. Instituir o acompanhamento pré-natal ao parceiro, oferecendo-lhe serviços de atenção à saúde definidas na Política de Atenção Integral à Saúde do Homem

nas mesmas ocasiões em que a gestante comparecer às unidades de saúde.

12. Enfatizar os aspectos de direito à realização de exames clínicos, laboratoriais e de imagem, à atenção humanizada e ao parto normal em todas as reuniões educativas propostas pela Rede Cegonha.
13. Identificar junto aos profissionais de saúde as estratégias a implementar para alcançar o incentivo ao parto normal, seja aumento de remuneração, compensações, estabelecimento de rotinas colaborativas de serviço ou outras, envidando esforços para as instituir.
14. Acompanhar o cumprimento de metas de redução de cesarianas nas esferas pública e privada.
15. Instituir premiação ou valorização para unidades que apresentem redução na taxa de cesarianas e em serviços mais qualificados e com melhores resultados.
16. Instituir sistema de informações para a vigilância de complicações do parto, desde a morbidade grave, o “near miss”, até as sequelas tardias.
17. Estimular a formação e o funcionamento do Fórum Perinatal, do Fórum da Rede Cegonha e Comitês de Morte Materna e Neonatal.
18. Determinar o envolvimento dos Comitês de Morte Materna e Neonatal na avaliação da taxa de cesarianas e dos casos de morbidade grave materna e neonatal nas esferas pública e privada.
19. Exigir o emprego de ocitócicos com base em evidências científicas, na esfera pública e privada.
20. Universalizar o acesso da parturiente a meios não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.

21. Universalizar a oferta de analgesia no parto de acordo com critérios baseados em evidências científicas.
22. Estimular a apresentação de planos de ação relativos à Rede Cegonha nas regiões de saúde.
23. Agilizar o acesso dos integrantes da Rede Cegonha aos recursos financeiros.
24. Disciplinar a atuação de doulas no Sistema Único de Saúde.
25. Universalizar o acesso ao planejamento familiar, especialmente para jovens e adolescentes, instituindo unidades de saúde acolhedoras para esse segmento da população.
26. Dar maior visibilidade e enfrentar mais amplamente a questão do abortamento inseguro.
27. Eliminar as desigualdades no acesso às ações de saúde, especialmente na questão de cor, idade e etnia, desenvolvendo ações focalizadas para grupos de maior risco.
28. Estimular a notificação acurada de mortes de mulheres em idade fértil ou por causas maternas, inclusive em serviços privados.
29. Acompanhar a notificação da morte de mulheres em idade fértil de serviços de saúde do setor privado.
30. Apoiar com recursos financeiros e técnicos o oferecimento suficiente de leitos de UTI neonatal no país.
31. Exigir o atendimento humanizado e de qualidade pós-abortamento.
32. Garantir a realização do direito ao acompanhante em unidades públicas e privadas de atendimento a gestantes, parturientes e puérperas.

33. Capacitar profissionais responsáveis pelo atendimento a vítimas de violência sexual e assegurar a disponibilidade de insumos e medicação para exames e procedimentos.
34. Divulgar amplamente as instâncias para encaminhar denúncias relacionadas ao atendimento à saúde da mulher, inclusive de violência obstétrica, como Ouvidorias, Conselhos de Saúde, Ministério Público, Central de Atendimento à Mulher ou Disque-Saúde, instituindo os fluxos das informações.
35. Garantir a responsabilização dos profissionais pelo não cumprimento de determinações relativas à humanização ou boas práticas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério.
36. Buscar a ampliação de recursos orçamentários para a área da saúde.
37. Rever os valores atribuídos pelo Sistema Único de Saúde à realização de procedimentos.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer a urgência para apreciação dos Projetos de Lei 21, de 2007; 3.935, de 2008; 1.480, de 2011; 123, de 2012; 6.567, de 2013; 7.585, de 2014; 7.633, de 2014.

Senhor Presidente:

Nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, requeremos urgência na tramitação dos seguintes projetos:

PL 21, de 2007, do Deputado Dr. Rosinha, que “dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas”.

