

CPI

MORTALIDADE

MATERNA

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	3
AGRADECIMENTOS	4
REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO.....	5
COMPOSIÇÃO.....	6
OBJETIVOS.....	7
CAPÍTULO I - MORTE MATERNA E FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS	8
CAPÍTULO II - CARACTERIZANDO O PROBLEMA	21
CAPÍTULO III - PERFIL DAS VÍTIMAS DE MORTE MATERNA.....	44
CAPÍTULO IV - ASPECTOS DE SAÚDE	54
CAPÍTULO V - ASPECTOS PROFISSIONAIS	70
CAPÍTULO VI - PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE	79
CAPÍTULO VII - AÇÕES GOVERNAMENTAIS.....	84
CAPÍTULO VIII - AÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA	96
CAPÍTULO IX - RESUMO DOS DEPOIMENTOS.....	100
CAPÍTULO X - CONCLUSÕES	190
CAPÍTULO XI - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENCAMINHADOS.....	260

APRESENTAÇÃO

Tenho a honra de submeter à Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil o relatório que representa o trabalho realizado pelos parlamentares integrantes no sentido de traçar o perfil das mortes maternas no país, suas causas e condicionantes, apontando recomendações para eliminar o problema.

Estas notas refletirão o intrincado problema social que se traduz na infeliz ocorrência destas mortes e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para abranger todas as peculiaridades da questão.

Brasília, de agosto de 2001

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

AGRADECIMENTOS

Manifestamos nossos mais profundos agradecimentos a todos os membros da CPI que participaram com dedicação de todos os trabalhos, debates e audiências, contribuindo imensamente, com suas vivências e opiniões, para a confecção mais real do quadro das mortes maternas no país.

Agradecemos a todas as Assembléias que nos receberam com eficiência e carinho nas diligências realizadas em outros estados.

A todos os nossos convidados e às pessoas, organizações e instituições que colaboraram, encaminhando documentos, dados, informações, depoimentos, sugestões e vivências, no intuito de enriquecer o perfil que traçamos, possibilitando que ele se aproximasse mais da realidade, nosso mais profundo reconhecimento.

Agradecemos ainda aos funcionários da Casa que prestaram apoio ao nosso trabalho.

REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO

REQUERIMENTO DE CPI Nº 22, DE 1996 (Da Sra. Deputada FÁTIMA PELAES e Outros)

Requer a criação de CPI com a finalidade de investigar a incidência de mortalidade materna no Brasil

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do § 3º do artigo 5º da Constituição Federal e na forma do artigo 35 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a instituição de Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar a grande incidência de Mortalidade Materna no Brasil.

JUSTIFICAÇÃO

Segundo o Plano de Ação para a redução da mortalidade Materna elaborado pelo Ministério da Saúde, a cada ano, um grande contingente de mulheres ainda jovens morem vítimas causas relacionadas à gravidez.

Dados estatísticos revelam que o Brasil é o quinto país latino-americano onde esse problema é ainda maior, registrando 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, com causas relacionados à falta de atendimento no período pré-natal, no parto e no puerpério imediato.

Em vista disso, impõe-se uma completa investigação dos dados apontados, justificando plenamente a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito, respaldada pelas assinaturas que acompanham esta proposição.

Sala das Sessões, em 23 de maio de 1996.

Deputada FÁTIMA PELAES

COMPOSIÇÃO

PRESIDENTE: [FÁTIMA PELAES](#) (PSDB)
1º VICE-PRESIDENTE: [ALMERINDA DE CARVALHO](#) (PFL)
2º VICE-PRESIDENTE: [IARA BERNARDI](#) (PT)
3º VICE-PRESIDENTE: [DR. BENEDITO DIAS](#) (PPB)
RELATOR: [ELCIONE BARBALHO](#) (PMDB)

TITULARES	SUPLENTE
Bloco PSDB, PTB	
FÁTIMA PELAES (Gab: 203 / 4) - AP	EDUARDO BARBOSA (Gab: 540 / 4) – MG
LIDIA QUINAN (Gab: 223 / 4) - GO	FLÁVIO ARNS (Gab: 850 / 4) – PR
MARIA ABADIA (Gab: 562 / 4) - DF	MARISA SERRANO (Gab: 237 / 4) – MS
MARINHA RAUPP (Gab: 614 / 4) - RO	YEDA CRUSIUS (Gab: 956 / 4) – RS
Bloco PMDB, PST, PTN	
ANA CATARINA (Gab: 213 / 4) - RN	MARCELO BARBIERI (Gab: 910 / 4) – SP
ELCIONE BARBALHO (Gab: 919 / 4) - PA	NAIR XAVIER LOBO (Gab: 941 / 4) – GO
GEOVAN FREITAS (Gab: 580 / 3) - GO	1 vaga(s)
PFL	
ALMERINDA DE CARVALHO (Gab: 936 / 4) - RJ	CELCITA PINHEIRO (Gab: 528 / 4) – MT
KÁTIA ABREU (Gab: 309 / 4) - TO	LAURA CARNEIRO (Gab: 516 / 4) – RJ
NICE LOBÃO (Gab: 215 / 4) - MA	1 vaga(s)
PT	
ANGELA GUADAGNIN (Gab: 285 / 3) - SP	ARLINDO CHINAGLIA (lic.)* (Gab: /) - SP
IARA BERNARDI (Gab: 360 / 4) - SP	DR. ROSINHA (Gab: 474 / 3) – PR
PPB	
ALCIONE ATHAYDE (Gab: 719 / 4) - RJ	ANTONIO JOAQUIM ARAÚJO (Gab: 202 / 4) – MA
DR. BENEDITO DIAS (Gab: 574 / 3) - AP	1 vaga(s)
PDT	
MIRIAM REID (PSB) (Gab: 950 / 4) - RJ	DR. HÉLIO (Gab: 734 / 4) – SP
Bloco PSB, PC do B	
JANDIRA FEGHALI (Gab: 443 / 4) - RJ	TELMA DE SOUZA (PT) (Gab: 467 / 3) – SP
Bloco PL, PSL	
ROBÉRIO ARAÚJO (Gab: 581 / 3) - RR	PHILEMON RODRIGUES (Gab: 226 / 4) – MG
PPS	
IVAN PAIXÃO (Gab: 216 / 4) - SE	REGIS CAVALCANTE (Gab: 724 / 4) – AL

Secretário(a): Francisco da Silva Lopes filho
Local: Anexo II, Sala 151 - B
Telefones: 318-7066/318-7055

*(lic.) = deputado(a) licenciado(a)

OBJETIVOS

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL QUANTO AOS INDICADORES, IRREGULARIDADES, CAUSAS E DEMAIS FATORES DETERMINANTES;

ANÁLISE DAS NORMAS, PROCEDIMENTOS E POLÍTICAS ENVOLVENDO A SAÚDE DA MULHER;

IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE COMBATE À MORTALIDADE MATERNA NAS DIFERENTES REGIÕES DO PAÍS, AVERIGUANDO AS NEGLIGÊNCIAS, OMISSÕES E INSUFICIÊNCIAS NA EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS;

EVOLUÇÃO DOS IMPACTOS DAS DIFERENTES POLÍTICAS E EXPERIÊNCIAS SOBRE A MORTALIDADE MATERNA NOS CAMPOS NACIONAL E INTERNACIONAL

APRESENTAÇÃO DE SUBSÍDIOS E CONTRIBUIÇÕES PARA A REVISÃO DA POLÍTICA DO SETOR SAÚDE, NA ÁREA DA MORTALIDADE MATERNA.

CAPÍTULO I - MORTE MATERNA E FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS

Nos países desenvolvidos, as mortes maternas estão se tornando cada vez mais raras desde os anos 40. O mesmo não se observa em países em desenvolvimento, onde os direitos fundamentais das mulheres são constantemente escamoteados.

A Constituição de 1988 representou uma conquista inestimável no campo do reconhecimento dos direitos e da igualdade entre os cidadãos, entre homens e mulheres. Em vários artigos estão garantidas prerrogativas que até hoje não foram plenamente concretizadas, apesar de insculpidas na Carta Magna. Salientamos alguns destes pontos, por serem estritamente associados ao tema de nosso trabalho.

Uma das primeiras garantias está expressa no artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Assim, as mulheres são iguais aos homens, tanto em direitos como em deveres. Dispôs-se que “ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante” – e consideramos que, em muitas vezes, a assistência prestada às mulheres pode ser assim classificada.

O artigo 6º consagra os direitos sociais: “a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Quanto ao trabalho, são garantidas a licença à gestante e a proteção do mercado de trabalho feminino. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm como competência comum (artigo 23) cuidar da saúde e assistência pública; proporcionar meios de acesso à cultura, à educação e à ciência; promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos.

Em seguida, no Título VIII, temos que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência

e à assistência social” e enfatiza especialmente a cobertura e o atendimento universais e a uniformidade nos serviços prestados às populações urbanas e rurais.

A saúde é reconhecida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” . A rede dos serviços públicos de saúde deve ser descentralizada, prestar atendimento integral, priorizando atividades preventivas – sem prejuízo dos serviços assistenciais, e contar com a importante participação comunitária.

Do mesmo modo, a Previdência Social deve atender, nos termos da lei, “a *proteção à maternidade, especialmente à gestante*” (artigo 201) e a Assistência Social (artigo 203) tem por objetivo, *inclusive “a proteção à família, à maternidade, à infância*”. A educação também constitui um dever do Estado e um direito de todos, e deve visar ao preparo para o exercício da cidadania. O artigo 226 declara que “a *família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado*”. Seu parágrafo 7º trata do direito ao planejamento familiar:

“§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito”.

O artigo 227 considera dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com prioridade absoluta, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à convivência familiar. O parágrafo 1º determina que o Estado promova programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, garantindo a aplicação de percentual de recursos públicos destinados à saúde em assistência materno-infantil.

Esta breve enumeração apenas das cláusulas constitucionais já permite aquilatar a profundidade e a extensão dos direitos concedidos pelo Constituinte a cada cidadão. As garantias necessárias para atender à definição ampla de saúde “o estado de pleno estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades” podem todas ser encontradas no texto da Carta Magna. Praticamente todos os outros pontos de desigualdades sociais e de garantias de acesso à educação são enfrentados pela Lei Maior.

No entanto, passada mais de uma década, podemos reconhecer que os progressos existiram, mas não na medida em que obriga a Constituição, não na medida em que o Brasil necessita. A despeito do discurso constante de apoio às causas sociais e sanitárias, o que tem sido observado ao correr dos anos é a crônica falta de recursos para implementar o ideal tão sonhado. O descumprimento de todos estes preceitos que mencionamos é flagrante quando se analisa a trama de fatores que concorrem para que as mulheres morram injustificadamente em consequência da gravidez, do parto e do puerpério.

Para todas as mazelas sociais, para a baixa renda e escolaridade, para a má qualidade da assistência à saúde e à dificuldade de acesso existe a previsão correspondente na Constituição Federal. A eliminação da pobreza e a inclusão social também foram contempladas. A igualdade de direitos e condições da mulher é reconhecida. Para a proteção à família e para a garantia da convivência familiar, define-se a obrigação. A reflexão que deve ser aprofundada é: como esta CPI pode concorrer para concretizar estes direitos mais do que claros de cada uma das pessoas deste país? Como viabilizar a implementação destas políticas de inclusão social?

COMPROMISSOS INTERNACIONAIS

Já desde o século XIX que a comunidade internacional tem se preocupado em discutir normas relativas à condição da mulher que sejam consensuais entre os países participantes, estabelecendo compromissos comuns que visam a harmonizar e criar um consenso sobre direitos fundamentais derivados da especificidade da condição de gênero.

O Brasil é signatário de vários acordos internacionais que remetem, direta ou indiretamente, à questão da maternidade. Entretanto, é bastante evidente que há um desconhecimento geral da sociedade sobre o alcance dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil nessa área embora sejam direitos que podem ser reclamados.

São dois os tipos de compromissos firmados pelo governo brasileiro perante a comunidade internacional. Primeiro, há compromissos que criam obrigações jurídicas propriamente ditas para o País: são os **tratados, acordos, convenções ou atos internacionais** que exigem a ratificação para que entrem em vigor no território nacional e sejam reconhecidos

internacionalmente como uma obrigação do País. Por meio dos acordos, dá-se efeito jurídico e força obrigatória aos direitos reconhecidos.

O processo de ratificação, no Brasil, conta com a participação do Poder Legislativo ao qual cabe resolver definitivamente sobre acordos, tratados ou atos internacionais, nos termos do art. 49. I, da Constituição Federal. Sendo aprovado pelo Congresso Nacional, o ato internacional deverá ser publicado pelo Poder Executivo no Diário Oficial, passando a integrar o ordenamento jurídico brasileiro com *status* equivalente ao de lei ordinária.

Em virtude da incorporação dos acordos internacionais ao ordenamento jurídico brasileiro, o não cumprimento de dispositivos neles contidos por parte de autoridades públicas nacionais implica em crime de responsabilidade, nos termos do art. 85, VII, da Constituição Federal e da lei nº 1.079, de 1950.

Outro tipo de compromisso internacional decorre da participação do Brasil em **conferências internacionais** cujo resultado é apresentado na forma de uma declaração final. Tais declarações não criam obrigações jurídicas para os países signatários. Seu objetivo é criar consenso internacional sobre as matérias discutidas e definir objetivos comuns a todos mas deixa a cada país a responsabilidade de implementar os princípios e programas aprovados pela Conferência com parte de suas políticas públicas. Trata-se de um compromisso político, sem caráter jurídico, que é de suma importância para o desenvolvimento futuro de acordos mais específicos na área abrangida.

I - ACORDOS INTERNACIONAIS

A preocupação com os direitos da mulher e os direitos reprodutivos nascem no próprio processo de reconhecimento dos direitos humanos em geral. Os acordos internacionais existentes sobre a matéria em questão são anteriores às conferências e constituem marcos para estabelecer princípios fundamentais relativos à proteção à maternidade. Podemos apontar como eixo central do reconhecimento de direitos a idéia de que **a reprodução é uma função social que deve ser protegida pela sociedade**. Embora a gravidez, o parto e o aleitamento sejam, por razões biológicas, domínio da mulher, a proteção à maternidade diz respeito à sobrevivência e à qualidade de vida da própria espécie humana. Decorre desse princípio que a mulher não pode ser discriminada em função da maternidade e esta deve ser protegida pela sociedade por meio de leis e por políticas públicas adequadas.

Esses princípios estão demarcados em dois acordos internacionais ratificados pelo Brasil que se referem à proteção da maternidade.

1. Convenção nº 103 da OIT sobre Amparo à Maternidade, de 1952

A Organização Internacional do Trabalho – OIT foi pioneira na adoção de um instrumento relativo à proteção da maternidade. Já em 1919, foi aprovada a Convenção no. 3 que trata da matéria e que seria, posteriormente, substituída pela Convenção no. 103, de 1952, sobre Amparo à Maternidade.

A Convenção 103 da OIT reconhece o direito à licença maternidade para a mulher trabalhadora, com duração mínima de 12 semanas devendo uma parte da licença ser tirada obrigatoriamente depois do parto (art. III, 1 e 2).

Prevê também o texto convencional a adoção dos seguintes direitos na legislação dos Estados Partes:

- licença pré-natal suplementar em caso de doença resultante da gravidez (art. III, 5);
- prorrogação da licença após o parto em caso de doença deste decorrente (art. III, 6);
- direito a “prestações em espécie” e assistência médica durante a licença e também assistência pré-natal, durante e após o parto (art. IV, 1 e 3);
- direito à interrupções do trabalho para amamentação que devem ser computadas na duração do trabalho e remuneradas como tais (art. V, 2);
- proíbe a demissão do trabalho durante a licença maternidade (art. VI).

A Convenção 103 da OIT foi revista na 88^a Assembléia Geral do organismo, realizada em junho de 2000, sendo substituída pela Convenção no. 183. Entretanto, o texto da Convenção 103 continua em vigor no Brasil pois o País não ratificou a nova Convenção sobre a matéria.

Nas discussões na OIT que levaram à revisão da Convenção 103, o principal argumento utilizado dizia respeito ao baixo número de

ratificações do texto antes em vigor, considerado por alguns muito rígido. Note-se que o Brasil garante direitos bem mais amplos à gestante do que os mínimos previstos na Convenção 103. As modificações efetuados tiveram como preocupação “flexibilizar” algumas das normas previstas, permitindo sua adequação às diferentes realidades nacionais.

Em termos gerais, a Convenção 183 sobre Proteção à Maternidade mantém os mesmos direitos já conferidos pela Convenção 103, ampliando alguns dispositivos:

- reconhecimento da licença maternidade remunerada (ampliada de 12 para um mínimo de 14 semanas), devendo necessariamente ser de 6 semanas o prazo mínimo para usufruto no período pós-parto (art 4, parágrafos 1 e 4; e art. 6);
- atendimento médico obrigatório no período pré-natal, no parto e no pós-natal (art. 6, parág. 7);
- proíbe demissão da mulher durante a gravidez e no período subsequente ao parto (art. 8, parág. 1);
- proibição do pedido de teste de gravidez para admissão em emprego (art. 9, 2);
- garante a interrupção ou redução de horas de trabalho para a amamentação, mantendo a remuneração integral da trabalhadora (art. 10).

Embora haja aparentes ganhos na Convenção revisada (de nº 183), a preocupação em torná-la mais flexível acaba abrindo margens para que haja redução nas garantias anteriormente conferidas, nos seguintes pontos:

- permite que um país, ao ratificar a Convenção, exclua da proteção à maternidade algumas categorias de trabalhadoras (art. 2, parág. 2);
- ao delimitar um tempo mínimo de 6 semanas de usufruto da licença maternidade no período pós-parto, o texto abre a possibilidade de que isso seja modificado caso haja acordo entre o governo e as entidades representativas de trabalhadores e empregadores (art.

4, parág. 4);

- a proibição da demissão durante a gravidez e a licença maternidade contém uma ressalva admitindo a demissão por razões distintas da gravidez e licença que devem ser provadas pelo empregador (art. 8, 1).

Ressaltamos que também em relação à Convenção 183, a legislação brasileira é mais avançada. Entretanto, as nuances que permitem, na prática, a denegação de direitos já conquistados indicam que o novo texto aprovado na OIT tende a se chocar com a legislação nacional, constituindo um retrocesso em relação às normas hoje existentes.

2) Convenção Sobre A Eliminação De Todas As Formas De Discriminação Contra A Mulher, de 1979

Já em seu preâmbulo, o texto da Convenção reconhece “a importância social da maternidade e a função tanto do pai quanto da mãe na família e na educação dos filhos” e que “o papel da mulher na procriação não deve ser causa de discriminação”.

A referida Convenção condena todas as formas de discriminação contra a mulher e reconhece a validade de ações afirmativas para eliminar essa discriminação e impulsionar a igualdade. O texto frisa que as medidas especiais destinadas a proteger a maternidade não são consideradas discriminatórias (art. 4).

Entre as medidas concretas que deverão ser adotadas pelos Estados Partes para assegurar à mulher condições de igualdade com os homens, o texto estabelece o reconhecimento de vários direitos à mulher e imputa obrigações aos Estados em relação à maternidade:

- a proibição , sob pena de sanções, da dispensa da mulher por motivo de gravidez ou licença maternidade (art. 11,2,a);
- o direito à proteção da saúde e à segurança das condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função reprodutiva (art. 11,1,f);
- implantar a licença maternidade com recebimento de

salário ou de prestações sociais comparáveis, sem perda do emprego, da antigüidade e dos benefícios sociais (art. 11,2,b);

- prestar proteção especial à mulher durante a gravidez nos tipos de trabalho que possam ser prejudiciais a ela (art. 11,2,d);
- garantir à mulher serviços apropriados quanto à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando serviços gratuitos quando forem necessários e lhe assegurando uma nutrição adequada durante a gravidez e a amamentação (art. 12,2).

Ressaltamos, ainda que a **Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989**, também estabelece o compromisso dos Estados Partes em relação à maternidade nos dispositivos em que obrigam os países a “assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal” e a “assegurar que todos os setores da sociedade, em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação (...)”- (art. 24, 2, letras “d” e “e”).

II - CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

Tratamos, neste tópico, das reuniões internacionais nas quais o governo brasileiro esteve presente e que, de alguma forma, trataram da questão da maternidade.

Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, 1987. Nairóbi

A Conferência de Nairóbi colocou em pauta a morte de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério. Sua importância foi chamar a atenção para a gravidade do fato em âmbito mundial. Nesta ocasião, firmou-se a decisão de reduzir, até o ano 2000, em 50% o número de mortes maternas existentes em 1985.

2) 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana - 1990

Nesta Conferência, o Brasil comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna em 50% no decorrer da década, conforme o Plano de Ação

Regional para a Redução da Mortalidade Materna, da Organização Panamericana de Saúde – OPS.

3) Cúpula Mundial em Favor da Criança - 1991

A Cúpula em Favor da Criança determinou a redução das causas da mortalidade materna e infantil e estabeleceu metas para cumprimento pelos Estados.

4) Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo) - 1994

O Brasil adotou o Plano de Ação da Conferência do Cairo que não considera o aumento da população como causa da pobreza, rejeitando as práticas de controle da natalidade, reafirmando o direito à liberdade e aos direitos humanos no exercício da sexualidade, concepção e anticoncepção. Em decorrência desse fato, foi criada a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, no Ministério do Planejamento.

5) 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing) - 1995

Uma das principais preocupações da Conferência de Beijing foi a desigualdade em matéria de atenção para saúde e serviços afins. Houve grande destaque para os temas relativos à saúde da mulher. A Conferência declara o direito da mulher de desfrutar o mais elevado nível de saúde, que não se resume somente à ausência de enfermidades mas significa o estado de bem-estar emocional, social e físico, para o qual contribuem fatores biológicos, sociais, políticos e econômicos. Para atingir este estado, é imprescindível que exista igualdade entre homens e mulheres de todo o mundo.

A desigualdade no acesso da mulher aos serviços de atendimento básico, em todas as áreas, inclusive de proteção, promoção e manutenção da saúde é real e palpável. A Conferência reconhece o direito do controle sobre a própria vida reprodutiva e sobre a fertilidade que acrescenta os riscos inerentes à função reprodutora. O aborto em más condições é visto como um problema de saúde pública e representa risco maior para mulheres pobres e jovens. Outro fator que pode contribuir para a melhora da saúde da mulher, na visão adotada pela Conferência, é o compartilhamento da responsabilidade reprodutiva com o homem, o que acontece bastante esporadicamente.

Em junho de 2000, foi realizada uma Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU para avaliar o andamento das medidas acordadas pela 4^a Conferência Mundial sobre a Mulher. As recomendações sobre direitos reprodutivos e saúde foram mantidas, sugerindo-se a revisão de leis sobre o aborto. Aprofundaram-se as recomendações sobre mortalidade materna e saúde de adolescentes, além de Aids.

PERFIL SOCIAL DA MULHER

A transformação do mundo, que avança no conhecimento científico, acontece ao mesmo tempo em que se observa o aumento do desemprego e o aprofundamento da exclusão social.

Em nosso país, a Política Nacional de Assistência Social tem por objetivo proteger “pessoas e grupos que se encontram em estado permanente ou temporário de necessidade, em razão de privação econômica ou de outros fatores de vulnerabilidade”, segundo trabalho de Antônio Carlos Costa, citado no documento “Política Nacional de Assistência Social”, do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Toda a proposta desta política envolve as características vistas no decorrer dos trabalhos como provocadoras de risco para a morte materna. Ela prioriza a análise de indicadores de renda, educação e saúde, básicos para o desenvolvimento humano.

Quanto à renda, na década de 80 foi observada uma grande tendência à concentração de renda, quando se interrompeu o crescimento econômico e a redução da pobreza. Segundo o Instituto de Planejamento Econômico Aplicado – IPEA, em 1990, os 20% mais ricos da população auferiam 65% do total da renda nacional, enquanto os 50% mais pobres, apenas 12%. Nestes mesmos anos, a pobreza abandona sua característica rural e passa a ser urbana, em virtude da migração para as grandes cidades, principalmente periferias.

Mais recentemente, vem sendo constatada uma melhora no nível geral das condições de vida, embora a disparidade entre a distribuição de renda tenha se aprofundado.

A Região Nordeste concentra o maior contingente de pobres do país (considerados aqueles que têm renda per capita de até meio

salário mínimo). Em 2000, a projeção é de que exista um total de 35,8 milhões de pobres (21% da população), com 43% do Nordeste, seguido pela Região Norte, com 18%, Centro-Oeste, 16% e Sul, 15%.

O papel da mulher na sociedade também mostra desvantagens. As mulheres são mais pobres do que os homens e ganham salários muito inferiores aos masculinos em funções correspondentes. Em 1990, as mulheres ganhavam 63% dos salários dos homens. Pesquisa do DIEESE divulgada em 2001 mostrou que, em seis metrópoles brasileiras, as mulheres ganham, em média, 64% do salário para homens que executam o mesmo trabalho. Além disto, as mulheres negras ganham 37,6% menos que as brancas.

Tem sido observado ainda o crescimento das famílias cuja chefe é mulher, em virtude da sua participação crescente no mercado de trabalho, ao aumento da pobreza e ao maior número de separações, além da grande migração masculina. De 1991 a 1996, este número passou de 18,1% para 20,7%, segundo dados do IBGE, e teve aumento mais substancial na Região Norte.

Outra questão que traz reflexos sobre a mortalidade materna é a pouca escolaridade. No país, houve a redução do analfabetismo e o aumento da escolaridade média da população. Esta, no entanto, continua inferior em dois anos à dos países mais ricos da América Latina. Mais uma vez os estados nordestinos apresentam situação pior, com cerca de 70% de alfabetização. A média de anos de estudo completados é de 6,01 nas cidades e 3,08 nas áreas rurais, de acordo com análises que subsidiaram o estabelecimento da Política Nacional de Assistência Social.

28% das pessoas ocupadas ganham até um salário mínimo e têm em média 4 anos de estudo.

O perfil demográfico apresenta como importante a queda de 35% na taxa de fecundidade da população no período de 1980 a 1996, mais acentuada nas regiões Norte e Nordeste. No Norte, passou de 6,4 filhos por mulher para 4,1, e no Nordeste, de 6,1 para 3,7. Isto ocorreu em um contexto de ampliação da participação da mulher na força de trabalho e devido a um maior uso de métodos anticoncepcionais, principalmente da esterilização cirúrgica.

Em 1991 requereu-se a criação de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar a esterilização em massa de mulheres no

Brasil. Dados correspondentes a pesquisa de âmbito nacional realizada em 1986 pelo IBGE mostrava que 5.900.238 mulheres de 15-54 anos estavam esterilizadas, o que representava 15,8% do total de mulheres desta faixa etária (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – Relatório Final, 1993). Por meio desta pesquisa, constatava-se que 31,1% das mulheres em união, naquela mesma faixa, estava esterilizada. À época, 27% das mulheres em idade fértil eram esterilizadas. Esta Comissão funcionou no ano de 1992, e apresentou um importante projeto de lei sobre planejamento familiar, além de diversas recomendações.

Muitas das suas constatações continuam a ser motivo de preocupação na atualidade: a falta de informação e acesso a métodos anticoncepcionais reversíveis, o recurso excessivo ao parto cirúrgico como pretexto para realizar a laqueadura tubária. Houve a denúncia do absurdo uso eleitoral desta prática, e por fim, o desrespeito à integridade e à dignidade da mulher.

A Comissão Especial destinada ao estudo das medidas que visem implementar, no Brasil, as decisões da IV Conferência Mundial da Mulher (Conferência da Mulher) desenvolveu seus trabalhos em 1997. Ela havia identificado muitos aspectos que serão aprofundados aqui. Dentre suas recomendações incluiu-se a imediata instalação de CPI para investigar a mortalidade materna, cujo requerimento datava de 1996.

DEFINIÇÕES E PARÂMETROS

A Organização Mundial de Saúde – OMS, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em 1994, define morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. Este coeficiente é expresso para cada 100.000 nascimentos vivos, em um determinado local e período. A obtenção do número real tanto destes nascimentos quanto dos óbitos é revestida de percalços, que falseiam as estatísticas, como veremos a seguir.

É importante situar também as causas obstétricas diretas e indiretas, segundo a definição da CID-10. Mortes obstétricas diretas são “resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério devidas a

intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultante de qualquer uma das causas acima mencionadas”. Podem ser incluídas as causas mais frequentes como doenças hipertensivas (incluindo eclâmpsia, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP), hemorragias e infecção puerperal – quase todas elas passíveis de prevenção.

Mortes obstétricas indiretas são “as que resultam de doença prévia da mãe ou doença desenvolvida durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”. Estas incluem as mulheres que já são portadoras de patologias, devendo ser consideradas, de início, como gestantes de risco e acompanhadas com mais cuidado. Citamos como exemplo o diabetes, a hipertensão arterial ou doenças cardiovasculares.

Embora atualmente em desuso, por muito tempo adotaram-se, para fins de comparação, índices sugeridos pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a Taxa de Mortalidade Materna de diversos países. O ideal é que o número destas mortes fosse igual a zero. No entanto, intervêm as causas inevitáveis, que, no entanto, devem causar o menor número possível de óbitos. Nos países desenvolvidos, atualmente, a taxa de mortalidade materna oscila entre 4 e 10. Estes conceitos consideravam as seguintes taxas:

Baixa – até 20/100.000 nascidos vivos (NV)

Média – 20 a 49/100.000 NV

Alta – 50-149/100.000 NV

Muito alta – maior que 150/ 100.000 NV

CAPÍTULO II - CARACTERIZANDO O PROBLEMA

A maternidade segura é um direito de toda mulher. Não se concebe que filmes e novelas apresentem partos dolorosos e que mostrem a aceitação com naturalidade de mortes das parturientes, como se sofrimento e morte fossem fenômenos indissociáveis da qualidade feminina da procriação. A morte materna é, sim, um fenômeno de exceção, que reflete de modo extremamente doloroso a desorganização e a má qualidade da assistência prestada à saúde da mulher em uma fase crucial e delicada de sua vida. Ela é ainda mais cruel na medida em que significa um desperdício de vidas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde “se as mortes maternas se produzissem de forma visível, provocariam um clamor popular em todos os países, mas essas mortes se produzem em países empobrecidos, em áreas periféricas e em mulheres socialmente marginalizadas e nunca figuram nas primeiras páginas dos jornais”. Segundo a OMS, mais de quatro milhões de recém-nascidos morrem a cada ano como resultado de gestações e partos mal conduzidos, além de outros milhões de mulheres e bebês que continuam a viver, porém com problemas de saúde duradouros e debilitantes.

A preocupação com as mortes maternas é de âmbito mundial. Dados do UNICEF de 1996 relatam a morte anual de 585 mil mulheres em decorrência de complicações de gravidez, parto e puerpério. Isto corresponde a mais de uma morte por minuto! 99% destas mortes acontecem nos países em desenvolvimento. Um coeficiente baixo seria representado por até 20 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos, tendo em vista a existência das causas realmente inevitáveis, ligadas especialmente a doenças preexistentes.

Revoltante é se constatar que mais de 90% destas mortes podem perfeitamente ser evitadas por meio de um tratamento digno, que desse o valor devido à condição de cidadania das mulheres. E revolta mais ainda saber que a maior parte destas medidas não tem nada de extraordinário – são cuidados, por vezes elementares, que são negados às nossas gestantes.

A realidade perversa é que a morte materna espelha as profundas desigualdades sociais do país. Ela retrata o pouco valor conferido à mulher na sociedade brasileira que perdura até os dias de hoje. Além disto, para cada morte que se observa, incontáveis outras situações de quase morte, isto é,

de morbidade com possíveis seqüelas permanentes, são totalmente desconhecidas. Especula-se que, para cada caso que leva à morte, existam outros 16 que acarretam complicações não fatais, debilitadoras e freqüentemente, crônicas de uma mulher. Estimando estas mortes em 5.000 ao ano, quantas mulheres permanentemente prejudicadas existirão? Um dos casos investigados por esta CPI mostrou esta realidade – uma jovem condenada à vida vegetativa por negligência médica durante seu parto cirúrgico. As mortes são a parcela mais evidente deste problema. E, mesmo assim como demonstrou a CPI, apresentam dificuldades imensas para serem caracterizadas.

A mortalidade materna traduz a infeliz confluência de condições adversas que incluem a situação sócio-econômica, a assistência médica, a disponibilidade de vagas para o parto, a qualidade do atendimento prestado ao pré-natal, parto e puerpério, a infra-estrutura de suporte à vida, especialmente bancos de sangue e unidades de tratamento, as condições de acesso aos serviços de saúde considerando proximidade e facilidades de transporte, enfim, uma multiplicidade de fatores que se reúnem para transformar uma hora auspiciosa em tragédia. O documento “Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna” elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), denomina esse conjunto de condições adversas de risco social. O risco social, um conceito que engloba desde a pobreza, o baixo nível de educação formal, a precariedade do sistema hospitalar, até a má qualidade do atendimento à saúde, é o que vulnerabiliza estas mulheres, expondo-as à morbimortalidade durante a gestação.

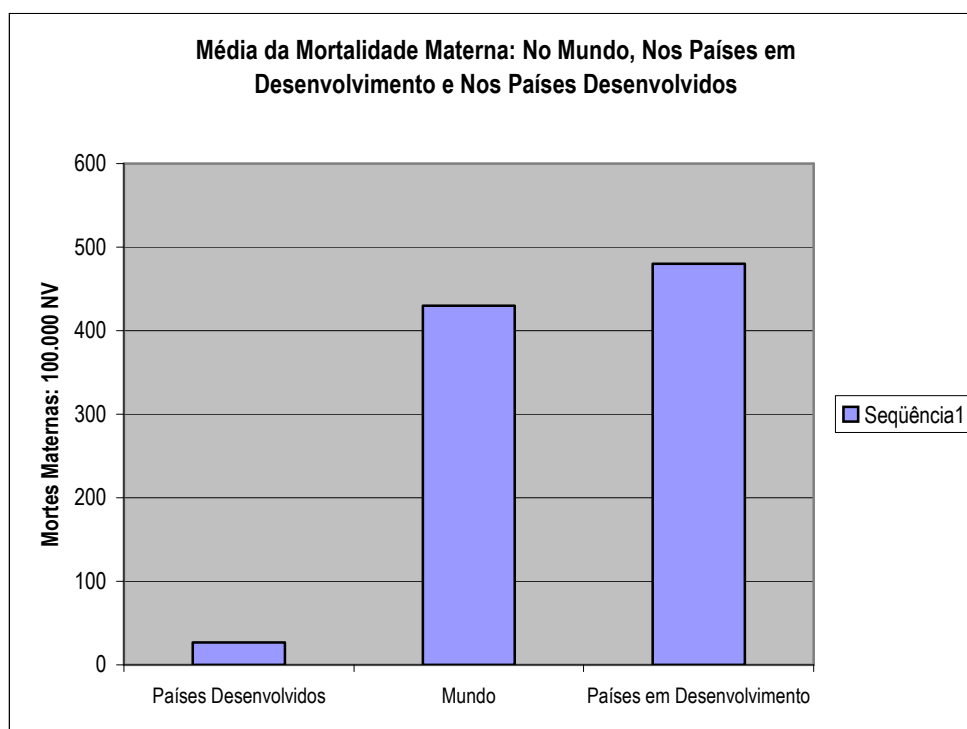
Por exemplo, se fossem levadas em consideração apenas as condições sócio-econômicas, cerca de 60% das gestações na região Nordeste poderiam ser consideradas de risco. Neste sentido, a força do conceito de risco social, que aqui denominaremos de vulnerabilidade feminina por ser um conceito ainda mais agregador, é exatamente apontar para o fato de que não é um dado isolado o que fragiliza as mulheres durante a gestação ou o puerpério, mas um conjunto de fatores, muitos dos quais extrapolam a questão estritamente sanitária.

A morte da mãe acarreta uma vertiginosa desagregação da célula familiar. Este é um processo rápido – os filhos são distribuídos entre os parentes e o pai vai embora, em busca de trabalho ou de reconstruir a vida. Por vezes, a irmã mais velha, criança também, assume o cuidado dos irmãos. A morte da mãe acarreta uma probabilidade maior da morte do bebê e compromete

o desenvolvimento dos outros filhos, em especial, dos menores de cinco anos. Neste sentido, dado o papel exercido pela mãe na socialização das crianças e na estruturação familiar, não seria surpresa considerar outra ordem de problemas como derivados da morte precoce destas mulheres, tais como abandono escolar ou mesmo desajustamento social das crianças.

A comparação entre diferentes países para avaliar a qualidade da assistência coloca o Brasil em uma das piores situações no que diz respeito à morte materna. No entanto, da mesma forma com que se reconhece a falha dos registros brasileiros, é perfeitamente possível que os números apontados pelas outras nações não reflitam as suas realidades. Trabalhos de Bouvier-Colle e colaboradores, bem como de Atrash e colaboradores, citados pela Dra. Tanaka, indicam que, mesmo em países desenvolvidos, a morte materna é sub-informada, pois muitas vezes não se declara que a morte ocorreu em virtude de gestação, parto e puerpério.

No entanto, para efeito de comparação, mencionamos os índices comparativos mundiais da OMS, também discutidos pelo documento “Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna”:



A América Latina está longe de ser o continente com mais elevados índices de mortalidade. Alguns países africanos, como, por exemplo, Gâmbia registra coeficiente da ordem de 2.360 mortes por 100.000 nascidos

vivos, ou Congo, com 6.000 mortes por 100.00 nascidos vivos. O fato é que uma análise específica da América Latina, onde países como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai apresentam coeficientes de mortalidade materna próximos ou inferiores a 40, demonstra o quanto a morte materna é também um indicador de determinação política para garantir direitos fundamentais, como o direito à saúde. Vale conferir o gráfico a seguir que demonstra os indicadores de mortalidade materna em alguns países da América Latina (citado no documento “Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna”):

Indicadores de Mortalidade Materna em Alguns Países da América Latina	
Países	Mort. Materna
Argentina	44
Bolívia	390
Brasil	114
Chile	25
Cuba	33
México	48
Uruguai	19

Safe Motherhood –OMS/Banco Mundial. *Health Around the World*. 1998.

Considera-se que tão importante quanto o valor absoluto do índice é sua evolução ao longo do tempo. Uma avaliação feita pelo Comitê de Morte Materna do Paraná avalia, citando o trabalho de autores diversos, o tempo decorrido para diversos países atingirem a redução do coeficiente de mortalidade materna. Cita os Estados Unidos, que levaram 52 anos, de 1940 a 1992 para reduzi-la em 98% (de 376 para 7,8 por 100.000 nascidos vivos). Da mesma forma, a Inglaterra consumiu 50 anos (de 1935 a 1985) para conseguir a redução de 440 para 8,0 por 100.000. Costa Rica levou 39 anos para decrescer de 212,9 para 30,0 por 100.000 (86% de redução) e Cuba, 27 anos (de 1970 a 1997) para ir de 70,05 para 21,6 por 100.000 nascidos vivos.

No entanto, esta análise deve contemplar as duas fases do processo. Em uma fase inicial, a queda é bastante rápida, pois o que ocorre é um desperdício de mortes. Os países desenvolvidos, nos primeiros cinco anos da década de 50, após a Segunda Guerra Mundial, apresentaram uma grande redução da mortalidade materna apenas com a implantação da assistência pré-natal para toda a população, como estratégia de Saúde Pública. A outra grande queda ocorreu na década de 60, com a introdução da antibioticoterapia e da hemoterapia. A seguir, vem a anestesia com tecnologia adequada e baixo risco.

Com estas intervenções, a mortalidade materna tem redução expressiva. Com a redução das mortes evitáveis, os patamares atingidos são difíceis de redução.