PL 3.935, de 2008, do Senado Federal, que “acrescenta arts. 473-A a 473-C à Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para regulamentar a licença-paternidade a que se refere o inciso XIX do art. 7º da Constituição Federal”.

PL 1.480, de 2011, do Deputado Felipe Bornier, que “proíbe a cobrança de taxas para que um acompanhante assista ao parto em maternidades privadas”.

PLP 123, de 2012, do Deputado Darcísio Perondi, que “regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União. Revoga dispositivo da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012”.

PL 6.567, de 2013, do Senado Federal, que “altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências””.

PL 7.585, de 2014, do Senado Federal, que “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

PL 7.633, de 2014, do Deputado Jean Wyllys, que “dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicações ao Poder Executivo, relativas à realização de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guatemala para a redução das mortes maternas.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. sejam encaminhadas ao Poder Executivo as Indicações em anexo, sugerindo a realização de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guatemala para a redução das mortes maternas.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere a adoção de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guatemala para a redução das mortes maternas.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Brasil e Guatemala celebraram um ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica de 16 de junho de 1976 no sentido de incluir apoio tecnológico para implementar bancos de leite humano naquele país.

Debates recentes em nossa Comissão a respeito da questão da morte materna evidenciaram a grave situação enfrentada pela Guatemala. Tendo em vista que nosso país está adotando iniciativas e procedimentos com impacto extremamente positivo sobre o problema, sugerimos avaliar a possibilidade de estabelecer ajuste complementar a este acordo com o objetivo de colaborar na transferência de recursos e conhecimentos para apoiar aquele país no enfrentamento da morte materna, nos moldes do que estabelece a Rede Cegonha brasileira.

Encaminhamos sugestão nos mesmos moldes ao Ministério das Relações Exteriores.

Sala das Sessões, em de de 2014

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Sugere a adoção de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guatemala para a redução das mortes maternas.

Excelentíssimo Senhor Ministro das Relações Exteriores:

Brasil e Guatemala celebraram um ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica de 16 de junho de 1976 no sentido de incluir apoio tecnológico para implementar bancos de leite humano naquele país.

Debates recentes em nossa Comissão a respeito da questão da morte materna evidenciaram a grave situação enfrentada pela Guatemala. Tendo em vista que nosso país está adotando iniciativas e procedimentos com impacto extremamente positivo sobre o problema, sugerimos avaliar a possibilidade de estabelecer ajuste complementar a este acordo com o objetivo de colaborar na transferência de recursos e conhecimentos para apoiar aquele país no enfrentamento da morte materna, nos moldes do que estabelece a Rede Cegonha brasileira.

Encaminhamos sugestão nos mesmos moldes ao Ministério da Saúde.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicações ao Poder Executivo, relativas à adoção de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Haiti, para a redução das mortes maternas.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. sejam encaminhadas ao Poder Executivo as Indicações em anexo, sugerindo a adoção de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Haiti, para a redução das mortes maternas.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere a adoção de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Haiti, para a redução das mortes maternas.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Brasil e Haiti celebraram Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica no ano de 2004. A partir da ocorrência do terremoto devastador de 2010, as ações foram intensificadas, em especial no que se refere à saúde.

Nosso país está empenhado em apoiar a estruturação de programa de atenção básica à saúde e de implantação de bancos de leite naquele país. Assim, sob a ótica da saúde materno-infantil, sugerimos que seja incluído nos termos deste Acordo um ajuste complementar que contemple o apoio técnico e financeiro a ações para reduzir a mortalidade materna e neonatal, baseado na experiência da Rede Cegonha.

Encaminhamos sugestão nos mesmos moldes ao Ministério das Relações Exteriores.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere a adoção de ajuste ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Haiti, para a redução das mortes maternas.

Excelentíssimo Senhor Ministro das Relações Exteriores:

Brasil e Haiti celebraram Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica no ano de 2004. A partir da ocorrência do terremoto devastador de 2010, as ações foram intensificadas, em especial no que se refere à saúde.