Nos Estados Unidos, atribui-se a redução da mortalidade materna deveu-se, entre outras razões, à universalização dos bancos de sangue e dos antibióticos, à hospitalização no atendimento ao parto e à instituição da residência médica em obstetrícia e anestesia, tendo havido uma queda mais significativa entre as décadas de 1940 e 1960. Após essa data, a redução foi mais lenta, tendo-se verificado uma redução de 21,5, em 1970, para 9,2, em 1980. A redução em Cuba e Costa Rica, por sua vez, não teria sido alcançada por meio de procedimentos ou equipamentos de alta tecnologia, mas com investimentos na educação da população, na qualidade dos serviços oferecidos, no controle eficaz das patologias obstétricas mais comuns e nas ações de planejamento familiar. Para o documento “Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna”, o esforço realizado por Costa Rica e Cuba merece ser reconhecido, pois os países vizinhos, com condições culturais e socioeconômicas similares continuavam apresentando na década de 50 altas taxas de mortalidade materna.

No Brasil, a real magnitude da mortalidade materna ainda é desconhecida. Estima-se que ocorram anualmente entre 3 e 5 mil mortes de mulheres como consequência de complicações ligadas à gravidez ou ao puerpério, variando os coeficientes entre estados e regiões. Um dos grandes problemas para o cálculo desses índices deve-se ao fato de que as declarações de óbito, principal documento de registro para o controle do fenômeno, não são confiáveis em sua totalidade, havendo tanto um sub-registro quanto uma má qualidade na notificação.

Porém, estando no início do Século XXI, conhecemos e temos capacidade de manejar as tecnologias citadas. Não há motivo para que se espere que a mudança ocorra tão lentamente, uma vez que, como dissemos, no Brasil, ela representa o desperdício de mortes. São aquelas evitáveis. E isto pode ser feito somente com assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Há muito o que fazer, sem precisar grandes investimentos.

A DIFICULDADE INICIAL – DIMENSIONAR A QUESTÃO

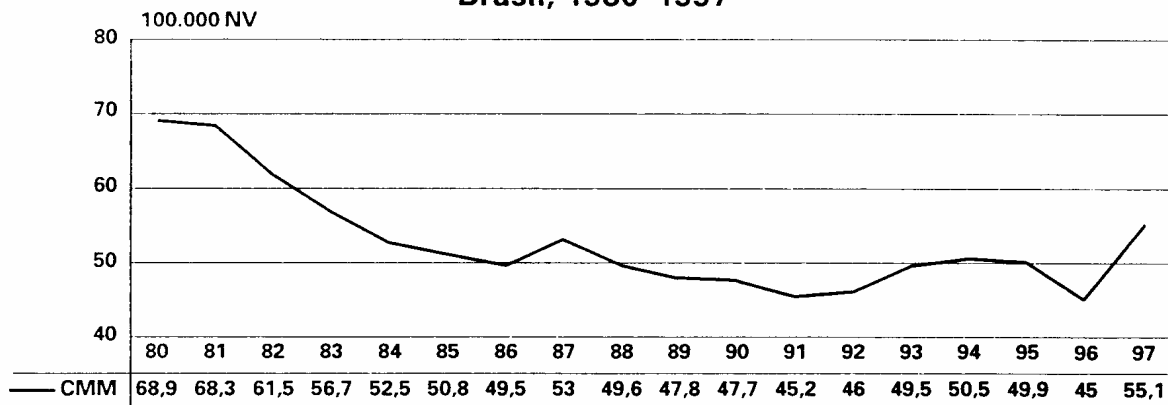
FALTA DE CONFIABILIDADE DE REGISTROS DE ÓBITOS MATERNOS

Como veremos, a interpretação dos dados deve ser cuidadosa. Um dos primeiros e maiores obstáculos que esta CPI enfrentou é a falta absoluta de confiabilidade dos dados a respeito do fenômeno de morte materna. Isto exige que se recorra a artifícios como o de estimativas ou projeções, ou, ainda à investigação.

Constata-se que valores mais altos podem apontar um sistema de informação mais atuante e um sistema de saúde melhor estruturado, enquanto os baixos índices podem estar mascarando a ausência ou ineficiência deste sistema. Assim, não se conhecem nem as mortes nem os nascimentos. Algumas variações importantes podem ocorrer, por exemplo, em populações muito pequenas, ou no caso de desmembramento de municípios.

Os dados oficiais brasileiros, obtidos do IBGE e DATASUS permitem elaborar gráficos que demonstram o estacionamento do coeficiente de morte materna no mesmo patamar – elevado - de 1985, como apresenta o Dossiê da Rede Feminista de Saúde. O gráfico de número 1 mostra o coeficiente de mortalidade materna de 1980 a 1997, usando as informações oficiais disponíveis.

**Gráfico 1 – Coeficiente de Mortalidade Materna
(CMM por 100.000 nascidos vivos)
Brasil, 1980–1997**

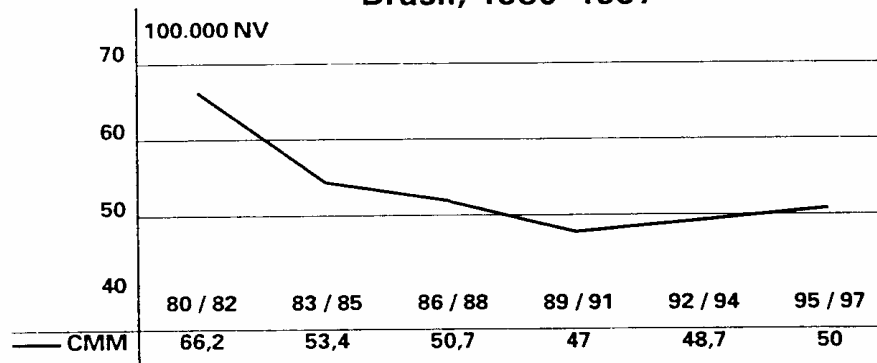


Fontes: DataSUS; IBGE.

Entre os anos de 1992 e 1997, houve uma tendência de aumento deste coeficiente, que pode ser explicado tanto por um agravamento do problema quanto pela melhora na qualidade da informação dos óbitos, ou ainda, pelo somatório destes dois fatores.

No entanto, analisando o perfil por triênios, como no Gráfico 2, podemos ver que, de 1986 até 1997 a linha básica não mostra alterações significativas. Há um estacionamento num patamar elevado, mesmo que não represente o número verdadeiro de ocorrências.

**Gráfico 2 – Coeficiente de Mortalidade Materna
(CMM por 100.000 nascidos vivos) por Triênio
Brasil, 1980–1997**



Fontes: DataSUS; IBGE.

Oficialmente no Brasil, para o ano de 1996, tivemos uma taxa de mortalidade materna total de 44,4 por 100.000 nascidos vivos. A região

Norte é a que, paradoxalmente, apresenta menor coeficiente (36,4 por 100.000 nascidos vivos). As regiões Sul e Sudeste apresentam de 53,2 e 48,1 por 100.000, respectivamente. Acredita-se que estes números não correspondam à realidade. As estimativas apontam para a maior ocorrência de mortes maternas na região Norte. Porém, em virtude da maior extensão da rede assistencial, à melhor qualidade do registro de óbito, associadas às ações de investigação da ocorrência destas mortes, são melhor conhecidas as mortes ocorridas nestes locais.

Para o ano de 1997, o Ministério da Saúde contabiliza, a partir das declarações de óbito, 51,6 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos. O total foi de 1.787 óbitos naquele ano. Porém, organismos internacionais avaliam que ocorram 220 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, em nosso país, uma taxa excessiva para as características atuais do Brasil. Se nascem, a cada ano, cerca de três milhões de crianças, então este número de mortes pode ultrapassar os cinco mil.

Informações recebidas por parte do Ministério da Saúde durante a discussão deste Relatório apontam um crescimento na razão de Mortalidade Materna entre os anos de 1996, 1997 e 1998. O Ministério reconhece os índices de 44,1; 53,4 e 58,5/100.000 NV. Estima, ainda, a ocorrência de 1.851 óbitos maternos em 1997 e 2.039 em 1998.

Dados ainda bastante provisórios do ano de 2.000 mostram um coeficiente de 68 mortes maternas para cada 100.000 nascimentos vivos, ainda sem a participação de dados das regiões Norte e Nordeste. Na Região Centro-Oeste, o coeficiente é de 49,5/100.000; na Sudeste, 67,8/100.000 e na Região Sul, 76,3/ 100.000 NV.

Se o sistema de informações funcionasse da maneira ideal, não existiria dificuldade em se conhecer a magnitude do problema das mortes maternas. O número de óbitos maternos estaria imediatamente disponível com a notificação correta. Até o momento, por incontáveis falhas – e pela dificuldade de se lidar com um país de extensão e diversidade enormes como o Brasil - o conhecimento das mortes vai se perdendo ao longo de uma cadeia de equívocos.

A Quadragésima Terceira Assembléia Mundial de Saúde recomendou que os países incluíssem nos atestados de óbito questões relativas ao estado de gravidez no momento da morte ou no ano anterior. Desde 1995 esta variável foi incluída na Declaração de Óbito adotada pelo Ministério da

Saúde para todo o país. No entanto, estudo conduzido pelo Prof. Ruy Laurenti em Declarações de Óbito nos anos de 1996 e 1997 evidenciou a negligência dos médicos neste preenchimento, uma vez que o campo “ignorado” foi assinalado em cerca de 70% das questões sobre o estado de gravidez nas declarações de mortes definitivamente caracterizadas como maternas.

Na falta de uma notificação adequada, a saída é investigar todas as mortes de mulheres em idade fértil. E esta faixa etária, no momento atual, é bastante ampla – no Brasil, vai dos 10 aos 49 anos. Porém, este procedimento depende de pessoal disponível e treinado. E é o reconhecimento da inoperância dos mecanismos adotados para conhecer o perfil epidemiológico do país. Certamente, do ponto de vista sanitário, o desejado seria que todo o esforço que hoje vai ser despendido em investigar os óbitos maternos pudesse ser direcionado para preveni-los, para evitar que eles acontecessem.

Alguns especialistas propõem, para estimativas grosseiras da ocorrência de morte materna, que se adote um fator de correção que proporcione uma aproximação da realidade. Este fator é estimado por comparações de dados colhidos nos sistemas de informação rotineiros com os obtidos pela busca ativa. Sugeriu-se que estes valores sejam multiplicados por pelo menos 2 para refletir o que ocorre no país como um todo. Este fator certamente varia de acordo com a região e com a qualidade da coleta dos dados. O Comitê de Mortalidade Materna do Piauí estima que tenham ocorrido, no estado, em 1995, 257 mortes por 100.000 nascidos vivos – número comparável a países de condições muito precárias e muito diferente do que figura nos índices oficiais. Este fator, então, será diferente para cada estado, segundo o desempenho de seu sistema de informações.

Segundo o estudo realizado por Tanaka, para o estado do Pará, a subinformação chega a 83,3%, sendo o fator de correção estimado em 6,00. Para o Rio Grande do Norte, este fator seria de 2,00 e para o Mato Grosso, 1,75. Uma estimativa grosseira aponta que cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos ocorreram por causas maternas, o que pode orientar as previsões que subsidiam os programas. Na França, por exemplo, esta ocorrência é cerca de quatro vezes menor.

SUB-REGISTRO DO ÓBITO

As leis brasileiras exigem que todo sepultamento seja feito

com a certidão correspondente (Lei nº 6.015, de 1973). No entanto, os dados do Ministério da Saúde de 1996 mostram a subenumeração de óbitos da ordem de 45,08% para a região Nordeste, 40,16% para a região Norte e 12,70% para a Centro-Oeste. O total de óbitos não informados ao sistema, com base em estimativas do IBGE é de 16,55%. Para a verificação de percentual tão alto, concorre a existência de cemitérios clandestinos, um fato constantemente citado em diversos depoimentos. Por exemplo, o Comitê de Mortalidade Materna do Acre detectou o caso de uma mulher morta aos quatro meses de gravidez enterrada sem declaração de óbito.

No Brasil, ainda existem incontáveis cemitérios clandestinos, e, mesmo em áreas mais remotas, os procedimentos de inumação ocorrem sem maiores preocupações de caráter legal.

SUBNOTIFICAÇÃO DA MORTE MATERNA

Quando existe a emissão de um atestado de óbito pelo médico e de uma declaração de óbito, as informações ainda têm confiabilidade pequena. Os dados do Ministério da Saúde sobre mortalidade no ano de 1997 indicam 15,1% de óbitos por causas mal definidas. Segundo a Dra. Tanaka, se estas mortes fossem consideradas na classificação global, ocupariam a segunda posição. Para alguns estados, estes percentuais são inaceitavelmente altos, como a Paraíba (50,4%) ou Alagoas (41,2%). No estado do Paraná, entre 1989 e 1998 ocorreram 1.620 óbitos maternos, dos quais 630 não foram declarados. No entanto, o estado do Rio de Janeiro estima que os óbitos maternos não declarados diminuíram de quase 60% em 1996 para cerca de 5% em 1998, o que veio a aumentar a confiabilidade dos dados.

O preenchimento correto da Declaração de Óbito é uma grande dificuldade. Em 1998, o Comitê de Morte Materna do Município de São Paulo identificou que, mesmo após necrópsias que evidenciaram o estado de gravidez em 64 casos, a menção à morte materna ocorreu em somente 38 deles. A subnotificação do Serviço de Verificação de Óbitos da Capital paulista foi estimada em cerca de 41,67%. Relatório deste estado constata o preenchimento inadequado da maioria dos campos da Declaração de Óbito, especialmente no que diz respeito à escolaridade, informações sobre gravidez e puerpério e endereço residencial.

Sendo assim, é compreensível que o preenchimento pelo

profissional médico, que omite o estado da mulher, possa apresentar ainda mais deficiências. Segundo depoimento do representante do Conselho Federal de Medicina, o preenchimento é falho por desinteresse do profissional ou por falta de conhecimento da histórica clínica, também decorrente do mau preenchimento dos prontuários.

Em Resolução de agosto de 2000, de número 1.601, o Conselho Federal de Medicina enfatiza a responsabilidade médica no preenchimento dos dados do atestado de óbito, considerando a importância das declarações de óbito para a qualidade dos dados epidemiológicos. Esta importância fica mais expressiva uma vez que se considera que ela é um grande norteador da implantação e condução de políticas públicas.

O Código de Ética Médica prevê em dois artigos:

“Art. 14 – O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.”

Já o artigo 44 veda ao profissional *“deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente”*.

Existem ainda previsões legais que seriam aplicáveis à notificação deficiente. A Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, que “configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências” prevê pena de advertência ou multa *para “deixar, aquele que tiver o dever legal de fazê-lo, de notificar doença ou zoonose transmissível ao homem, de acordo com o que disponham as normas legais ou regulamentares vigentes”*. O Código Penal, também inclui previsões a respeito.

No entanto, por diversas razões, seja por desconhecimento, negligência, intenção de proteger a família da vítima - em casos de aborto; proteger os profissionais de saúde, no caso de erro; as instituições, em casos de falta de equipamentos ou infecções hospitalares, é possível que as declarações continuem a mascarar boa parte da realidade.

SUB-REGISTRO DE NASCIMENTO

Por outro lado, o coeficiente de mortalidade materna é avaliado tomando como referência cada 100.000 nascidos vivos. Então, é lógico

que o denominador também precise ser resultado de uma informação confiável. O registro de nascimento é obrigatório, segundo a Lei nº 6.015, de 1973 e foi tornado gratuito justamente como estímulo para sua realização.

No entanto, em algumas localidades, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, até 60% dos nascimentos não eram registrados, segundo estimativa do Sistema de informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – do Ministério da Saúde. Em 1996, estudo de Celso Simões para o Ministério da Saúde estimou que o nascimento de 1.090.478 crianças não foi registrado. Este número aproxima-se de um terço do total de nascimentos. Este percentual é inaceitável e prejudica as análises que dependem de sua fidedignidade.

Os motivos para a negligência no registro são muitos, inclusive a dificuldade de acesso aos cartórios, desconhecimento de sua importância ou do direito à gratuidade. Os cartórios alegam que estes registros são fonte de renda, e cobram, por vezes, até meio salário mínimo por registro. A comprovação da existência civil propicia o acesso a serviços sociais básicos. A falta de registro fere tanto os direitos de cidadania quanto princípios acordados em tratados de direitos humanos, como a Convenção sobre os Direitos da Criança. Em novembro de 1999, o Ministério da Saúde promoveu a Campanha Nacional de Registro Civil, que realizou mutirões de registro em todos os municípios, como se procede nas campanhas de vacinação. Inúmeras outras entidades participaram desta ação.

Por outro lado, uma crítica que se faz, inclusive pela avaliação de Tanaka, é que o número de nascidos vivos não é o mesmo número do que o de gestações – ele não representa a totalidade de mulheres grávidas. Assim, por mais este motivo, este indicador não tem ainda a precisão ideal.

Constata-se, então, que a primeira dificuldade em que se esbarra é o conhecimento da verdadeira extensão do problema para conseguirmos avaliá-lo. Pelo que constatamos, tanto os números de mortes maternas quanto de nascidos vivos devem ser maiores do que os oficialmente aceitos e divulgados.

Uma das primeiras constatações desta CPI é que, diante de um número tão expressivo de informações imprecisas é impossível se traçar o verdadeiro perfil de mortalidade no país.

MORBIMORTALIDADE PERINATAL – UM FENÔMENO ASSOCIADO

Um fenômeno diretamente vinculado à mortalidade materna é o das mortes de crianças no período neonatal. De especial interesse são as que ocorrem precocemente – na primeira semana de vida. Estas mortes se devem a afecções originadas no decorrer da gestação ou outros problemas decorrentes do parto – e que podem ser bastantes reduzidas pela melhor atenção ao período da gestação e do parto.

Podem ser destacadas as síndromes respiratórias (especialmente hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer), as anomalias congênitas, baixo peso e a prematuridade. 70% das mortes entre neonatos até o sétimo dia de vida acometeram bebês com menos de 2,5 quilos, e 30% entre crianças com menos de 37 semanas de gestação. Um grande percentual destas mortes pode ser evitado com uma assistência competente à gravidez e ao parto, caso se detectem precocemente as condições mórbidas que podem ser tratadas ou levadas em consideração com antecedência ou por ocasião do parto.

Por exemplo, os fatores de risco de morte perinatal ligados às condições de saúde da mãe são: idade, paridade, intervalo interpartal, peso anterior e ganho de peso durante a gravidez, aborto, natimorto ou mortes neonatais prévias e doenças maternas. Eles podem implicar em aborto, hipóxia neonatal, baixo peso, prematuridade e malformações. Este risco é grande para filhos de adolescentes (30% dos óbitos).

O Quadro 1, elaborado pelo Ministério da Saúde, apresenta as condições maternas que influenciam a saúde do nascituro, passíveis de correção com assistência adequada, especialmente no período pré-natal.

Quadro Nº 1
Complicações Maternas que Afetam a Criança

Problemas ou Complicações	Principais efeitos ou problemas para o recém-nascido
Anemia Crônica	Baixo Peso ao Nascer, Asfixia, Morte Fetal
Hemorragia	Asfixia, Morte Fetal
Doença Hipertensiva	Baixo Peso ao Nascer, Asfixia, Morte Fetal
Sepse Puerperal	Sepse Neonatal
Obstrução do Trabalho de Parto	Morte Fetal, Asfixia, Sepse, Traumatismo ao Nascer, Incapacidade
Infecção durante a gravidez DST	Parto Prematuro, Infecção Ocular, Cegueira, Pneumonia, Morte Fetal, Sífilis Congênita
Hepatite	Hepatite
Gravidez Indesejada	Aumento Riscos de Morbimortalidade, Abandono, Maltrato, Negligência
Falta de Higiene durante o parto	Tétano Neonatal, Sepse

Em países desenvolvidos, o componente neonatal é o mais importante da mortalidade infantil. Os óbitos neonatais precoces acometem apenas crianças de risco, de baixo peso ou prematuros, além de anomalias congênicas graves. Os óbitos pós-neonatais, de 28 dias até um ano de idade, são devidos às anomalias congênicas e à síndrome de morte súbita. Nos países em desenvolvimento, pesa muito a má qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Isto leva ao óbito crianças de baixo risco cujo óbito seria plenamente evitável.

Cerca de 25% das crianças que morrem logo após o parto são viáveis, têm peso adequado e não apresentam patologias tão graves a ponto de levar à morte, se houvesse assistência perinatal adequada. Além disto, também falta o acompanhamento para os recém-nascidos oriundos de gestações de alto risco. A disponibilidade de terapia intensiva neonatal é indispensável para a sobrevivência de muitas destas crianças. Esta é uma recomendação que adotaremos.