Nosso país está empenhado em apoiar a estruturação de programa de atenção básica à saúde e de implantação de bancos de leite naquele país. Assim, sob a ótica da saúde materno-infantil, sugerimos que seja incluído nos termos deste Acordo um ajuste complementar que contemple o apoio técnico e financeiro a ações para reduzir a mortalidade materna e neonatal, baseado na experiência da Rede Cegonha.

Encaminhamos sugestão nos mesmos moldes ao
Ministério da Saúde.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao Procurador-Geral da República, relativa a ampliar a atuação do Ministério Público em relação à morte de mulheres por causas maternas.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Procurador-Geral da República a Indicação em anexo, sugerindo ampliar a atuação do Ministério Público em relação à morte de mulheres por causas maternas.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Sugere ampliar a atuação do Ministério Público em relação à morte de mulheres por causas maternas.

Excelentíssimo Senhor Procurador-Geral da República:

O Ministério Público Federal tem sido cada vez mais atuante em todos os aspectos ligados à saúde da população. Em especial, no que diz respeito à saúde da mulher, chamamos a atenção para a ocorrência de um número inaceitável de mortes de mulheres por causas maternas. Mais de 90% destas mortes são evitáveis, o que torna evidente a iniquidade de sua ocorrência e a desvalorização da mulher na sociedade. Muitas vezes, ainda, estão ligadas à violência, inclusive por parte de profissionais de saúde.

As mortes maternas acometem principalmente a população mais pobre, de menor escolaridade, negra, indígena, quilombola, que não recebe cuidados básicos de saúde como aferição de pressão arterial ou tratamento adequado de infecções simples, não tem acesso amplo e regular a métodos contraceptivos ou que se submete a procedimentos inseguros de aborto.

Um grande fator de risco para mulheres e recém-nascidos é a realização desnecessária de partos cirúrgicos. Um sinal bastante positivo foi a proposição de ação civil pública 0017488-30.2010.4.03.6100, em São Paulo, questionando os critérios e condutas da Agência Nacional de Saúde Suplementar a respeito do excesso de cesarianas e recomendando diversas medidas para coibir a prática.

Assim, é importante assegurar às mulheres a atenção de

qualidade para toda sua vida reprodutiva. O problema da morte materna é tão grave que constitui um Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que parece que nosso país não será capaz de cumprir.

Desta forma, sugerimos o engajamento ainda mais amplo do Ministério Público de todas as esferas no enfrentamento desta calamidade. A morte materna traz enorme ônus para a sociedade, aumenta as chances de o filho e seus irmãos morrerem ou serem abandonados e em geral, a família se desintegra.

O problema guarda inúmeras facetas sobre as quais a atuação do Ministério Público tem importância inquestionável, inclusive no cumprimento ao disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, no zelo ao respeito aos seus direitos, à investigação de descumprimento de normas de proteção e na participação em fóruns como o da Rede Cegonha e Perinatal. Desta maneira, sugerimos ampliar a atuação relacionada ao acompanhamento da morte materna junto aos gestores de saúde, profissionais e instituições privadas ou públicas de atenção à saúde da mulher, especialmente quanto à responsabilização dos atores envolvidos.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa à ênfase à humanização e à capacitação em urgências e emergências na formação de profissionais de saúde.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo a ênfase à humanização e capacitação em urgências e emergências na formação de profissionais de saúde.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Sugere a ênfase à humanização e capacitação em urgências e emergências na formação de profissionais de saúde.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Educação:

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos ligados à saúde, como Enfermagem ou Medicina, exigem a observância estrita das normas constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde. São estimulados os comportamentos éticos e a atualização permanente nos aspectos técnico-científicos.

No entanto, tem sido comum a opção pela tecnologia e pela medicalização dos procedimentos, tornando-se a relação com os pacientes distante, impessoal, mercantilista, negligente, quando não chega à violência. Isto tem sido denunciado com bastante frequência em relação especialmente a mulheres em trabalho de parto. A violência obstétrica, aliada à realização de um número inaceitável de intervenções, inclusive cesarianas, que aumentam o risco para mães e crianças, tem resultado em mortes maternas e neonatais. Assim, a ênfase à realização de partos fisiológicos é fundamental para formar profissionais dentro da visão das boas práticas.

Por outro lado, têm sido constatadas deficiências na formação de profissionais em condutas em casos de urgência e emergência, especialmente na área da Obstetrícia. O conhecimento sólido de como intervir nas mais diversas situações que implicam risco de vida é indispensável para qualquer profissional da saúde.

Assim, sugerimos que o respeito aos direitos da pessoa humana e as condutas adequadas para situações de urgência ou emergência sejam constantemente enfatizados ao longo dos cursos de formação de

profissionais para a área, de modo a se incorporarem de fato ao exercício profissional.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, sugerindo a intensificação do monitoramento da taxa de cesarianas como indicador de qualidade da assistência prestada às gestantes, nos sistemas público, privado e suplementar.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo a intensificação do monitoramento da taxa de cesarianas como indicador de qualidade da assistência prestada às gestantes nos sistemas público, privado e suplementar.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere a intensificação do monitoramento da taxa de cesarianas como indicador de qualidade da assistência prestada às gestantes, nos sistemas público, privado e suplementar.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Nosso país continua a ser um dos que mais recorre ao parto cesáreo. É constante a argumentação de que as gestantes receiam a dor do parto normal, e que o procedimento corresponde às conveniências dos profissionais de saúde.

No entanto, como essa Pasta bem salienta, a intervenção cirúrgica acarreta aumento de risco para a mãe e a criança e deve ter sua indicação restrita às situações nas quais, de acordo com evidências científicas, provar inequívocos benefícios. Já de longa data se estabeleceu a vigilância de partos cirúrgicos como indicador da qualidade da assistência às gestantes, o que foi reiterado pela Rede Cegonha.

Assim, sugerimos o monitoramento ainda mais próximo e a divulgação de taxas desagregadas de cesarianas, tanto na esfera pública quanto privada ou vinculada a planos e seguros de saúde, com a determinação de ajustes, cobrança de resultados e responsabilização efetiva.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, sugerindo o acompanhamento pré-natal para parceiros da mulher gestante nos sistemas público, privado e suplementar.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo o acompanhamento pré-natal para parceiros da mulher gestante nos sistemas público, privado e suplementar.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere o acompanhamento pré-natal
para parceiros da mulher gestante nos
sistemas público, privado e suplementar.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

No decorrer do período pré-natal, os parceiros entram em contato com o sistema de saúde diversas vezes acompanhando a mulher gestante. Vemos nessa presença uma oportunidade preciosa de oferecer atenção à saúde de um elo precioso da família.

A saúde do parceiro pode influenciar significativamente as condições da família. Como exemplos mais flagrantes, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, diabetes ou mesmo a necessidade de apoio psicológico ou orientação quanto a meios contraceptivos podem ser abordadas de forma proativa.

O parceiro ou parceira são elementos que precisam desfrutar da melhor condição possível de saúde para receber um recém-nascido na família. Assim, a ideia de adotar protocolos para realização concomitante ao pré-natal da mulher associa a questão prática à consolidação de direitos.

Acreditamos que a prática será extremamente positiva para a família brasileira e que sua concretização não demandará recursos vultosos. Assim, encaminhamos à consideração dessa Pasta a proposta, para que seja analisada a viabilidade de sua implementação.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao Conselho Federal de Medicina sugerindo a ênfase à humanização no atendimento e à adoção de condutas com base em evidências.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Conselho Federal de Medicina a Indicação em anexo, sugerindo a ênfase à humanização no atendimento e à adoção de condutas com base em evidências.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere a ênfase à humanização do atendimento e à adoção de condutas com base em evidências.

Excelentíssimo Presidente do Conselho Federal de Medicina:

Recentemente foi divulgada a declaração de que “nem mesmo auscultar pode ser preciso, mas a tecnologia, os exames complementares não podem ser colocados entre o médico e o paciente”.