Quadro Nº 2
Mortes Neonatais por
Afecções Perinatais (principais causas)
Brasil 1990 – 1996

Causas	1990		1992		1995	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Outras Afecções Respiratórias do Feto e RN	8.917	26,3	8.729	26,0	9.876	28,7
Síndrome de Angústia Respiratória	6.103	18,0	6.458	19,3	7.196	21,0
Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer	5.430	16,0	5.043	15,0	4.434	13,0
Infecção Específica no Período Perinatal (exceto tétano)	3.781	11,2	3.698	11,0	4.378	12,7
Hipoxia Asfixia	4.197	12,4	3.794	11,3	3.702	11,7
Outras Causas	1.904	5,6	2.938	8,8	4.797	14,0
Outras Afecções Mal Definidas	3.519	10,4	2.849	8,5	2.947	8,5
TOTAL	33.851		33.509		34.383	

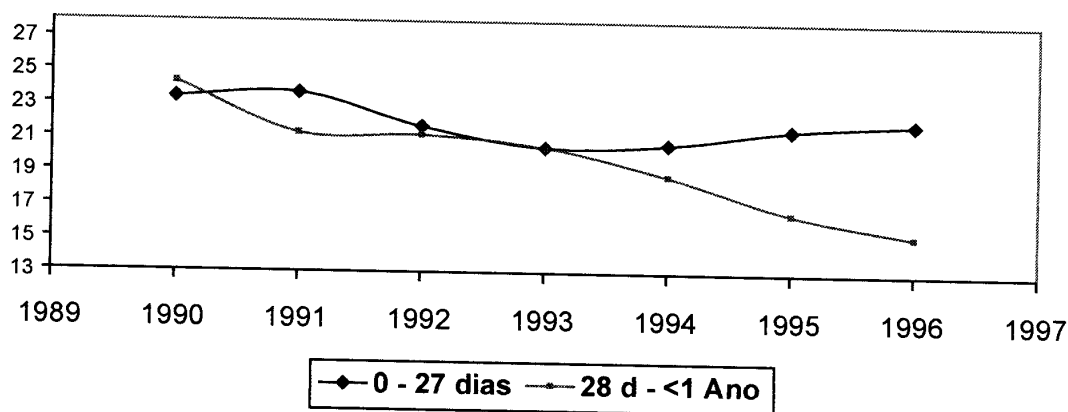
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade SIM, CENEPI/FNS/MS

Metade dos óbitos infantis ocorre no primeiro mês de vida. As mortes por causas perinatais passaram a representar parcela expressiva da mortalidade infantil, uma vez que os óbitos mais tardios, especialmente por diarreias e infecções respiratórias agudas vêm sendo reduzidos com a adoção de medidas como terapia de reidratação oral, melhor atenção ao crescimento e desenvolvimento, ampliação do programa de vacinação e expansão dos sistemas de saneamento.

O componente pós-neonatal, por se dever mais a condições infecciosas e desnutrição, é bastante sensível à melhoria das condições de vida, saneamento, alimentação, uma vez que envolve as chamadas “doenças da pobreza”. Assim, o reflexo da melhoria do abastecimento de água e da instalação de esgotos também aparece neste indicador. Acompanhando o gráfico 3 podemos ver a curva ascendente da mortalidade neonatal precoce em comparação à pós-neonatal.

Gráfico nº 03

Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-natal - Brasil, 1990-1996



Fonte: Ministério da Saúde/COMIN

O entendimento, para o qual até UNICEF manifestou seu apoio, é que o componente a ser reduzido agora é o das mortes perinatais. Isto somente será possível com a melhora do atendimento ao pré-natal e ao parto. Em resumo, a atenção adequada à gestante tem reflexos imensos sobre a saúde da criança em gestação.

O Ministério da Saúde estima que os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida chegam a 36% do total de mortes na primeira semana (período neonatal precoce). Outro dado interessante é que a mortalidade alta de crianças cujas mães não tiveram assistência no pré-natal nem no parto é cerca de dez vezes maior (207 por mil nascidos vivos) que entre as que receberam atenção nestes dois momentos (20 por mil nascidos vivos). Esta falta de assistência é mais comum na zona rural.

O DATASUS mostra, para o Brasil, a ocorrência média de 17,6 óbitos de crianças de 0 a 6 dias por mil nascidos vivos no ano de 1996. Índices mais alarmantes apresentam o Maranhão com 36,2 por 1.000, o Piauí, com 33,9 por 1.000 e Sergipe, com 32,6 por 1.000.

Problemas no parto podem levar também a seqüelas definitivas nas crianças por exemplo. Um estudo publicado em 1997 no Jornal da Associação Médica Americana demonstrou um risco muito aumentado de ocorrência de paralisia cerebral em casos de infecção materna no decorrer do

parto.

A tabela seguinte, também do Ministério da Saúde, mostra, ao longo do tempo, como progrediu a morte precoce de bebês em comparação às mortes em período mais tardio. Enfatizamos novamente a melhora das condições ambientais, a vacinação e a terapia de hidratação oral e o controle de doenças respiratórias como estratégias que tiveram sucesso em reduzir este importante componente da mortalidade infantil.

BRASIL 1990 – 96

ANOS	Nº Óbitos fetais (OFT)	Nº Óbitos Perinatais (OP) (1)	Nº Óbitos < 1 ano (2)	% Mortes fetais (3)	% Mortes Perinatais (4)	Coefficiente Mortalidade Perinatal (5)
1990	42.752	78.781	95.476	54,3	57	27,2
1991	41.540	76.444	85.443	54,3	60	27,2
1992	39.280	72.754	84.326	54,0	59	25,4
1993	38.937	72.977	87.593	53,3	58	23,7
1994	37.172	73.155	86.697	50,8	59	24,4
1995	41.801	78.204	81.297	53,4	63	24,8

(1) Total de óbitos fetais e neonatal precoces.

(2) excluem as mortes com idade ignorada.

(3) percentual em relação ao total de óbitos fetais mais neonatal precoce.

(4) Percentual em relação ao total de óbitos < 1 ano mais óbitos fetais.

(5) P/1000 NV, segundo estimativas de Celso Simões (IBGE)

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM – CNEPI/FNS/MS

A definição de nascimento vivo é “a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva”.

Mais uma vez, o registro destas mortes também é bastante deficiente. Pode ocorrer a classificação da criança como nascido morta, ou

mesmo não ocorrer o assentamento nem do nascimento, nem do óbito.

A partir do segundo semestre de 1998, o Ministério da Saúde tem enfatizado a atuação dos comitês de mortalidade perinatal, que contam com representantes dos comitês de morte materna no sentido de identificar e investigar estas mortes.

Assim, os esforços para melhorar a saúde materna têm repercussões muito estreitas sobre as mortes das crianças, cuja redução constitui, igualmente, compromisso assumido pelo país.

O DRAMA DA ORFANDADE

No estado do Ceará, entre 1997 e 1999, somente 14% das vítimas não deixaram filhos. 23% delas deixaram um; 20%, dois filhos. Um número impressionante: 43% delas deixaram três filhos.

Somente na região metropolitana de Curitiba, em 1999, ficaram órfãs 64 crianças em virtude da morte de 22 mães. Nos dez anos de investigação do Comitê Estadual de Morte Materna do Paraná estima-se terem ficado órfãs 2.991 crianças. Em Goiás, em dez anos, ficaram órfãs 102 crianças nascidas de gestações que levaram as mães ao óbito, além de seus irmãos.

O Jornal do DIAP, em maio de 1999 menciona a existência de trezentas mil crianças de zero a nove anos órfãs em virtude da morte materna por causas obstétricas, fato estarrecedor citado pelo jornal Fêmea.

MORTES MATERNAS NO MUNDO

Julgamos extremamente interessante mencionar aspectos mundiais do fenômeno das mortes maternas sistematizados em documento da Organização Mundial de Saúde “Redução da Mortalidade Materna”, de 1999.

Segundo este texto, a causa de morte materna mais comum em todo o mundo é a hemorragia. Um quarto das mortes são atribuíveis a ela, especial quando não existe estrutura de atendimento, drogas ou transfusões para contê-la, sendo esse índice agravado em países onde o aborto é ilegal. As infecções causam 15% dos óbitos, geralmente conseqüentes a más condições de higiene durante o parto ou por doenças sexualmente transmissíveis não tratadas ou por tentativas de aborto sem as devidas condições de higiene e sanitárias.

As complicações de abortos chegaram a causar 13% das mortes maternas, embora em algumas partes do mundo ele chegue a provocar um terço delas. No Brasil, em 1998, provocou 5% delas. A questão do aborto pode, na verdade, ser ainda mais importante do que esse índice aponta, pois é razoável considerar a existência de uma subnotificação geral sobre o aborto, devido à ilegalidade da prática em inúmeros países em desenvolvimento. É provável que os índices de infecções e hemorragias encubram seqüelas de tentativas de aborto em más-condições, fazendo com que a questão do aborto não seja considerada a terceira causa, mas algo ainda mais importante e urgente de ser discutido sobre a mortalidade materna.

Em seguida, a doença hipertensiva específica da gravidez tem sido responsável por 12% destas mortes. O trabalho de parto prolongado mata 8% das mães, e decorre principalmente de desproporção entre a pelve materna e a cabeça da criança, ou por posições anômalas em que a criança se encontre. A desproporção é mais comum entre mulheres desnutridas e em gestantes muito jovens, antes de atingirem o crescimento pleno.

Dentre as causas indiretas, que respondem por 20% destes decessos, uma das condições mais comuns é a anemia, que predispõe à hemorragia e infecção. A malária, hepatite, doenças cardíacas e a Aids são outras causas de importância.

MORTES MATERNAS NO BRASIL

Já foi dito anteriormente que tem sido considerada evitável a maior parte das mortes maternas. Análise de Tanaka estima em 6,0% as mortes de mulheres entre 10 a 49 anos por causas maternas. Ela mostra que, das causas de óbito dentre as relacionadas à gravidez, parto e puerpério, as diretas constituem 60,9%. A primeira causa é a eclâmpsia, a segunda, síndromes hemorrágicas. Em terceiro lugar figuram o aborto e as infecções puerperais. As causas obstétricas indiretas somam 39,1% destas mortes. A mais freqüente é a cardiopatia complicada pela gestação, seguida por epilepsia e diabetes.

As informações enviadas pelo Ministério da Saúde durante a discussão do Relatório indicam que, para o ano de 1998, as causas mais freqüentes de morte materna foram a hipertensão (12%), as hemorragias (6,7%), as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério (5,7%), infecção puerperal (3,9%) e aborto (2,2%).

Em um país como o nosso, a má nutrição antes e durante a gravidez constitui um agravante das condições maternas. Na infância, pode resultar em obstruções do trabalho de parto. A anemia, tanto em virtude de ingesta inadequada como por perdas de ferro, ácido fólico e vitamina A podem ser relacionadas à malária ou a parasitoses. A deficiência de iodo, cálcio, vitamina A e outros micronutrientes podem concorrer para insucessos na gravidez. Para se Ter um quadro geral da mortalidade materna no Brasil, mencionamos dados encaminhados por alguns estados e municípios.

Em 1998, no município de São Paulo, a causa mais importante foi a infecciosa, seguida pelas síndromes hipertensivas. Avaliação do estado do Ceará aponta um perfil semelhante, de 1995 a 1998: 48,5% de mortes maternas por doenças hipertensivas do estado de gravidez, 24,5% por hemorragias; infecções puerperais em 10,0% e aborto em 5,9% delas.

No estado do Paraná, de 1989 a 1998, ocorreram 1.620 óbitos devidos a causas obstétricas, 95,9% dos quais contavam com a ficha de investigação. Destes, 1.152 (74,1%) foram devidos a causas obstétricas diretas: pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (22,4%); hemorragias (13,7%); infecção puerperal (8,7%). 6,0% dos óbitos foram devidos a aborto, complicações anestésicas do trabalho de parto e parto, 4,8%; outras complicações, 18,1%. Neste mesmo período, as causas indiretas, infecciosas, parasitárias e enfermidades preexistentes da mãe, especialmente as cardíacas, originaram 22,1% das mortes maternas. 3,73% destes óbitos ocorreram por origem indeterminada. Concluiu-se que 85,9% destas mortes eram evitáveis.

Em Santa Catarina, em 1998, a maior parte dos óbitos maternos ocorridos foi por causas diretas e evitáveis. A responsabilidade de um terço delas foi atribuída tanto às instituições quanto aos profissionais. O Comitê Estadual de Morte Materna do estado do Acre estima em 66,75% das mortes maternas ocorridas em 1999 como evitáveis, e 22,25% como inevitáveis. As causas mais freqüentes foram a infecção (27%), eclâmpsia (25%), e as hemorragias (23%).

No estado do Tocantins, onde o Comitê de Morte Materna está em implantação, verificou-se um aumento considerável na taxa de mortes maternas entre os anos de 1997 e 1999 (de 39,2/100.000 para 81,7 – dados ainda provisórios). Isto está sendo atribuído à melhor informação dos óbitos maternos. As principais causas identificadas foram complicações relacionadas ao

trabalho de parto ou ao puerpério. Foi observada a redução de transtornos hipertensivos no período de estudo. Com a adoção de projetos e atividades para sensibilizar os profissionais de saúde para o melhor acompanhamento de gestações de risco, observou-se uma redução marcada nos coeficientes de morte materna entre 1996 e 1998, especialmente por eclâmpsia e pré-eclâmpsia. No entanto, em 1998, a morte por causas maternas ainda ocupava o 8º lugar entre as mortes do estado.

Quanto à responsabilidade por estas mortes, 43,6% foi atribuída à assistência médica; 19,3% à assistência hospitalar; 16,3% à própria paciente, por não adesão ao pré-natal, uso de álcool e fumo; 13,0% às condições sócio-econômicas e educacionais.

No entanto, com a adoção de projetos e atividades para sensibilizar os profissionais de saúde para o melhor acompanhamento de gestações de risco, observou-se uma redução marcada nos coeficientes de morte materna entre 1996 e 1998, especialmente por eclâmpsia e pré-eclâmpsia. No entanto, em 1998, a morte por causas maternas ainda ocupava o 8º lugar entre as mortes no estado.

No estado do Rio de Janeiro, as causas de morte vêm se repetindo entre 1996 e 1999, embora tenha havido redução de mortes por hipertensão, hemorragias e infecção, o que pode refletir resultado dos esforços empreendidos. Porém, tem sido detectado aumento das mortes por Aids, problemas iatrogênicos e complicações de puerpério. Em 1995, as doenças hipertensivas, especialmente eclâmpsia, foram responsáveis por 37% dos óbitos, seguida pelas hemorragias. O Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Estado do Rio de Janeiro analisou 92 óbitos ocorridos nos últimos quatro anos. 82% deles eram evitáveis (hipertensão, hemorragia, infecção, aborto e gravidez ectópica), sendo a responsabilidade atribuída em 70% dos casos, à assistência médica ou hospitalar. No município do Rio de Janeiro, 70,4% das mortes maternas tiveram causas obstétricas diretas em 1999.

No estado do Piauí, em 1995, a causa mais importante de morte materna foi hipertensão na gravidez, com 35,71% dos óbitos, seguidas pelas hemorragias (19,05%), infecções (16,66%) e complicações de aborto (9,53%), uma taxa bastante alta em comparação ao que tem sido apurado. Em 1998, no Distrito Federal, 30,0% das mortes maternas foram causadas por infecções puerperais. Em seguida (19,6%) das mortes foram de doenças do

aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério, aborto e eclâmpsia, com 11,5% cada um.

O Ceará refere que metade dos óbitos por causas obstétricas são devidos à Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, que inclui a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia. As hemorragias são responsáveis por 28% destes óbitos, em 1999. Em seguida, ocorrem a infecção puerperal, embolia, aborto, complicações anestésicas e outras causas. Dentre as causas indiretas, o mesmo estado apontou a predominância de doenças do aparelho circulatório, seguido por doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias, hipertensão arterial crônica, diabetes, além de outras causas. Relata, ainda, que, dos óbitos que ocorrem durante a gestação, cerca de um terço se devem a abortos.

No Maranhão, entre 1987 e 1993, prevaleceram as causas diretas de óbitos maternos, com 92,8%. A infecção foi a maior delas, com 37,2%, as doenças hipertensivas com 29,4%, hemorragia, 22,8% e embolia amniótica, 3,3%. As causas indiretas contribuíram com 7,2% destas mortes.

No estado da Bahia, em 1998, 27,8% das mortes maternas ocorreram por transtornos hipertensivos. 26,3% por hemorragias, 15,3% por doenças prévias agravadas pela gravidez. No entanto, a proporção de causas mal definidas é bastante grande.

O estado de Goiás identificou as doenças hipertensivas específicas da gravidez como causa de 38% das mortes maternas. As infecções causaram 28% delas e hemorragias, 17%. Em Minas Gerais, no ano de 1997, as causas de morte materna foram as doenças hipertensivas (39%), infecções (22%), hemorragias (16%) e outras causas (23%). Em Sergipe, as causas mais freqüentes são também as hemorragias, as síndromes hipertensivas e a infecção.

Em Recife, de 1994 a 1998 a causa mais importante de morte por causa obstétrica direta foi a hipertensão (19,4%). Em seguida, vêm as hemorragias, 18,5%, a embolia pulmonar e o aborto, cada uma com 11%. Infecções, com 9,3% e gravidez ectópica, 6,5%.

No estado de Pernambuco, em 1997, as causas mais freqüentes foram eclâmpsias (28%), em seguida, hemorragias (22%) e abortos (19%). As infecções puerperais e pós cesáreas causaram 18% de óbitos maternos e embolias, por 6%. As causas maternas diretas constituíram 86% do total, e 14% por causas indiretas, principalmente patologias cardíacas,

hipertensão arterial e doenças vasculares.

O estudo de Ana Cristina Tanaka incluiu o estado do Pará, com observações que julgamos pertinente incluir. Salientamos que estas referências são amostrais, mas algumas informações valem ser mencionadas. A quase totalidade das falecidas (96,9%) apresentou declaração de óbito e quase 70% dependia do Sistema Único de Saúde para ser atendida. Chama a atenção, no entanto, a alta atribuição destas mortes a causas mal definidas, 27,4% delas. A notificação de complicações de gravidez, parto e puerpério surge em 7º lugar. No grupo abrangido por esta causa, a predominância foi de morte entre 20 e 29 anos. A causa mais expressiva foi a eclâmpsia. Em seguida, aparecem com a mesma ponderação a cardiopatia complicada pela gestação, o diabetes gestacional, a hemorragia pós cesárea e a infecção pós aborto espontâneo. Assim, as causas diretas causaram 50% das mortes maternas. Ao mesmo tempo, todas as mortas por causas evitáveis haviam freqüentado o pré-natal.

Ficou evidente que uma grande causa de morte materna é a infecção puerperal, o que constitui outro absurdo se levarmos em conta que a quase totalidade dos partos ocorre em ambiente hospitalar, e que percentual significativo é de partos cirúrgicos. Sem dúvida, o estímulo à formação e ao efetivo funcionamento de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar contribuiria para reduzir o problema.

Nos países desenvolvidos, as taxas de infecção hospitalar variam entre 5 a 10%. No Brasil, atingem 13,3% do total de internações. Além do risco de morte, as infecções acarretam maior custo para o sistema de saúde, por aumentar o tempo de permanência na unidade e pelo consumo de medicamentos e antibióticos. As medidas para reduzir a infecção hospitalar são simples, basicamente voltadas para a higiene adequada, tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, e para o controle da qualidade do material utilizado na central de esterilização.

É importante salientar que as infecções podem ainda ser decorrentes de doenças sexualmente transmissíveis que deixaram de ser identificadas e tratadas no período pré-natal, o que aponta outro ponto falho do sistema.

CAPÍTULO III - PERFIL DAS VÍTIMAS DE MORTE MATERNA

Os fatores de risco envolvidos na gênese da morte materna são bastante coincidentes e se reproduzem nos demais países onde ela tem expressão grave sobre a saúde pública.

O delineamento destes parâmetros ajuda a identificar as pessoas mais expostas ao risco, colaborando para orientar as políticas de saúde e para voltar a atenção e as prioridades para os grupos mais vulneráveis.