Saudamos a postura demonstrada e gostaríamos de sugerir que a humanização do atendimento seja enfaticamente priorizada junto à comunidade médica. Durante os trabalhos desenvolvidos em Subcomissão destinada a analisar alguns aspectos da atenção às parturientes, chegaram a nós relatos de maus tratos a parturientes por parte de profissionais de saúde. Outra questão levantada tem relação com o grande número de partos cirúrgicos realizados no país.

O atendimento ao paciente com respeito aos direitos humanos deve ser o corolário de toda relação médico-paciente, a despeito da adversidade das condições enfrentadas, e está previsto nas normas éticas.

Quanto aos partos, associações de especialistas têm traçado normas baseadas em evidências a respeito das indicações específicas para a realização de cesarianas. A redução destes procedimentos, nos quais o Brasil supera todos os outros países, priorizando-se o parto fisiológico, certamente contribuirá para a diminuição de mortes maternas e neonatais.

Julgamos ainda extremamente oportuno o estímulo à educação continuada dos profissionais, e sugerimos que esta estratégia seja não apenas mantida, mas intensificada, principalmente no que diz respeito ao atendimento de urgência e emergência em Obstetrícia e à adoção de condutas baseadas em evidências científicas.

Assim, unindo-nos à posição adotada por esse Conselho, sugerimos que a adoção destes princípios seja reforçada junto aos profissionais, especialmente nos que ingressam na profissão, não apenas em relação a parturientes, mas a todo e qualquer ser humano sob seus cuidados.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

REQUERIMENTO

(Da Comissão de Seguridade Social e Família)

Requer o envio de Indicação ao Conselho Federal de Enfermagem sugerindo a ênfase à humanização no atendimento a pacientes, educação continuada e condutas em urgências e emergências.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada ao Conselho Federal de Enfermagem a Indicação em anexo, sugerindo a ênfase à humanização no atendimento a pacientes, educação continuada e condutas em urgências e emergências.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO
FORTALECIMENTO DA INFORMAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE
CONTAS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

**INDICAÇÃO Nº , DE 2014
(Da Comissão de Seguridade Social e Família)**

Sugere a ênfase à humanização do atendimento a pacientes, educação continuada e condutas em urgências e emergências.

Excelentíssimo Presidente do Conselho Federal de Enfermagem:

A humanização do desempenho das atividades da Enfermagem é um conceito que permeia todo o código de Ética das profissões a ela ligadas.

No entanto, diante de condições adversas de trabalho ou de situações estressantes como parto, podem ocorrer situações de maus tratos a pacientes. Alguns desses eventos nos chegaram ao conhecimento durante os trabalhos de Subcomissão destinada a analisar aspectos da atenção à mulher e à criança.

Assim, unindo-nos aos preceitos de respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos adotados pelo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, sugerimos que estes princípios sejam reforçados junto a essa classe, especialmente nos que estão em formação e aos que ingressam na profissão.

Outro ponto a ser salientado é o treinamento em condutas em situações de urgência e emergência, especialmente em Obstetrícia. É importante que os profissionais estejam constantemente preparados para essas situações, de acordo com diretrizes baseadas em evidências científicas. Assim, a educação continuada deve ser onipresente na vida profissional dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Sala das Sessões, em de de 2014.

Deputado João Ananias
Relator

CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conheça a Rede Cegonha. 2013a. Disponível online em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf Consultado em junho de 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Cegonha. 2013. Disponível online em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php Consultado em junho de 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resumen y Conclusiones Seminario de Parlamentarios de América Latina y el Caribe para la Garantía del Derecho a la Salud Reproductiva, Materna, Neonatal e Infantil. Brasília, Brasil, 4 y 5 de diciembre, 2013b. Disponível online em <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/12/Resumen-y-conclusiones.pdf> . Consultado em junho de 2014

BRASIL. CÁMARA DOS DEPUTADOS. Declaração de Compromisso dos Parlamentares da América Latina e do Caribe para Garantia do Direito a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil. Brasília, Brasil, 2013c. Disponível online em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/seminario-e-outros-eventos/ano-2013> Consultado em junho de 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2012. Disponível online em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf Consultado em junho de 2014.