As mulheres de baixa renda, com pouca escolaridade e sem ocupação definida apresentam alto risco social que implica em alto risco de óbito materno.

VULNERABILIDADE

Vulnerabilidade é um indicador que visa avaliar a qualidade de vida das famílias onde ocorrem os óbitos maternos. Para que se configure como um indicador geral sobre os padrões de bem-viver de cada família e das mulheres em particular, outros indicadores devem ser considerados em conjunto, tais como: o nível de instrução e de renda, o acesso à assistência de saúde, dados demográficos gerais, como cor ou raça, idade e estado civil, bem como questões sociais, como a violência doméstica. Não há uma correlação de causa e efeito entre cada um dos indicadores e a mortalidade materna, mas sim uma ação em conjunto.

Discutiremos rapidamente em que medida cada um desses indicadores relaciona-se com a mortalidade materna, vulnerabilizando as mulheres.

ESCOLARIDADE

O estudo de Tanaka demonstra que, nos três estados estudados, a taxa de analfabetismo entre as vítimas de morte materna era de 9,3%. 33,9% tinham o 1º grau incompleto, e 19,3% completaram o 1º grau. Uma observação interessante mostra que a percentagem de analfabetismo foi maior entre as vítimas de morte materna do que dentre a população em geral.

No estado do Paraná, em estudo de 10 anos, 15,6% das

gestantes não tinham estudo algum, 47,18% tinham de 1 a 4 anos do 1º grau, 28,32% haviam terminado o 1º grau, 6,45% tinham o 2º grau completo e 2,45%, nível superior. Uma análise interessante foi realizada pelo Comitê de Morte Materna do estado do Paraná, que analisou o coeficiente médio de óbito por escolaridade, tendo encontrado um risco de 202,5 por 100.000 nascidos vivos em pacientes sem escolaridade, diminuindo para 69,2; 30,5 e 38,2 por 100.000 nascidos vivos para pacientes com 1º, 2º e 3º graus respectivamente. Isto indica que, quanto menor o grau de instrução, maior o risco de morte materna.

Em 1999, 40,9% das gestantes que foram a óbito em Curitiba não tinham escolaridade alguma; 50,0% tinham de 1 a 7 anos do 1º grau. 4,5% terminaram o 1º grau e 4,5% tinham nível superior.

RENDA/OCUPAÇÃO

Um dos fatores que colabora para o pouco interesse no registro de óbitos femininos é a falta de herança ou de benefícios previdenciários para legar, uma vez que predominam estes óbitos entre mulheres de baixa renda ou residentes em áreas rurais. Por outro lado, a baixa renda é responsável pelas condições adversas de vida, inclusive por déficits nutricionais, associados ao risco aumentado para a gestante e o feto.

Estudo de Tanaka aponta que aproximadamente um terço das famílias vítimas de morte materna recebiam menos de 0,75 salário mínimo per capita por mês. Já 7,3% delas recebiam mais de 4 salários *per capita*. O Censo de 1991 mostrou que 22,0% dos domicílios eram chefiados por mulher. No estudo mencionado, 27,1% dos responsáveis pela família eram a vítima ou sua mãe. Do mesmo modo, os responsáveis pelo sustento da família eram, em 33,6% os maridos ou companheiros, e a falecida em 16,6%. A ocupação da maioria delas era do lar, estudante ou pensionista, 15,2% prestavam algum serviço, 13% não estavam trabalhando e os demais grupos incluíam pequenas percentagens.

No ano de 1999, em Curitiba, verifica-se o mesmo perfil: 68,1% das mortes ocorreram entre mães cuja ocupação era “do lar”. No estado do Paraná, em dez anos, a maior frequência de óbitos ocorreu em mulheres com renda familiar de até 3 salários mínimos (84,3%). 11,8% tinha renda de 4 a 5 salários e em apenas 4,0% a renda familiar era maior que 6 salários. De 1994 a 1998, a maioria das vítimas era “do lar” (70,2%). Dentre os maridos, em 1998, 45,5% era de lavradores.

No entanto, comumente existe a tendência a desvalorizar o trabalho doméstico, sem se refletir que ele constitui uma atividade constante, ininterrupta e desgastante, que demanda esforço físico para carregar pesos, cuidar dos outros filhos, lavar, passar, cozinhar, que ocupa facilmente 70 a 80 horas por semana. E há um extremo desprezo pelo desempenho deste trabalho árduo. Correntemente acredita-se que somente o trabalho remunerado tem a capacidade de acarretar danos à gravidez. A divisão de tarefas domésticas, mesmo durante o período de gestação, costuma ser inexistente. O trabalho físico desgastante, aliado a dietas pobres, é um importante fator de risco para a morte materna.

No município de São Paulo, a morte materna ocorre em todas as classes sociais. Porém, é evidente a maior prevalência nas camadas menos favorecidas. O mesmo se constata no estado do Paraná, onde a maior frequência de óbitos maternos ocorreu em mulheres com renda familiar de até 3 salários mínimos (84,3%).

Em Recife, de 1994 a 1998, 56,48% dos óbitos maternos ocorreram entre donas de casa. 11,11% eram estudantes e 10,18%, professoras. No estado de Pernambuco, em 1997, predominaram as domésticas (56%), em seguida, agricultoras (23%) e estudantes (5%).

ACESSO À ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

Quanto ao acesso à assistência à saúde, 65,9% dependiam exclusivamente do Sistema Único de Saúde – SUS, 21,3% eram vinculadas a planos de saúde, particulares ou da empresa e 2% não tinham nenhum seguro, podendo recorrer também ao SUS, segundo avaliação de Tanaka.

No estado do Paraná, a maioria das vítimas de morte materna realizou consultas de pré-natal na rede pública (61,5%), 24,7% na rede conveniada do Sistema Único de Saúde e 7,5% em consultórios particulares. 82,7% das pacientes realizaram consultas no pré-natal, sendo que 41,2% fizeram mais de seis consultas. Ao mesmo tempo, no estado do Piauí, as informações sobre realização do pré-natal são precárias: 19,05% fizeram, 19,05% não fizeram, e não se sabe nada a respeito dos 61,90% restantes. Não se conhece o número de consultas, inclusive.

Foi também levantada a dificuldade de acesso a medicamentos, não somente os anticoncepcionais quanto os específicos para

tratamento das condições patológicas da gravidez. Além disto, têm surgido alguns problemas quanto à qualidade destes medicamentos distribuídos pelo Governo Federal.

Além da dificuldade de acesso em áreas mais remotas da zona rural, outro aspecto levantado foi o do inchaço das grandes cidades, que vêm criando bolsões de pobreza nas periferias. Estas populações marginalizadas apresentam péssimos índices de saúde e têm dificuldade de acesso aos serviços. Por outro lado, as unidades de saúde igualmente enfrentam dificuldades para absorver um número crescente de pessoas que procuram por atendimento, o que piora a sua qualidade.

Dados do IPEA demonstram a crescente concentração de população urbana. De 75%, em 1991, passou para 80% em dois mil. A proporção de habitantes de cidades com mais de 500.000 habitantes passou de 10,8%, em 1940, para 35,2% em 1991. A maior parte desta população se concentra em nove metrópoles com 43 milhões de pessoas.

A Pesquisa Suplementar de Saúde realizada na PNAD de 1998 avaliou as condições de acesso a serviços de saúde. Foi detectado que, a partir do início do período reprodutivo, as mulheres apresentam um padrão de restrição de atividades sempre maior do que o dos homens. 35,3% das mulheres de mais de 14 anos dizem ser portadoras de pelo menos uma doença crônica. Ao mesmo tempo, o número de pessoas que referem problemas de saúde diminui à medida que a renda se torna maior, o que reafirma o padrão da desigualdade social na saúde.

A PNAD estimou em 38,7 milhões o número de brasileiros que têm pelo menos um plano de saúde, o que constitui 24,5% da população do país. A cobertura destes planos é maior nas áreas urbanas e em classes de maior renda familiar, e um pouco maior entre as mulheres. Já 71,2% da população (112,6 milhões) usam regularmente os serviços de saúde. Em ordem de importância, aparecem primeiro os postos ou centros de saúde, com 41,8% da demanda, que cerca de 55% da população com renda de até dois salários mínimos declara procurar. 21,5% recorrem a ambulatórios de hospitais. Especialmente as mulheres idosas e com maior renda é que procuram os consultórios particulares (19,7%). 8,3% da população recorre a ambulatório ou consultório de clínica, 4,8% ao pronto-socorro; 2,2%, especialmente homens jovens e com até um salário mensal, costumam procurar as farmácias.

As mulheres estão entre os grupos que mais consultaram médicos nos últimos 12 meses (62,3%). Encontrou-se alta correlação entre poder aquisitivo e acesso aos serviços de saúde: 49,7% das pessoas de menor renda contra 67,2% das que têm renda maior que 20 salários mínimos procuraram médico no último ano. Reporta-se a maior prevalência de atendimento para pré-natal e parto (99,0%) e menor (97,6%) para atendimento a doenças. Este índice também variou de acordo com a faixa de renda, privilegiando os de maior poder aquisitivo.

Os motivos levantados para o não atendimento das demandas foram indisponibilidade de senha ou vaga (45,6%) e falta de médico (28,6%). Dentre as pessoas que necessitaram e não procuraram o serviço, aproximadamente 5 milhões de pessoas, 32,5% não tinham dinheiro; 17,0% julgaram o serviço distante, ou acesso e transporte difíceis; 13% consideraram o atendimento muito demorado e 9,9% por incompatibilidade do horário com o trabalho. Ainda se mencionou a falta do especialista desejado e o desconhecimento do direito à assistência.

Relatório do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo indica que, em 1998, 96,85% das mortes maternas ocorreram em ambiente hospitalar. 50,39% delas ocorreram após a cesárea, 19,6% ocorreu com o feto intra-útero, e 18,9% após parto normal. 46,46% destes óbitos ocorreram em Administrações Regionais diversas da residência, o que indica a necessidade de se aprimorar o atendimento regionalizado. No Ceará, 85% das mortes maternas ocorreram em hospitais. Cerca de 15% ocorreram no domicílio ou no trajeto para o serviço de saúde. Isto pode significar demora na busca dos serviços ou dificuldade de acolhimento.

No estado do Piauí, 71,43% das mortes maternas ocorreram em pacientes do interior, contra 16,66% da capital.

Com relação às operadoras de Planos de Assistência à Saúde, um dos grandes problemas que a Lei 9.656, de 1998, que dispõe sobre as condições de funcionamento daquelas empresas não resolveu, foi a questão do período de carência para cobertura de parto (10 meses, não oferecendo assistência para o parto prematuro). Motivo de constantes denúncias de consumidores é a carência de 2 anos para doença preexistente (as soluções oferecidas pelas empresas são consideradas inaceitáveis pelos órgãos de defesa do consumidor, quais sejam a cobertura parcial temporária com 2 anos de

carência, ou o agravamento das mensalidades). Quando a mulher contrata um plano de saúde, se for portadora de qualquer doença que possa oferecer riscos à gravidez, caso engravide, certamente enfrentará problemas em relação à cobertura oferecida.

FAIXA ETÁRIA

O maior risco associado à maternidade situa-se em mulheres muito jovens ou em faixas etárias mais avançadas, abrangendo as menores de 15 e maiores de 35 anos. As primeiras gestações de adolescentes de até 14 anos e de mulheres de mais de 35 predispõem à ocorrência de doença hipertensiva específica da gravidez. As síndromes hemorrágicas são mais frequentes em mulheres com várias gestações e mais de 35 anos. Foram relatadas mortes maternas na faixa de 10 até 59 anos, no Brasil.

Tem sido observado um aumento considerável da gravidez em adolescentes, especialmente entre as com menor escolaridade. Estudo de Tanaka mostra que um quarto das mortes ocorre na faixa de 45 a 49 anos, sendo que os óbitos a partir de 30 anos constituem 70% do total. Isto é compreensível pois, com o envelhecimento, aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas e o risco de morrer.

O estado do Rio de Janeiro aponta um risco de morte materna quatro vezes maior para gestantes acima de 35 anos, com aumento exponencial a partir daí. O município do Rio de Janeiro tem 49,4% das mortes maternas em gestantes entre 30 e 39 anos, 32,1% de 20 a 29 anos, 11,1% de 15 a 19 anos e 7,4% de 40 a 49 anos, em 1999.

No Distrito Federal, em 1998, na faixa de 40 a 49 anos, o coeficiente de mortalidade materna é de 166,4 por 100.000. De 30 a 39 anos, 71,9, seguida pela faixa de 20 a 29, com 55,8 e de 15 a 19, com 30,5 para cada 100.000 nascidos vivos. Na Bahia, as mortes são mais frequentes de 30 a 39 anos, em seguida, de 20 a 29, depois, de 15 a 19, e, por último, de 40 a 49.

No estado do Paraná observaram-se mais mortes na faixa de 25 a 34 anos, com 40,6% do total entre 1989 e 1998. Mulheres entre 35 e 44 anos, foram 22,9% e entre 20 e 24 anos, 21,5%. Porém, ficou evidente o maior risco do grupo de maiores de 45 anos (108,4/100.000 nascidos vivos) e de menores de 15 anos (92,42/100.000 nascidos vivos).

Em Goiás, 52% das mortes maternas vitimaram mulheres de menos de 25 anos, 20% com menos de 15 anos. Este relato chama a atenção para os anos potenciais de vida perdidos, um indicador que reflete o efeito das mortes precoces em relação à duração esperada da vida. 15% das mortes maternas atingiram mulheres com mais de 35 anos.

No estado do Maranhão, 51% das mortes maternas ocorridas entre 1987 e 1993 atingiram mulheres até 24 anos. As menores de 20 anos, consideradas como adolescentes pela OMS, somaram 21,2%, as de 20 a 24 anos, 22,5% e de 25 a 29 anos, 29,8%. Neste estado, é significativa a gravidade do problema da gravidez entre adolescentes, traduzindo um complexo de deficiências, sobretudo de informação e assistência.

Perfil semelhante foi identificado no município de São Paulo. O Coeficiente de Mortalidade Materna vai aumentando com a idade, o que corrobora a necessidade de se prestar cuidados redobrados às gestantes idosas. Para mulheres acima de 50 anos, que estão fora da definição clássica do coeficiente, a mortalidade foi extremamente alta. No Paraná, chama a atenção a alta mortalidade de gestantes acima de 45 anos e abaixo dos 15 anos. Já nos achados do estado do Ceará, a maior ocorrência de óbitos maternos situou-se na faixa de 25 a 29 anos, com 20,6 do total, entre 1995 e 1998. Em gestantes abaixo de 20 anos, as mortes foram de 14,6%, e naquelas com mais de 40 anos, 11,7%.

Relato do Comitê de Mortalidade Materna do estado do Piauí também mostra alta frequência na faixa de 20 a 29 anos (35,72%) e 30 a 39 anos (35,72%).

No estado do Tocantins, as mortes maternas em adolescentes mostraram incremento entre 1997 e 1999, quando chegou a compor 36,4% do total de óbitos maternos. Em 1999, 9% destas mortes situavam-se na faixa etária de 40 a 49 anos.

Em Recife, a taxa de mortalidade materna, de 1994 a 1998 foi de 78,46. Neste período, os óbitos predominaram entre 20 a 29 anos (37,96%). Em seguida, de 30 a 39, com 36,11% e 10 a 19, 21,29%.

No estado de Pernambuco, em 1997, 14% das mortes maternas ocorreram antes dos 20 anos; 46% entre 20 e 29 e 36% entre 30 e 39 anos. Acima de 40 anos, foram 4% das mortes.

Na Bahia, em 1998, a maior parte dos óbitos maternos

concentrou-se na faixa de 30 a 39 anos (cerca de 25%). Em seguida, de 20 a 29, e, depois, 15 a 19. De 40 a 49 anos, ocorreram 5% delas.

PARIDADE

Há uma correlação entre número de gestações e aumento do risco de óbito materno. Na região metropolitana de Curitiba, por exemplo, das vítimas de morte materna de 1999, 41,9% das mulheres tinham quatro ou mais gestações. 27,3% estavam na primeira gestação, 21,7% na terceira e 9,1% na segunda.

No estudo do estado do Paraná, de 859 mortes investigadas entre 1993 e 1998, o que chama a atenção é o grande percentual de grandes multíparas (com mais de 4 gestações) que foram a óbito – 34,2%. 28,2% eram primigestas. 19,3% estavam na segunda gestação e 18,3%, na terceira.

No estado do Piauí, em 1996, 31,25% dos óbitos maternos ocorreram em multíparas, 18,75% em secundíparas e 15,62% em primíparas.

COR/ RAÇA

No Brasil, são raros os dados de mortalidade materna segundo a raça. Estudos internacionais apontam risco aumentado de morte materna em minorias étnicas. Por exemplo, nos Estados Unidos, as negras têm risco relativo de 4,3. Na França, as não francesas têm risco relativo de 2,2, na Holanda, as não holandesas, de 2,6.

Segundo Tanaka, os relatos são de que a minoria (1,8%) é negra. A maioria, 56,2%, é constituída por mulheres de cor parda, morena clara e morena escura. 29,8% das vítimas foram consideradas brancas.. A maior parte delas foi considerada miscigenada, uma característica da população brasileira. Este atributo varia, também, de acordo com a composição racial predominante em cada estado.

Em virtude da intensa miscigenação racial, é difícil traçar com precisão a cor que apresenta maior risco.

Por exemplo, no Paraná, predomina a raça branca, inclusive quanto à ocorrência de mortes maternas, seguida pelas mulheres pardas, negras e amarelas. Em estudo da RedeSaúde constatou-se que a

maioria das mortes maternas ocorreu entre mulheres brancas (53,4%). Entre a raça negra, incluindo pardas e pretas, foram 17,9% dos óbitos, e 1,4% entre as mulheres amarelas. No município de São Paulo, em 1998, predominaram as brancas (51,97%), seguidas das pardas (27,56%); pretas (8,66%) e amarelas (0,79%).

Dissertação de Mestrado de Martins, realizada no Paraná, em 1993, analisou a diferença do Coeficiente de Mortalidade materna por raça. Encontrou-se 385,4 por 100.000 entre as amarelas; 342,3 entre as pretas e 51,6 para as brancas. Comparando-se à última, a mortalidade materna é 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes maior entre as pretas.

Algumas doenças de predominância racial têm expressiva significação no caso. Citamos particularmente a anemia falciforme e a hipertensão, que apresentam maior incidência entre mulheres negras.

ESTADO CIVIL

Vários estudos mencionam maior prevalência de óbitos maternos entre mulheres solteiras. Isto possivelmente indica o desamparo na maternidade como contribuinte para a morte, na mesma medida em que pode indicar uma certa confusão entre estado civil e situação marital. De fato, dados nacionais mostram que grande parte das mulheres solteiras vive em situação de conjugalidade. O estudo de Tanaka detectou maior prevalência de mulheres solteiras (62,9%), seguidas pelas casadas (28,6%). No Paraná, entre 1989 e 1998, 65,7% dos casos investigados eram de mulheres casadas, 28,4% de solteiras e 5,9% de viúvas ou separadas.

No Ceará, 34% das mulheres que morreram no ciclo gravídico-puerperal entre 1997 e 1999 foram declaradas como solteiras, o que pode indicar o desamparo na maternidade como possível contribuinte para o óbito.

Em Recife, de 1994 a 1998, 57,40% das mulheres mortas por causas maternas eram solteiras. As casadas constituíram 31,48% e as de estado civil ignorado, 11,11%. Em Pernambuco, no ano de 1997, 50% eram solteiras ou sem companheiros e 44% eram casadas.

EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA

Embora não existam dados fidedignos a respeito da violência contra a mulher no Brasil, podemos citar alguns exemplos que mostram que 70% dos incidentes de violência reportados à justiça em 1991 ocorreram em casa, e, na maior parte destes, o agressor era o marido ou companheiro da vítima. O Código Penal prevê agravamento de penas nos crimes cometidos contra as próprias companheiras ou mulheres grávidas. É importante a criação do Programa Nacional de Prevenção e Combate da Violência Sexual e Doméstica.

Por outro lado, uma reflexão indispensável é o perfil do agressor: no caso da mulher, ele surge na esfera privada - na maioria das vezes, ele é conhecido da família, freqüentemente o companheiro, o que dificulta, mais uma vez, o conhecimento da dimensão real do problema, uma vez que os vínculos pessoais prejudicam a efetivação das denúncias ou motivam sua retirada. Um dos principais móveis destas agressões é o uso do álcool. Já se demonstrou que a exposição à violência é maior, entre as mulheres, durante e ao final da gravidez e no puerpério em virtude da dificuldade de negociação das relações sexuais e à mudança de foco da atenção feminina com o nascimento da criança.

No estado do Paraná, em 10 anos, observou-se que os homicídios e suicídios de mulheres grávidas constituíram 33% do total de mortes maternas por causas não obstétricas. Este número pode ainda ser maior, pois pode não estar sendo feita a exploração da cavidade uterina durante a necropsia. A incidência destas mortes violentas é bastante expressiva. No município de São Paulo, em 1998, a violência foi responsável por 20% do total de mortes maternas não relacionadas à gravidez. Em 1997, acarretou 10,8% deste total, incluindo acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo e suicídio. Alguns tipos de mortes violentas podem chamar a atenção para a crescente falta de segurança das cidades, e ocorrem indistintamente em todas as classes sociais.

Em Pernambuco, no ano de 1997, ocorreram um suicídio e dois homicídios como causas indiretas importantes.

CAPÍTULO IV - ASPECTOS DE SAÚDE

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Em 1992, constitui-se uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a investigar a esterilização em massa de mulheres no Brasil. A questão já era objeto de projeto de lei apresentado no ano anterior. Ao final de seus trabalhos, apresentou projeto disciplinando a previsão constitucional do planejamento familiar, regulamentada em 1996 e 1997. A legislação enfatiza como pontos principais que o planejamento familiar é um direito assegurado a todo o cidadão e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole, ao mesmo tempo em que busca coibir os abusos em relação à esterilização cirúrgica. De fato, a prevalência da esterilização é muito expressiva no país, onde 40,1% das mulheres de 15 a 49 anos e que vivem em união foram esterilizadas, segundo dados para o ano de 1996 da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Em parte, a esterilização é responsável pela queda da fecundidade que vem sendo observada, exceto nas faixas etárias mais jovens. Outros fatores intervenientes são a urbanização das populações e ao sucesso de algumas outras ações de planejamento familiar, mesmo que descontínuas.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, de 1996, aponta dois dados muito interessantes sobre mortalidade infantil, com concentração no período neonatal, seguramente bastante influenciáveis pelo acesso aos métodos contraceptivos. Constatou-se que existe maior probabilidade de morte para crianças cujas mães têm menos de 20 anos, ou entre 40 e 49 anos. E é também maior em filhos de grandes múltiparas. A probabilidade de morte de um primogênito é de 37 por 1.000. Para o sétimo filho, esta probabilidade passa para 86 por 1.000. Quanto ao intervalo entre os partos, se menor que dois anos, a probabilidade de morrer durante a infância é duas vezes maior do que os que têm intervalos maiores que quatro anos.

Uma forma indireta de se avaliar a qualidade da atenção à saúde reprodutiva feminina é o estudo do nascimento de crianças com baixo peso. Nos países desenvolvidos, este percentual gira em torno de 5%. No Brasil, situa-se em 9,2%. Este índice tem como causas a prematuridade, a existência de infecções na gravidez, o tabagismo, a gravidez precoce e o intervalo menor que dois anos entre os partos. Com acompanhamento adequado, é possível se

conseguir a redução de muitos destes fatores, especialmente colaborar para o espaçamento adequado entre as gestações, mesmo as desejadas.

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde indicou que 98% da população conhece os métodos anticoncepcionais. Foi relatado o emprego de algum método de planejamento familiar por 85% dos homens e 73% das mulheres da população amostral. No entanto, o simples conhecimento dos métodos não garante seu uso correto.

A mesma pesquisa mostrou que 75% das mulheres fazem uso de algum método contraceptivo. Os mais comuns são a esterilização (40%) e a pílula (21%). O uso de preservativos era menos frequente (4,4%). O DIU era usado por 1,1% das mulheres, a esterilização masculina foi relatada em 2,6% dos homens.

Em favelas do Rio de Janeiro, das mulheres que usavam a pílula, 23% não as tomavam do modo correto. Elas haviam diminuído a ingestão em virtude de efeitos colaterais, ou para reduzir o custo. Um grande contingente compra as pílulas em farmácias, quase todas sem orientação médica. Foi constatado o uso de pílulas anticoncepcionais em mulheres fumantes, acima de 40 anos e em portadoras de problemas de saúde que contra-indicariam seu uso.

Um exemplo mencionado pelo Comitê do Paraná mostra que apenas 60% das mulheres estudadas engravidaram dentro do intervalo adequado, que é de dois anos. Neste estado, muitas mulheres portadoras de doenças crônicas, que contra-indicariam nova gravidez, continuaram engravidando, por falta de acesso ou indicação ou uso incorreto dos métodos. Nestes casos, um bom aconselhamento sobre planejamento familiar é essencial.

No grupo de mulheres mortas, de 93 a 98, mais da metade não usava anticoncepcional. Dentre as que usavam, o método mais empregado foi o hormonal. Chama a atenção a pequena utilização de Dispositivos Intra-uterinos.

Um terço dos casos de morte materna, no estado do Ceará, ocorreu entre mulheres que tinham um intervalo menor que dois anos entre as gestações. 40% destas mortes ocorreram entre mulheres com quatro ou mais gestações – chegando até a um total de dezessete!

De maneira geral, as mulheres brasileiras têm altas taxas de fracasso com métodos que, se empregados da forma correta, confeririam

proteção altamente eficaz contra a gravidez indesejada. O uso inconsistente, o medo dos efeitos colaterais, o desconhecimento da forma correta de usá-los e a crença na falta de necessidade deles foram responsáveis por incontáveis gravidezes indesejadas.

No entanto, denúncia feita em Audiência Pública pela Promotora de Justiça do Distrito Federal mostrou existirem indícios da baixa qualidade de um lote de anticoncepcionais distribuído pelo Ministério da Saúde. Na ocasião, ressaltou a dificuldade de adaptar as necessidades sanitárias às exigências da lei de licitações em vigor. É lamentável que, uma vez que se consegue superar tantos obstáculos - o acesso ao serviço de planejamento familiar e o acesso ao método mais indicado, este esforço seja frustrado pela má qualidade do produto que se distribui para a população. Neste sentido, mais recentemente, o maior cuidado nestas aquisições tem sido observado, causando, todavia, alguma lentificação no processo.

É essencial o acesso a informações precisas sobre os riscos e benefícios de cada método, efeitos colaterais, uso adequado, além do fornecimento deles em qualidade e quantidade suficientes por parte das autoridades sanitárias.

Em 1994, o Alan Guttmacher Institute estimou em 22% das mulheres brasileiras entre 15 e 44 anos (cerca de 8 milhões de mulheres) o contingente que demanda serviços de contracepção e saúde reprodutiva.

ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

O acompanhamento da gestação é extremamente importante para detectar indícios de complicações, propiciando o diagnóstico e tratamento precoce de qualquer intercorrência. Além das alterações mais comuns, ainda podem ser identificados problemas que implicam dificuldades no parto, como alterações da inserção da placenta ou do cordão umbilical, desproporções entre a cabeça da criança, seu tamanho e a pelve da mãe.

Considera-se adequada a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal com início precoce durante a gestação. No entanto, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde detectou 30% das mulheres residentes em áreas rurais que não compareceram ao pré-natal, contra 8,6% em áreas urbanas.

Dados do Ministério da Saúde indicam um crescimento geral no Brasil de 50,48% no número de consultas de pré-natal realizadas entre 1996 e 1998. Entre os anos de 1997 e 1998, o aumento foi de 78%. Entre 98 e 1999, o aumento foi de 18%. Em 1996, foram feitas 1.691.704 consultas, e em 1998, 2.545.751. Do mesmo modo, a média de consultas por mulher vem aumentando. Dados não oficiais mostram a realização de 2.505.341 partos e 9.985.625 consultas de pré-natal na rede do Sistema Único de Saúde.

O quadro seguinte indica, a partir de informações da PNDS, que a cobertura do pré-natal em termos de número de consultas é adequada. O início também se dá em uma fase onde são perfeitamente possíveis as intervenções. No entanto, a vacinação antitetânica e a falta de cartão pré-natal atestam ainda a deficiência dos serviços prestados.

Algumas Características da Assistência Pré-natal dos Nascidos Vivos (últimos Cinco Anos anteriores da PNDS/96) Brasil, 1996

Nº Consulta de pré-natal	%	Período de Gestação Primeira Consulta	%	Vacinação Antitetânica	%
Nenhuma	14,3	Sem pré-natal	14,3	Nenhuma	36,5
1,3 consultas	8,1	0-3 meses	66,0	1 dose	13,2
4-6 consultas	28,4	4-6	17,8	2 dose	45,3
7 consultas	47,5	7-9 meses	1,5	Sem resposta	5,0
Sem resposta	1,7	Sem Resposta	0,4		
Mediana	7,4	Mediana	2,9	Com cartão de pré-natal	51,1

Uma forma de avaliar a qualidade do controle pré-natal é a vacinação antitetânica, a posse do cartão da gestante e a incidência da sífilis congênita. Mais de um terço das gestantes não recebeu nenhuma dose do Toxóide Tetânico, 45% receberam apenas duas doses. Metade possuía o cartão da gestante, em percentuais mais baixos na zona rural e na Região Nordeste. Estes dados são da PNDS/96. Quanto à sífilis congênita, ela é considerada um evento marcador, que aponta falha da atenção pré-natal e dos programas de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Entre setembro de 1996 e junho de 1998 foram registrados 1.397 casos (6,1 por 1.000 nascidos vivos). Das

gestantes que fizeram o exame de VDRL com resultado positivo, apenas 75,8% foram tratadas. Dois por cento das puérperas que fizeram o exame também foram positivas. É essencial considerar que em 40% dos casos de sífilis na gestação, não tratada, ocorre morte fetal ou neonatal precoce.

Um dos objetivos do programa governamental é interromper a transmissão da sífilis da mãe para o feto, além de prevenir casos entre mulheres em idade fértil e gestantes, e propiciar tratamento precoce para as crianças doentes.

O perfil dos nascimentos com sífilis congênita é bastante superponível ao da mortalidade materna: gestantes jovens, de 19 a 23 anos, de escolaridade até o primeiro grau, donas de casa, com até duas gestações anteriores e casos de aborto ou natimorto. Quase sessenta por cento não têm registro de acompanhamento pré-natal. Porém, 20,8% tinham de 4 a 6 consultas, e 23,5% fizeram a primeira consulta ainda no primeiro mês de gestação. Além do mais, os parceiros foram comprovadamente tratados em somente 19,5% dos casos identificados.

Relatório de Tanaka afirma que o pré-natal foi feito em 64,3% das mulheres que foram a óbito por causas obstétricas diretas (7,1% não o freqüentaram). Dentre as mortes por causas obstétricas indiretas, 56,5% fizeram o pré-natal, e 17,4% não.

No estado do Ceará, em 1999, 77% das mulheres que morreram durante o ciclo gravídico-puerperal tiveram algum controle pré-natal, sendo que 30% delas tiveram de uma a três consultas. Porém, constata-se um retardo na busca à assistência, pois 14% somente buscaram os serviços no último trimestre de gravidez, e 19% abandonaram o pré-natal no primeiro ou segundo trimestres.

No estado do Paraná, em dez anos, 82,7% das mortes maternas ocorreram entre mulheres que freqüentaram o pré-natal. 17,3% delas não compareceram. Quanto ao número de consultas, somente 41,2% delas tiveram mais de 6 consultas, a maior parte delas na rede pública.

Outra indicação da pequena cobertura do pré-natal vem do estado do Rio de Janeiro, que estimava, para 1996, a necessidade de 1.652.040 consultas. No entanto, foram registradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde a realização de somente 315.445

consultas desta natureza. Já os dados constantes do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) indica a realização de somente 230.063 consultas.

No mesmo estado, é muito alto o percentual de casos em que não foi possível obter informações sobre assistência pré-natal, o que demonstra a desvinculação deste acompanhamento ao parto, além da pouca importância conferida ao Cartão da Gestante.

Em linhas gerais, podemos considerar a hipótese de que antes de ser um problema de número de consultas de pré-natal, o problema seja da qualidade destas consultas, uma vez que 47,5% das mulheres fazem uma média de sete consultas durante a gestação. Ou seja, é possível considerar que o simples comparecimento às consultas de pré-natal não garanta a redução da mortalidade materna, devendo ser adotadas medidas que promovam esta qualificação.

ATENDIMENTO AO PARTO/ VIA DE PARTO

Foi reiteradamente mencionado que cerca de 80% dos partos ocorrem sem complicações, podendo ser atendidos por instalações e equipamentos básicos e equipe profissional mínima.

O Brasil, por muito tempo, postulou o título de campeão mundial de partos cesáreos. A Organização Mundial de Saúde considera aceitáveis índices em torno de 15%. No âmbito do SUS, o percentual situava-se em torno de 32% de 1995 a 1998, quando foi implantada a política de redução de partos cirúrgicos, inclusive com limitação de pagamento. A meta era reduzir o número de cesarianas até o final de 2000 para 30%. No entanto, em 1998 já se havia alcançado o patamar de 28%; em 1999, 25% e 23% em 2.000, segundo informações do Ministério da Saúde.

A cesariana tem indicação precisa – e nestes casos específicos representa medida salvadora. Porém, para circunstâncias em que atendem apenas às conveniências da equipe de saúde ou da parturiente, podem significar risco aumentado para a mãe e para o concepto. Estes riscos incluem infecções, problemas anestésicos e hemorragias.

Apesar da iniciativa do Ministério da Saúde de conter o número de cesarianas através de medidas que limitam o pagamento, a taxa de

cesáreas em 1998 foi de 44% no estado do Paraná, segundo dados obtidos do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos. No mesmo período, os dados do Sistema Único de Saúde indicavam 35%. Existem indícios de existência de formas de burlar o cumprimento desta resolução, embora, também, tenhamos recebido manifestações no sentido de reduzir estes índices também no setor privado.

Não existem dados conclusivos para mortalidade relacionada à via de parto. Foram feitas referências a estudos que mostram que, mesmo sendo um procedimento de baixo risco quando bem indicadas, elas envolvem um risco de morte materna 2 a 4 vezes superior ao parto normal. Um estudo publicado recentemente no Jornal da Associação Médica Americana – JAMA, estudou, nos Estados Unidos, a associação entre a forma de dar à luz e o risco de reinternação da mãe. Apesar da necessidade de reinternação ter ocorrido em somente 1,2% do total de mulheres estudadas, concluiu-se que a cesariana está associada a riscos significativamente aumentados de infecção uterina, complicações da ferida cirúrgica e intercorrências cardiopulmonares e tromboembólicas em comparação ao parto vaginal. Em 1996, 21,8% dos partos nos Estados Unidos foram cirúrgicos. O documento “Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna” procurou avaliar a correlação entre partos cesáreos e a mortalidade materna no Brasil, mas não foi conclusivo quanto à avaliação dos dados.

Recente artigo do Ministro da Saúde estimou este aumento do risco em sete vezes para a mãe, e em três o do recém-nascido. Porém, muitas destas intervenções são feitas em mulheres em estado grave, o que concorre para dificultar esta avaliação.

Para as gestações seguintes, as cesarianas prévias podem implicar inserção baixa de placenta ou retenção placentária, além de rotura uterina, todas estas condições que podem conduzir ao óbito.

Das mortes maternas por causas obstétricas diretas estudadas por Tanaka, 57,1% fizeram parto cesáreo e 21,4%, normal. Dentre as causas indiretas, não houve nenhum parto normal.

No estado do Paraná, em quatro anos de estudo, foi avaliada a existência de um risco duas vezes maior de morte para cesarianas que para os partos normais.

O Comitê de Morte Materna do Estado do Rio de Janeiro identificou que, de cada 3 partos, somente um foi normal. Os outros dois foram por cesárea. Dentre as mulheres mortas por causas maternas de 1996 a 1999, 53% foram submetidas à cesárea.

O estado do Ceará constatou que as mães que vieram a falecer receberam alta hospitalar em 25% dos casos, o que pode significar que este procedimento esteja sendo adotado com precocidade perigosa.

Em Recife, no ano de 1998, 40% das mortes ocorreram após cesárea, ainda na gestação, 30%, após parto normal, 26% e após aborto, 6%. Os óbitos aconteceram com maior frequência (65,21%) no puerpério precoce.

ATENDIMENTO AO PUERPÉRIO

O acompanhamento da mulher após ter dado à luz é muito importante. Nas primeiras horas, é essencial se atentar para a ocorrência de sangramentos, e intervir precocemente caso eles ocorram. Em seguida, são indispensáveis a atenção à evolução, inclusive com orientação quanto ao aleitamento, e o acompanhamento de possíveis infecções ou outros agravos menos frequentes, mas igualmente graves.

A prática da alta precoce, com somente 48 horas de internação após as cesarianas, mesmo em mulheres que já estejam com sinais de infecção, como detectado no Paraná, concorre para o risco aumentado de reinternação e morte. A alta precoce é explicada pelos prestadores de serviço como decorrente dos baixos valores pagos pelo SUS e pela carência de leitos hospitalares. É essencial que no acompanhamento pós-parto se proceda à avaliação cuidadosa do risco reprodutivo, quando deve ser traçada a melhor estratégia de anticoncepção segundo o desejo e as condições da mulher.

Pesquisa realizada pelo SOS Corpo em 1988 apontou que médicos informavam ser “frequente a volta das mulheres às unidades por causa de infecções e pontos quebrados em função de relações sexuais violentas ou porque os maridos se recusam a tratar as DSTs”.

Tem sido recomendada uma visita ambulatorial após o parto, pelo menos. Esta visita integra o acompanhamento incentivado pelo Ministério da Saúde. No entanto, foi manifestada em depoimentos, a necessidade

de que este número fosse ampliado para, no mínimo, três: aos sete, trinta e sessenta dias após o parto. Isto seria justificado pela possibilidade de traçar a melhor estratégia contraceptiva para o casal, evitando os riscos e os curtos intervalos interpartais.

ATENDIMENTO PROFISSIONAL

O Comitê de Morte Materna do Paraná estimou as mortes maternas, de 1989 a 1998, segundo a atenção ao parto, apontando a ocorrência de 65,% delas em atendimentos por obstetras, 27,9% por clínicos gerais, 1,6% por parteiras e 5,0% por outros profissionais. Neste mesmo estado, verificou-se a ocorrência de óbitos em circunstâncias onde o anestesista e o cirurgião eram a mesma pessoa, o que deixa o procedimento anestésico sem acompanhamento algum.

Esta conduta é extremamente arriscada. A partir de relatos, vimos que alguns profissionais recorrem a ele em casos em que eles são os únicos da localidade. Isto pode significar um ato ao mesmo tempo de coragem, por representar uma tentativa de salvar duas vidas, e extremamente temerário, pelo enorme risco de negligenciar o procedimento delicado da anestesia. Por curiosidade, artigo publicado em maio de 2000 no Jornal da Associação Médica Americana relata a preocupação japonesa com os índices de 9,5 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Dentre as mortes consideradas evitáveis, 68% foram atribuídas à atuação de um único profissional como obstetra e anestesista. Lá existe também a preocupação com a subnotificação, que decorre do temor de processos judiciais.

Como a maior parte das mortes maternas no Brasil ocorre em ambiente hospitalar, fica evidente a má qualidade do atendimento em unidades que deveriam oferecer recursos.

ASSISTÊNCIA INSTITUCIONAL

Estudo de Tanaka analisou a gravidade dos casos no momento da admissão da paciente. 57,1% delas deram entrada em estado geral grave e 14,3% foram admitidas sem vida, nos casos de morte por causas diretas. Dentre as que morreram por causas obstétricas indiretas, 71,4% foram internadas em estado grave. Considerando a totalidade das causas maternas, das mulheres que morreram por causas maternas, 56,5% estavam em condições graves e

8,7% estavam mortas. Porém, em 26,1% as condições eram boas ou regulares, o que indica a deficiência da atenção prestada.