BRASIL. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília-DF: IPEA; 2010. Disponível online em: <http://www.ipeadata.gov.br/> Consultado em maio de 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil tem uma das maiores taxas de cesarianas na saúde suplementar. Disponível online em http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp Consultado em maio de 2014.

BRASIL. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília, 2004. Disponível online em http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf . Consultado em maio de 2014

Fundação Perseu Abramo, SESC. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privado. Agosto de 2010. Disponível online em http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf Consultado em outubro/2014.

Garcia, LP et alii. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). 2013. Disponível online em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf Consultado em junho de 2014

KASSEBAUM, N.J.et alii. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. Maio, 2014. Disponível online em [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6) Consultado em junho de 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Seguimiento a nível nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados. OMS, 2009. Disponível online em

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596839_spa.pdf Consultado em junho de 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, 2010. Disponible online em http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1 Consultado em junho de 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Manteniendo promesas, evaluando los resultados: Comisión de información y rendición de cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños, 2011a. Disponible online em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243564326_spa.pdf Consultado em junho de 2014

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Transformar las Recomendaciones en Acción Plan de Trabajo. (traducción oficial- Octubre 2011). Septiembre del 2011b. Disponible online em <http://new.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2012/08/PLAN-DE-TRABAJO-MUNDIAL-SEPTIEMBRE-2011-traducccion-oficial.pdf> Consultado em junho de 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave. 51.º Consejo Directivo; 63.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011C. Disponible online em http://www.paho.org/clap/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D268%26Itemid%3D&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=yCCPU5_mCI6ysATmsYDgDg&ved=0CBoQFjAA&sig2=VKTGMEML9IM_xSJn7IXapA&usq=AFQjCNFMOhIY19k8RTyF7M-2dsfYWUwg7Q Consultado em junho de 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Reunión Regional para el Fortalecimiento de la Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños, la Antigua, Guatemala, 2012. Disponible online em <http://www.osarguatemala.org/userfiles/RELATORIA-v-4feb.pdf> Consultado em junho de 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SAÚDE (OPS/OMS). Declaración de Panamá: Una promesa renovada para las Américas: Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil. Declaración de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá, 2013b. Disponível online em <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/wp-content/uploads/2013/09/Dec-PAN-span.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Saúde Reprodutiva e Maternidade Saudável. Legislação Nacional em conformidade com o direito internacional dos Direitos Humanos. Washington, DC: OPAS, 2013c. Disponível online em <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/10/SR-portugues-10octubre-legal1.pdf> Consultado em maio de 2014

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS / UNICEF. Situação Mundial da Infância 2009. Saúde Materna e Neonatal. Disponível online em http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf . Consultado em 14.05.2014.

VICTORA, CG et alii. Saúde no Brasil 2 .Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet [serial online] 2011. Disponível online em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf> Consultado em maio, 2014

REPÚBLICA ARGENTINA - Ley Nacional Nº 25.929 – Parto Humanizado. Buenos Aires, 17 de setembro de 2004. Disponível online em http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf Consultado em junho de 2014

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de violencia. Caracas, 17 de setembro de

2007. Disponível online em <http://www.defensoria.gob.ve/dp/index.php/leyes-mujer-y-familia/1341> Consultado em junho de 2014

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley para Protección de las Familias, de la Maternidad y la Paternidad. Caracas, 20 de setembro de 2007. Disponível online em <http://www.defensoria.gob.ve/dp/index.php/leyes-mujer-y-familia/1343> Consultado em junho de 2014

República Oriental del Uruguay. Ley Nº 18.987. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo, 30 de outubro de 2012. Disponível online em <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=> Consultado em junho de 2014

CAPÍTULO VIII - ANEXO

DECLARACION DE COMPROMISO

Brasil, 4 y 5 de diciembre de 2013 Câmara Federal de Brasil

Nosotros, los parlamentarios y parlamentarias de la región de América Latina y el Caribe, participantes en el ***Seminario de Parlamentarios de América Latina y el Caribe para la garantía del Derecho a la Salud Reproductiva, Materna, Neonatal e Infantil***, que se llevó a cabo los días 4 y 5 de diciembre de 2013 en la Câmara Federal de Brasil.