Um fator que concorre para a morte materna é a infecção hospitalar. Dentre as internações realizadas pelo Sistema Único de Saúde, estimou-se que 13% dos doentes adquiriram infecções. O próprio Ministério da Saúde avalia que este número seria redutível em 30%. Em Obstetrícia, o índice de infecções hospitalares gira em torno de 4,7%. Na rede própria ou credenciada do SUS, dos 6.932 hospitais, em 1998, somente 1670 haviam informado contar com Comitês de Controle de Infecção Hospitalar, instância essencial para monitorar o problema e instituir medidas adequadas a cada setor.

Estudo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul avalia o hospital de alto risco como aquele em que os equipamentos básicos não existem ou não funcionam, falta cobertura de anestesia, faltam o banco de sangue e salas de recuperação, além do pessoal técnico não ter treinamento suficiente e adequado. Por exemplo, em 1996, a Secretaria de Saúde realizou estudo de 460 maternidades públicas e conveniadas no estado de São Paulo, chegando à conclusão de que apenas 110 delas tinham condições adequadas para atendimento ao parto.

No estado do Paraná, 94,2% dos partos que levaram à morte materna foram realizados em hospital. As cesarianas corresponderam a 63%, o parto normal, a 35,2% dos casos. O risco identificado para a cesariana em relação ao parto normal é duas vezes maior. O estudo da situação deste estado quanto à transfusão de sangue mostrou que 84,7% receberam sangue em tempo oportuno e 15,3%, não. Para obter o sangue, não houve dificuldades em 80,9% dos casos, e em 19,1, elas ocorreram.

No município do Rio de Janeiro, em 1999, 24,7% das mortes ocorreram em unidades públicas municipais, 21,0% em unidades públicas federais, 18,5% em unidades estaduais. A rede privada teve 17,3% destes óbitos, os hospitais militares e universitários, 7,4% cada, a rede filantrópica ou conveniada, 3,7%.

O Comitê Estadual de Morte Materna do Acre considera como de responsabilidade institucional cerca de 90% dos óbitos maternos. Em Recife, de 1994 a 1998, 70,37% dos óbitos ocorreram em hospitais com maternidade; 24,07% em hospitais sem maternidade; 3,70% em domicílio. No estado de Pernambuco, em 1997, 80% dos óbitos aconteceram em serviços

hospitalares, 17% em domicílios e 3% em via pública. A maioria das mortes maternas foi classificada como evitável pela melhoria na cobertura e na qualidade da assistência obstétrica.

POUCA DISPONIBILIDADE DE SANGUE

Em todo o país, o número de mortes maternas por hemorragia é inaceitável, e o sangramento no puerpério é comum, especialmente em pacientes anêmicas e debilitadas. A rede dos bancos de sangue deve ser estimulada e fortalecida para que haja sempre sangue em estoque para atender às emergências, quer obstétricas ou não. Além da disponibilidade de sangue de qualidade, é importante que ele chegue à paciente em tempo hábil.

Por exemplo, em Curitiba, no Paraná, em 1997, houve dificuldade em se conseguir sangue em 40% dos casos onde ele era necessário. Sem dúvida, um índice extremamente elevado para um município com boas condições de assistência à saúde.

DIFICULDADE DE REFERÊNCIA E TRANSPORTE

O Relatório do estado do Paraná estudou o problema de transferência entre 1993 e 1998, sendo que 28,7% das mulheres que vieram a morrer necessitaram de transferência para serviços de maior complexidade. Isto decorre da concentração de unidades de saúde terciários em locais de grande densidade populacional.

Uma iniciativa interessante é o serviço de Disque Maternidade implantado em Salvador e região metropolitana, que está sendo estendido para Feira de Santana, Barreiras, Guanambi e Itabuna, na Bahia.

A QUESTÃO DO ABORTO

Existem estimativas de que, na década de 80, na América Latina, 1/4 a 1/3 do controle da fecundidade ocorreu através da indução ao abortamento.

No Brasil, em 1997, o Ministério da Saúde calculava que cerca de dez milhões de mulheres estariam expostas à gravidez indesejada, tanto pelo uso inadequado de métodos anticoncepcionais quanto pela falta de conhecimento ou de acesso a eles. Estas estimativas apontavam a possível

ocorrência de 1 a 1,2 milhão de abortamentos anuais, causando 9% das mortes maternas com a possibilidade de identificação direta da causalidade, uma vez que é possível considerar que nas notificações de hemorragia e infecções possam estar tentativas de aborto malsucedidas e não registradas devido à ilegalidade da prática.

As informações mais recentes do Ministério da Saúde indicam que, para o ano de 1998, o aborto foi responsável por 5% das mortes maternas, constituindo sua sexta causa.

Na maioria dos casos, esses abortamentos clandestinos são realizados com procedimentos que resultam em infecção. A sua natureza de clandestinidade retarda a procura do socorro. Estudo do Alan Guttmacher Institute estima que perto de 30% das gestações terminam em aborto. Publicado em 1994, o Relatório indica a realização de 44 abortos para cada 100 nascidos vivos, ou 3,65 por 100 mulheres de 15 a 49 anos, para o ano de 1991. Ressalta que quase metade das gravidezes no Brasil são indesejadas.

Na rede do SUS, eles constituem a quinta maior causa de internação. No ano de 1997 há registro do atendimento de quase 250 mil casos. Estudos da década de 90 em várias cidades brasileiras mostram um perfil semelhante das mulheres internadas pós-aborto: jovens (menores de 20 anos) e primigestas.

Alguns outros trabalhos mostram altas proporções de abortos realizados por médicos, em torno de 60% dos casos. No entanto, com o advento do misoprostol houve uma diminuição de complicações pós-aborto em comparação com o uso de outros métodos. Ele foi relatado inclusive como sendo mais barato, embora o procedimento médico ainda seja o desejado pela maior parte das mulheres. Em todo o país, constatou-se a explosão do uso deste medicamento como indutor do aborto, apesar das restrições à sua venda.

Dossiê da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos reprodutivos aponta o aborto como a terceira causa de óbito materno no país. Este fato conduz à discussão da falta de acesso aos métodos de planejamento familiar, previstos na Constituição de 1988 e disciplinados pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. A prática de abortamentos clandestinos pode também ser responsável pela grande prevalência de morte entre grávidas de 15 a 19 anos, de acordo com Tanaka e colaboradores.

Um estudo de casos de morte materna no Maranhão mostrou que, entre 1987 e 1991 o abortamento foi responsável por quase 20% dos casos de óbito e pela ausência de notificação nos dois anos seguintes. Isto traduz a intenção de ocultar a causa real da morte.

Acredita-se que, quanto maior a motivação para o controle da fecundidade, maior será a motivação para realizar abortos. As razões para isso são primeiramente econômicas e familiares, por falta de apoio emocional ou financeiro, ou por relações instáveis. Na análise realizada em 1991 por Martins e colaboradores no Rio de Janeiro, detectaram-se alguns fatores de risco: “mulheres que moram sozinhas têm uma chance 5 vezes maior de abortar que mulheres casadas; donas de casa que não trabalham fora tinham um risco menor de abortar comparado com mulheres que trabalham fora (risco 3,5 vezes maior); mulheres desempregadas ou procurando emprego (risco 2,3 vezes maior); mulheres que estudam (4 vezes maior); e mulheres com algum aborto prévio tinham um risco 2 vezes maior que as outras.” O risco de aborto provocado aumenta também de acordo com o número de métodos contraceptivos empregados ao longo da vida, que pode sinalizar um emprego inadequado e riscos à saúde.

Uma avaliação domiciliar feita por Costa, em 1994, no Rio de Janeiro, em mulheres que abortaram, seis meses após sua internação, mostrou que elas permaneciam expostas ao risco de engravidar. 12% estavam grávidas ou suspeitavam que estivessem. 3% já haviam engravidado e abortado novamente. Dentre as que engravidaram neste intervalo, 69% haviam interrompido o uso de anticoncepcionais em virtude de efeitos colaterais. 38% estava usando a pílula de modo incorreta. 5% das mulheres já tinham quatro ou mais abortos anteriores. Um quarto delas relatavam problemas pélvicos restantes, principalmente quadros dolorosos, até a doença pélvica inflamatória, de conseqüências muito mais graves.

Isto leva a refletir quanto à permissão de realizar o abortamento. Sua proibição induz à clandestinidade, o que implica riscos sérios à vida e à saúde, multiplicando enormemente o risco de morte por complicações, especialmente infecciosas. Muitas mulheres, ainda, se queixam do atendimento hostil que recebem na rede hospitalar quando atendidas para tratar as seqüelas destes abortos. Além disto, deve ser ponderado que o número de casos desconhecidos pela rede de saúde, ou tiveram sucesso – possivelmente por haverem sido realizados em boas condições, por disponibilidade de maiores

recursos financeiros, ou porque levaram à morte. Em toda a América Latina existem clínicas de aborto de alto custo e qualidade. Isto mostra que a população de classe média e alta também apela para o aborto. Mais de um terço de mulheres de acesso privilegiado à informação e aos meios contraceptivos admitiu já ter provocado abortos, no Rio de Janeiro, segundo estudo de Giffin.

Existem ainda os fatores morais vigentes na sociedade, que reprovam a realização do aborto, e a classificação destas mortes em outra categoria pode ser uma forma de evitar o constrangimento das famílias. Por ser o aborto um tema que vem provocando sérias discussões religiosas, sociais, políticas e éticas, as tentativas de mediação do problema no Brasil são ainda muito precárias. Em nome disto, práticas malsucedidas de aborto vêm engrossando as estatísticas nacionais de morbimortalidade materna. É preciso e urgente que o tema do aborto seja discutido de forma democrática e tolerante na esfera legislativa brasileira, de forma a contemplar não apenas as posições religiosas ou morais de determinadas parcelas da sociedade, mas, principalmente, a pluralidade de posições e crenças que caracterizam toda a sociedade brasileira.

Cabe a esta CPI constatar que, sendo o aborto causa expressiva de mortalidade materna no Brasil, deve ser incentivado o debate a este respeito, sugerindo modos de evitá-lo. Diversas proposições a seu respeito tramitam na Casa.

Os projetos são diversos, tanto em quantidade, quanto em posições tomadas. Muitas proposições estão apensadas a outras por tratarem de matéria semelhante.

Assim, a título exemplificativo, temos o **PDC 737/98**, que susta aplicação de norma técnica expedida pelo Ministério da Saúde, que permite a prática de aborto nos hospitais mediante a apresentação do Boletim de Ocorrência Policial, acompanhado da declaração da gestante de que a gravidez foi resultado de violência sexual. É bom ressaltar que a CCJR opinou pela inconstitucionalidade deste PDC.

Há, entre outros, o **PL 20/91** que dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento, pelo Sistema Único de Saúde, nos casos de aborto previstos no Código Penal; o **PL 605/99** que dispõe sobre a obrigatoriedade dos servidores das delegacias de polícia informarem as vítimas de estupro sobre o direito de aborto legal; o **PL 1135/91**, que suprime o art. 124

do Código Penal, que tipifica a conduta do aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento; o **PL 1174/91**, que autoriza o aborto quando a gravidez representar risco de vida ou saúde física ou psíquica da gestante; o **PL 1956/96**, que autoriza a interrupção da gravidez quando o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de malformação incompatível com a vida ou de doença degenerativa incurável; o **PL 2929/97**, que permite a interrupção da gravidez às mulheres estupradas por parentes; e em sentido totalmente contrário, o **PL 4703/98**, que inclui como crime hediondo o aborto provocado pela gestante ou por terceiros, com o seu consentimento.

RESGATANDO O PAISM – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

O PAISM foi criado em 1984, propondo uma expansão do que se entendia por assistência à mulher, que se resumia à fase gravídico-puerperal. Pretendia implantar “ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde”. O governo já reconhecia, àquela época, muitas deficiências que constatamos ainda hoje, talvez até, bastante agravadas, especialmente pela progressão das desigualdades. Esta proposta baseou-se em dados do Censo Demográfico de 1980.

As causas de morte relacionadas à função reprodutiva mais frequentes eram hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto. No documento do Ministério da Saúde já proclamava a inevitabilidade destas mortes, o mesmo se afirmando quanto às mortes por neoplasia mamária ou de colo uterino.

Os problemas relacionados ao desempenho obstétrico estavam apontados: a desnutrição, infecções do trato urinário, hábitos como o tabagismo, doenças sexualmente transmitidas ou doenças anteriores, como hipertensão ou cardiopatias.

A queda da fecundidade foi atribuída ao papel da mulher na força de trabalho e no núcleo familiar, ao emprego de métodos contraceptivos, não apenas ao aborto, e ao movimento de migração para centros urbanos sem condições de absorver este contingente.

O aborto, pouco estudado, tinha indícios de crescimento entre 1960 e 1965 da ordem de 34 a 150%.

A avaliação apresentada identificou baixa cobertura pré-natal. 94% das mulheres de renda superior a dez salários mínimos tinham cobertura contra 70% das de menor renda.

Já se chamava a atenção a perambulação por maternidades, a medicalização do parto, o crescimento das cesarianas. Era reconhecida a sobrecarga de trabalho, o despreparo do pessoal de saúde. Quanto ao planejamento familiar, identificava-se o recurso a métodos inadequados e a alta taxa de esterilização. A gravidez na adolescência e a grande incidência de doenças sexualmente transmitidas causavam preocupação. Quanto às mulheres de risco por doenças crônicas, não existia orientação para regulação da fertilidade.

Além destes aspectos que se referem à saúde reprodutiva, o PAISM contemplava ainda a importância de ampliar a identificação e controle de patologias mais prevalentes, além de prevenir o câncer cérvico-uterino e mamário, o acompanhamento da menopausa e o tratamento da esterilidade conjugal, permeados por abordagens educativas que assegurassem os conhecimentos necessários a um maior controle sobre a saúde. O cuidado com a criança, especialmente no estímulo à amamentação preponderavam.

Foram enfatizados a assistência clínico-ginecológica, o acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e puerpério imediato, - com a preocupação de garantir o parto e qualificar o parto domiciliar por parteiras.

Em resumo, o programa era de atenção global e não difere muito da linha de propostas e constatações que temos agora.

Este Programa, apesar de suas intenções louváveis, não conseguiu se desenvolver na extensão pretendida. O que se teme, no momento, é que suas premissas fiquem perdidas, diluídas em ações como a saúde da família, perdendo sua focalização nos aspectos reconhecidamente negligenciados da saúde feminina.

A conclusão que se chega é que, se houvesse sido cumprido o que propôs o PAISM, possivelmente os dados levantados seriam muito diferentes, e talvez não houvesse nem a necessidade de instalação desta CPI. Uma das propostas mais relevantes é a de retomar as premissas deste programa.

CAPÍTULO V - ASPECTOS PROFISSIONAIS

DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DOS MÉDICOS

Alguns estudos sugerem uma tendência de que o profissional médico permaneça no local onde foi formado. Assim sendo, a distribuição dos médicos tenderia a corresponder à distribuição das escolas, apresentando maior concentração nas regiões mais desenvolvidas. No entanto, médicos formados em locais menos desenvolvidos procuram a Residência Médica em centros de maior avanço tecnológico e, no mais das vezes, não voltam para exercer a Medicina no local de origem. Isto foi comentado especificamente sobre Roraima em uma das Audiências Públicas.

Observou-se a tendência semelhante: os médicos formados por faculdades no interior procurarem se instalar em pontos do interior do país. Isto foi verificado entre os formados da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Federal em Pelotas e pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, por exemplo.

No momento atual, os médicos são oriundos de famílias de profissionais liberais, em especial, de médicos, são mais urbanos, mais educados e de uma camada social mais intelectualizada. 79,8% deles vivem e buscam trabalhar em capitais, segundo análises da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”.

Do mesmo modo, esta pesquisa aponta a existência, em 1995, de 21.575 especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, uma das áreas de maior concentração de médicos. A região Sudeste tinha 12.457 deles (57,7%); o Nordeste, 3.532 (16,4%); a região Sul, 3.230 (15,0%); Centro-Oeste, 1.662 (7,7%) e região Norte, 694 (3,2%). A distribuição da totalidade dos profissionais médicos obedece a percentuais bastante semelhantes.

Estimativas do Conselho Federal de Medicina de agosto de 2000 apontam um total de médicos ativos de 244.690. Nas capitais estão 133.569, e 90.521 no interior. Mais de 20 mil têm endereços desatualizados ou estão em outros estados. Em alguns estados, a disparidade chama a atenção. No Acre, existem 294 médicos em atividade, sendo 188 na capital. No Amazonas, dos 1.779 profissionais em atividade, apenas 77 estão no interior. No Amapá, a

situação é semelhante: 226 na capital e 11 no interior.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE divulgou informações relativas ao ano de 1999, onde fica demonstrado o aumento do número de postos de trabalho médico em 39,7% em comparação a 1992. O setor privado registrou um aumento de 48,5% e o público, 31,2%. Em todas as regiões houve aumento de postos de trabalho médico passando no país como um todo, de 2,1 para 2,6 por 1.000 habitantes. No entanto, as regiões Norte e Nordeste são as que menos postos oferecem.

Em março de 2001, o Conselho Federal de Enfermagem contava com 90.661 enfermeiros; 451.911 técnicos de enfermagem; 102.897 auxiliares de enfermagem; 58.643 atendentes e apenas 233 parteiras. Estimativas para o ano de 2.000 mostram a existência de apenas 0,5 enfermeiro para cada 1.000 habitantes do Brasil.

A enfermeira obstétrica é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e deve seguir curso de especialização. Entre suas atribuições, além de prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento à evolução e ao trabalho de parto, execução e assistência obstétrica em situações de emergência, ainda está incluída a identificação das distócias obstétricas e tomar todas as providências até a chegada do médico. Estes itens constam da Resolução COFEN Nº 223/99.

ENSINO MÉDICO

Estatísticas do Conselho Federal de Medicina apontam a existência de 93 escolas médicas no Brasil. Até 1995, este número era de 81, sendo já cerca de um terço passível de ser considerado “fraco”, segundo avaliações da Editora Abril. As demais foram criadas recentemente, com padrão de qualidade suspeito. Elas não se situam nem no Norte ou no Nordeste, onde existem poucos médicos, e são todas particulares. Em 1994, existiam 40.233 alunos matriculados nos cursos de Medicina. Em 1998, este número cresceu quase 25%, indo para 50.897. O aumento de vagas no vestibular passou de 7.979 para 9.051 neste período.

O que deve ser considerado é que um profissional médico com formação deficiente representa ameaça importante para a vida e a saúde das pessoas, fato reconhecido inclusive pelo Ministro da Educação.

Para a criação de novos cursos de Medicina, o Conselho Nacional de Saúde deve ser consultado, mas a instância a quem cabe recurso é o Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação e do Desporto, que emite a decisão final. Recentemente foram autorizados diversos cursos à revelia do Conselho Nacional de Saúde. Indaga-se se, a exemplo dos cursos de Direito, onde a Ordem dos Advogados opina, se não seria desejável que o Conselho Profissional participasse desta definição.

O princípio de autonomia universitária autoriza estas entidades a “criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior”, podendo ainda fixar o número de vagas. As universidades são caracterizadas de forma muito geral pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), segundo um número mínimos de mestres e doutores e de professores em tempo integral. Em seguida, o Ministério da Educação lançou portarias a respeito desta classificação.

Número de escolas médicas por estado – Brasil - 2000

ESTADO	Nº ESCOLAS
Alagoas	2
Amazonas	1
Bahia	2
Ceará	2
Distrito Federal	1
Espírito Santo	2
Goiás	1
Maranhão	1
Minas Gerais	10
Mato Grosso do Sul	1
Mato Grosso	2
Pará	2
Paraíba	2
Pernambuco	2
Piauí	2
Paraná	6
Rio de Janeiro	16
Rio Grande do Norte	1
Roraima	1

ESTADO	Nº ESCOLAS
Rio Grande do Sul	10
Santa Catarina	3
Sergipe	1
São Paulo	22
TOTAL	93

Fonte: Conselho Federal de Medicina

PROVÃO

A partir de 1999 os cursos de Medicina foram incluídos no Exame Nacional de Cursos, conhecido como Provão. Os objetivos deste exame são avaliar os médicos recém-formados, definir novos padrões de qualidade para o ensino médico, auxiliando o poder público na reorientação dos métodos e propostas curriculares.