La salud reproductiva y la maternidad saludable son derechos humanos y sin embargo en la Región cada año más de 9 mil mujeres pierden su vida por razones relacionadas a la maternidad, y que entre 70 mil y 80 mil niños mueren durante los primeros 28 días (el 60% de esas muertes son prevenibles con atención adecuada). Esta reunión se realiza en un momento importante clave, a dos años de cumplirse el plazo acordado por los Presidentes y Jefes de Estado para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM), las cifras tanto a nivel global como de la región de América Latina y el Caribe (ALC) muestran poco viable el logro de las metas del ODM 5 que concierne a la reducción de la mortalidad materna y al aumento de acceso a salud reproductiva.

Nos reunimos con la finalidad de generar un diálogo, construir alianzas, y movilizar la voluntad política necesaria para la implementación del Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave en la región de América Latina y el Caribe. Dentro de este marco hemos compartido experiencias de más de diez países para reducir el número de muertes maternas en América Latina y el Caribe.

Estamos en un momento crucial, cuando se está definiendo un nuevo marco internacional de desarrollo encaminado la agenda post 2015, y que los parlamentos necesitan fortalecer y tener un rol más activo para construir marcos legislativos favorables a la prevención de la mortalidad

materna y neonatal evitables y contribuir a la implementación de la rendición de cuentas de todos los actores.

Tomando en cuenta,

- La *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños* convocó a la creación de *La Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Salud de las Mujeres y los Niños* (CoIA, por su sigla en inglés) con el propósito de que elaborara un marco de rendición de cuentas conducente a mejorar la efectividad de los recursos destinados a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI) y su contribución a la reducción de inequidades y al avance en la igualdad de género e interculturalidad. El marco de rendición de cuentas se sustenta en el derecho de las mujeres y los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados e incluye diez recomendaciones dirigidas a mejorar el monitoreo, evaluación y la toma de decisiones sobre la base de la información que surge de los procesos de evaluación.
- La *Resolución de la Unión Inter-Parlamentaria Mundial (IPU)* adoptada en la 126ª Asamblea en abril de 2012 llama a los parlamentos a “introducir o elaborar legislación que garantice el acceso equitativo a los servicios de salud para todas las mujeres y los niños sin discriminación y a proveer servicios básicos de salud para todas las mujeres embarazadas y para los niños”.

Compromiso

Nosotros, los parlamentarios y parlamentarias, presentes aquí en Brasilia, nos comprometemos desde nuestros cargos y responsabilidades a:

Exigir a los gobiernos de la región que cumplan con los compromisos nacionales e internacionales suscritos en los diferentes foros regionales y en las distintas conferencias internacionales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), Beijing, la ODMs, entre otros, en el marco de las necesidades y condiciones propias de cada país.

Participar activamente y dar soporte legislativo a las acciones que promuevan la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como acciones que promuevan mejorar el acceso universal a la salud y específicamente de la calidad de la atención de la salud materna y perinatal.

Esto incluye pero no se limita a:

1. A seguir generando acciones y a involucramos en las revisiones nacionales dirigidas a garantizar la salud de las mujeres y los niños.
2. Promover acciones parlamentarias que garanticen la transparencia y disponibilidad de la información sobre salud sexual y reproductiva
3. Abogar por presupuestos públicos específicos con perspectiva de género, para lograr y mejorar la cobertura universal en salud y contemplar la gratuidad de estos servicios para las poblaciones más vulnerables.
4. Servicios de salud de calidad, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, atención del embarazo, parto, pós-parto y assistência integral del recién nacido por personal calificado.

Trabajar en colaboración y con el apoyo técnico de las distintas agencias de naciones unidas, en particular la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como con las redes regionales de parlamentarios como el Grupo Parlamentario Interamericano (GPI) para avanzar la agenda de salud y grupos de trabajo como el GTR y con la sociedad civil para contribuir con la reducción de la mortalidad materna, infantil y neonatal.