Participaram da avaliação 81 cursos. 44 da região Sudeste (54,3%) em contraposição às regiões Norte e Centro-Oeste, com 4 cursos cada, correspondendo a 4,9% do total. Deve ser ressaltado que, como os participantes eram os formandos, todas as faculdades criadas mais recentemente – muitas de qualidade duvidosa - não foram incluídas nesta avaliação. Participaram do exame 7.792 graduandos. Das notas obtidas, cerca de 50% alcançaram entre 42 e 59. O desempenho se mostrou bastante abaixo do esperado, não somente para Medicina, como para todos os demais cursos avaliados.

Os conceitos obtidos pelos cursos foram atribuídos a partir do desempenho dos graduandos, e o resultado distribuiu-se desta forma:

A – 10 cursos

B – 15 cursos

C – 33 cursos

D – 16 cursos

E – 7 cursos

A previsão é de que o Ministério da Educação supervisione mais de perto os cursos que obtiveram conceito D e E, que correm o risco de

serem fechados. Porém, como a manutenção destes cursos representa uma fonte extremamente lucrativa, tem sido observada a tendência da abertura de muitos outros, a despeito da discordância do Conselho Nacional de Saúde e de órgãos representativos da classe médica.

Uma das constatações mais graves deste exame foi que os egressos dos cursos de Medicina consideram as aulas práticas insuficientes, e os equipamentos de laboratório, além de desatualizados, também insuficientes para atender à demanda dos alunos.

As críticas mais constantes à aplicação deste exame são de que ele não consegue abarcar toda a complexidade do curso médico. As corporações médicas, apoiadas no princípio da auto-regulação profissional, acreditam que a avaliação deve ser efetuada pela própria corporação.

RESIDÊNCIA MÉDICA

Os primeiros programas surgiram no fim dos anos 40, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro. O objetivo básico dos programas de residência médica, que primeiro surgiram nos Estados Unidos, é formar especialistas através do treinamento em serviço, da vivência clínica do cotidiano dos hospitais, sempre sob supervisão e acompanhamento dos preceptores. Nas duas décadas seguintes, outros foram implantados, mas a verdadeira explosão destas residências ocorreu nos anos 70.

Em 1977 foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, através do Decreto 80.281, tendo em vista disciplinar o credenciamento de programas e definir a atuação dos médicos residentes. Ela é constituída por representante do Ministério da Saúde, um da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação, um dos Médicos Residentes, coordenadores indicados pelo Ministério da Educação e representantes de entidades médica (Conselho Federal de Medicina - CFM, Associação Médica Brasileira - AMB, Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, Federação Nacional dos Médicos – FENAM). Entre suas atribuições está propor medidas para compatibilizar a formação médica com as necessidades do país, estimulando a criação de novos programas em locais e especialidades onde se constatem deficiências. Ela ainda procura melhorar as condições educacionais e profissionais dos médicos residentes.

Em 1997 foram criadas as Comissões Estaduais de Residência Médica que procuram incentivar a criação de programas em áreas e especialidades prioritárias para cada estado.

A Lei 6.932, de 7 de julho de 1981 define a Residência Médica como “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. Determina ainda que os programas incluam entre 10 a 20 por cento da carga horária em “atividades teórico-práticas, como sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas preestabelecidos”.

No início de 1998 existiam 290 instituições oferecendo programas de residência médica, sendo 165 na região Sudeste e 7 na região Norte. Destas, 111 eram particulares. O número total de médicos residentes, em 1998 era de 13.999.

Em 1996, a FIOCRUZ e o Conselho Federal de Medicina promoveram a pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, que apontou que mais da metade dos médicos residentes tinha entre duas e três atividades concomitantes à formação. Além do evidente desgaste que isto acarreta (91% deles afirmaram sentir o desgaste profissional), esta prática contraria o princípio da dedicação exclusiva exigida pelos programas de residência. Por outro lado, eles são utilizados como mão-de-obra barata, incontáveis vezes substituindo os preceptores em plantões, e assumindo condutas que deveriam ser responsabilidade dos titulares.

Sobre a formação dos obstetras, critica-se a excessiva preocupação em instruir a realização do parto cirúrgico, em detrimento das técnicas de auxiliar o parto normal e intervir em algumas de suas complicações. Em alguns depoimentos colhidos por esta CPI, foi mencionado o caso de preceptores que se orgulhavam de haverem formado residentes que haviam realizado apenas seis partos normais em todo o período...

No entanto, ao longo dos trabalhos desenvolvidos, pudemos constatar que a oferta de vagas é insuficiente para todos os formandos em Medicina, e que, como os cursos de graduação vêm enfatizando cada vez menos a formação em áreas básicas e priorizando as especialidades, a

Residência Médica tende a se tornar um complemento indispensável para a formação do profissional médico.

Uma das sugestões apresentadas em Audiências Públicas foi submeter a um exame semelhante ao Provão os egressos da Residência Médica.

A VISÃO DA CINAEM

O Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico) foi criado em 1991 com o objetivo de formular o diagnóstico do ensino médico no Brasil, traçando as características das escolas médicas, docentes, formandos e modelos pedagógicos. Instituições representativas compõem esta Comissão – o Conselho Federal de Medicina – CFM; a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM; Conselho de Reitores das Universidades Brasileira – CRUB; Associação Médica Brasileira – AMB; Associação Nacional de Médicos Residentes – ANMR; Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior – ANDES; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP; Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ; Federação Nacional dos Médicos e Academia Nacional de Medicina.

Esta avaliação englobou diferentes fases. A primeira, constou no envio de questionários para as escolas e docentes. A segunda, aplicação de testes de conhecimento sobre as áreas básicas, no início e ao final do internato. Em seguida, foram feitas oficinas de trabalho com a participação de alunos e professores, e, finalmente, foram analisados os dados obtidos.

Uma das dificuldades apontadas é o número excessivo de cursos de Medicina no país, especialmente diante da falta de mercado de trabalho para os formandos onde eles idealizam – nos centros mais desenvolvidas. Outra tendência é pela especialização excessiva do profissional de saúde, no mais das vezes, inadequada para as demandas da saúde brasileira. Esta tendência veio acompanhar a reforma do ensino médico nos Estados Unidos, quando se priorizou a especialização, abandonando os critérios anteriormente adotados de adequação às necessidades regionais.

Outra constatação é a baixa titulação, pouco tempo dedicado ao ensino, já que os professores mantêm concomitantemente suas

carreiras liberais, e a má remuneração.

O profissional médico tende a se fixar onde ele se forma. A maior concentração de escolas médicas está nas regiões Sul e Sudeste. No Norte e Nordeste, a quantidade de profissionais é pequena, mas, por falta de políticas de saúde e de remuneração atrativas, não há migração de profissionais para lá. O padrão dos médicos atuais, mais voltado à especialização, estimula mais ainda a procura pelos centros mais desenvolvidos e dotados de melhor infra-estrutura.

Quanto à aplicação do Provão, critica-se que, no caso da Medicina, ele avalia somente o conhecimento teórico e negligencia aspectos práticos e éticos. A consequência é que algumas escolas estão reduzindo o tempo do internato, que é o treinamento prático essencial para o aluno, para aumentar a carga teórica, procurando alcançar melhores resultados.

O consenso é de que o aparelho formador não prepara profissionais médicos afinados com a necessidade do país. Enfatiza-se a especialização, o ensino de tecnologias avançadas, em detrimento da instrução nas áreas básicas. Não somente o ensino da obstetrícia e da habilidade em conduzir partos é negligenciado, como também o conhecimento em clínica médica, pediatria e cirurgia geral.

Procedimentos elementares e essenciais para a segurança do médico e de seu paciente, como a anotação correta de dados no prontuário não são enfatizados, e o resultado é que os médicos não se preocupam em mantê-los. Outra questão que não recebe a ênfase que deveria é a participação importante do trabalho individual do médico no sistema de vigilância epidemiológica, da importância de que notifique com propriedade os eventos sujeitos à notificação compulsória sob seus cuidados. Essencial, também, é que ele seja instruído e motivado a preencher corretamente os atestados de óbito. Estes procedimentos são primários para o desempenho da profissão. No entanto, apesar de obrigatórios e sujeitarem a sanções, não recebem a atenção que merecem.

Politicamente, a CINAEM ainda não visualizou o impacto necessário para que possam ser dados encaminhamentos que realmente provoquem as transformações necessárias apontadas pelo Relatório. Apenas o MEC sinalizou com a possibilidade de avaliar a proposta curricular. É preciso uma participação mais efetiva do MEC, uma vez que tanto o Provão quanto a CINAEM

concluíram que o Ensino Médico no Brasil se mostra insuficiente para uma boa formação dos médicos.

CAPÍTULO VI - PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA

A partir de 1988 começaram a ser implantados os Comitês de Morte Materna como componentes básicos do Sistema de Vigilância epidemiológica. A Comissão Nacional de Morte Materna foi criada pela Portaria 773, de 7 de abril de 1994 e reativada em 1998 (Portaria 3.907, de 30 de outubro). Dentre suas atribuições estão a atualização do diagnóstico da mortalidade materna no país, abordando os aspectos sociais, econômicos, jurídicos e políticos; propor diretrizes, instrumentos legais e princípios que levem à diminuição das mortes maternas e mobilizar diferentes setores da sociedade ligados à questão. Deve, ainda, manter intercâmbio com os Comitês Estaduais, Municipais e Regionais e acompanhar as ações desempenhadas pelo Ministério da Saúde na integração das diferentes instâncias envolvidas no problema.

A principal forma de atuar do Comitê é a educativa. Seu objetivo é prevenir os condicionantes da morte materna. Eles são “interinstitucionais, multiprofissionais e devem atuar com características técnico-científicas, sigilosas, não coercitivas ou punitivas; a punição não é um mecanismo eficaz para a redução da mortalidade materna” segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, do Ministério da Saúde, de 1994. No entanto, é importante salientar seu papel político e de mobilização como de valor inestimável.

A informação que se tem, do ano de 1998, é de que, dos 27 Comitês Estaduais de Morte Materna, somente permaneciam atuantes 14; 9 estavam em reestruturação e 4 desativados. A proporção de Comitês Estaduais atuantes, por região é de 100% na região Sul, 75% no Sudeste, 44% no Nordeste, 42% no Norte e 25% no Centro-Oeste. O documento do Ministério da Saúde aponta o maior número de óbitos maternos registrados nas regiões em que eles mais atuam.

Uma das atribuições mais importantes é a investigação de óbitos, muitos dos quais abrangendo a totalidade das mortes de mulheres em idade fértil.

No estado do Rio de Janeiro, o Secretário de Saúde

encaminha o relatório do Comitê para o Conselho Regional de Medicina e para o Ministério Público. O estado do Acre também encaminha denúncias de morte materna e de seqüelas de aborto ao Ministério Público.

Alguns comitês também desenvolvem atividades comunitárias, como a promoção de seminários, elaboração de materiais informativos, divulgação na mídia, ações junto a estudantes de medicina e enfermagem, orientação e educação em saúde ou realização de teleconferências.

Algumas estratégias foram adotadas para enfrentar o problema, como a criação de comitês regionais, municipais ou hospitalares, assessorias, envolvimento das Comissões de Ética das Maternidades, promoção de reuniões com comitês de municípios ou regiões de altos coeficientes, elaboração de relatórios, promoção de cursos, treinamentos, avaliação das maternidades, chegando ao fechamento de algumas delas no estado do Rio de Janeiro. Outras realizações significativas vêm do Paraná, que determinou que o partograma e a ficha de atendimento perinatal são obrigatórios para solicitar o pagamento da Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

No estado da Bahia, o Comitê estimulou o Disque Maternidade, que garante vagas para parturientes e implantou hemonúcleos em duas regionais, além de ter promovido treinamentos de parteiras e capacitou instrutores do Programa Agentes Comunitários de Saúde. Em Pernambuco, a atuação focalizou professores e alunos de medicina e enfermagem, além de incentivar a elaboração de normas sobre o transporte de mulheres e adolescentes em trabalho de parto. Caracterizou, ainda, a falta de humanização da assistência ao parto como violência institucional, física ou emocional.

Quanto à composição, todos os comitês Estaduais contam com representantes “das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Regionais de Enfermagem. 93% têm participação dos Conselhos Regionais de Medicina, 86%, dos setores de vigilância epidemiológica das Secretarias de Saúde e de grupos de mulheres ou Conselhos dos Direitos da Mulher, as faculdades de medicina estão representadas em 79% dos Comitês; em 57% atuam membros das faculdades de enfermagem e dos Conselhos Estaduais de Saúde e em 7% dos Comitês participam os Coordenadores Estaduais dos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde”, de acordo com documentos da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde.

A atuação destes Comitês mostra, através da detecção de mortes maternas não identificadas, e do encaminhamento de propostas para sanar as falhas identificadas, uma contribuição inestimável para enfrentar o problema, chamando a atenção e corrigindo os erros cometidos nas condutas profissionais. É bastante possível que o aumento verificado no número de mortes seja devido à sua atuação, descobrindo fatos que ocorriam e não eram comunicados apropriadamente às autoridades sanitárias.

No entanto, a busca ativa ou a investigação destas mortes são trabalhosas e demandam recursos, tanto humanos quanto financeiros. Por exemplo, no estado do Piauí, a vigilância do óbito materno é encarada como uma sobrecarga de trabalho para os enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Um outro estado que relata dificuldades é Pernambuco, que não conta com apoio para a atuação por parte da Secretaria Estadual de Saúde. Ele sofre inclusive dificuldades de exercer o controle social. O mesmo ocorre em comitês de municípios do interior.

Diversas discussões ocorreram sobre o papel a ser desempenhado por estes Comitês. A questão da multidisciplinaridade é bastante valorizada. Uma vez que estas instâncias são compostas exclusivamente por profissionais médicos, há a tendência de atenuar os erros e agir com corporativismo. Escutamos, por diversas vezes, que os médicos sempre conseguem explicar os erros dos colegas. A hegemonia do saber médico é questionada pela sua atuação.

A alteração do caráter para ter atribuições punitivas é polêmica. Os Comitês têm grande capacidade teórica, mas uma baixa governabilidade e uma baixa capacidade operacional. Eles deveriam sair do nicho da vigilância epidemiológica e buscar parcerias com as instâncias legitimadas de controle social.

O funcionamento dos Comitês é muito precário. No entanto, onde foi implantado, pode-se ver a mudança de comportamento decorrente de sua ação. Os números de notificações aumentam, e vai ocorrendo diminuição dos óbitos maternos. O consenso é de que deve ser recomendada sua implantação ampla em todos os estados, municípios e serviços de maternidade, preferencialmente associada à investigação de mortes perinatais e das seqüelas.

CONSELHOS DE SAÚDE

Após a promulgação da Carta Magna, a participação da sociedade tem sido estimulada nos setores sociais. A criação de Conselhos é um passo importante para efetivar a transparência na condução das políticas públicas.

A constituição de Conselhos de Saúde foi determinada por lei desde 1990. Por sua relevância na formulação de estratégias e no acompanhamento da política de saúde, incluindo o controle financeiro, a participação popular nos Conselhos Nacional, estaduais e municipais de saúde é conquista da maior significação. É quando se concretiza a obrigatoriedade do Estado prestar contas à sociedade, que é ouvida e que norteia a tomada de decisões – o que se faz em consonância com o interesse coletivo, de acordo com as necessidades sentidas e vividas localmente.

No entanto, como todo processo que ainda ensaia sua completa efetivação, ele enfrenta transtornos. A composição destes colegiados, por vezes, fica sujeita à influência dos gestores locais, que direcionam o perfil dos integrantes segundo suas conveniências. A manipulação das decisões, então, torna-se flagrante. Existe o esvaziamento, a intervenção, a desativação, mas o movimento participativo persiste sendo consolidado.

O controle social vem crescendo, porém se nota ainda a falta a qualificação dos conselheiros. Em verdade, esta é uma função nova para nossos cidadãos. Existe o empenho do Conselho Nacional de Saúde em promover a capacitação dos conselheiros, uma iniciativa que deve ser louvada.

A estrutura legal para o acompanhamento mais próximo da gestão da saúde está firmada. A Constituição Federal determina que os órgãos públicos prestem informações de interesse particular, coletivo ou geral aos cidadãos. Toda autoridade tem de responder sob pena de responsabilidade. A Lei prevê que o gestor local do Sistema Único de Saúde encaminhe trimestralmente relatórios de gestão ao Conselho. No entanto, até hoje, mesmo as instâncias mais centrais se ressentem de dificuldade na obtenção e acompanhamento dos gastos no setor.

Discute-se muito a participação mais estreita do Ministério Público para efetivar o controle social, ponderando-se até sua participação nos conselhos. Outra forma de participação que tem sido aventada é a criação de

ouvidorias no Sistema Único de Saúde, para onde qualquer usuário pudesse encaminhar seus questionamentos e sugestões.

CAPÍTULO VII - AÇÕES GOVERNAMENTAIS

O Ministério da Saúde vem estruturando, ao longo do tempo, uma estratégia bastante ampla para reduzir a mortalidade materna. O interesse na priorização da questão foi perceptível. O gestor federal pretende atuar em várias frentes, todas reconhecidamente falhas. Os resultados deste esforço certamente trará melhoras para o quadro nacional se conseguir sua implantação plena, que é desejável.

INTERIORIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Um exemplo interessante é o Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, que “institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde”. Sua implantação certamente contribuirá para estimular a fixação de profissionais médicos e enfermeiros em municípios carentes de assistência. A ênfase é nas estratégias do Programa de Saúde da Família. Serão asseguradas supervisão e educação permanente para os profissionais, em articulação com o Ministério da Educação, e serão concedidos incentivos a eles.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, a iniciativa demonstrou que existe interesse dos médicos se fixarem no interior do país.

PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde elaborou uma série de Portarias que compõem o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 define este programa. Em suas premissas, assegura o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, o do conhecimento e acesso à maternidade onde será atendida para o parto, e que a assistência ao parto, puerpério e ao neonato sejam prestadas de forma humanizada e segura. Este documento define as autoridades sanitárias como responsáveis pela garantia destes direitos.

Além da definição do programa, foram definidos aportes suplementares de verbas aos diversos componentes. O Componente I deste Programa é o Incentivo à Assistência Pré-natal, que receberá cento e vinte e três

milhões de reais adicionais, por ano, para seu custeio. O Componente II, Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal deve receber investimentos de cento e trinta e quatro milhões de reais no primeiro ano. O último destes, o Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal terá trezentos e dez milhões de reais anuais além de sua dotação.

Dentre muitos outros, alguns pontos nevrálgicos identificados por esta CPI foram contemplados: a atribuição aos municípios do dever de estruturar o funcionamento da Central de Regulação Obstétrica e neonatal, garantir o transporte pré e inter-hospitalar e estabelecer as referências para as gestantes de risco. Outra orientação valiosa é a de parâmetros para estimar a efetividade da assistência prestada.

A Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000 tem por objetivo melhorar a qualidade do pré-natal, garantindo pelo menos seis consultas, uma consulta no puerpério, a adesão precoce (até o 4º mês), a realização de tipagem sanguínea, VDRL, exames de urina, glicemia, hematócrito e hemoglobina, testes anti-HIV, aplicação de vacina antitetânica. Este programa incentiva a vinculação do pré-natal ao parto através do pagamento adicional para cada pré-natal completado. Os dados devem ser informados ao SISPRENATAL, do DATASUS. Muito importante é a classificação do risco gestacional, a ser avaliado em todas as consultas, com garantia de atendimento em unidades de referência para gestações de alto risco.

Além disto, o Ministério da Saúde atualizou e lançou uma série de manuais para orientar melhor a assistência pré-natal, elaborados em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e da FEBRASGO, entre outras instituições. Ao mesmo tempo, preparou o cartão da grávida e um kit básico com os instrumentos necessários para a realização deste acompanhamento, para ser distribuído amplamente para os prestadores de assistência, no intuito de aperfeiçoar o atendimento.

ASSISTÊNCIA AO PARTO

A determinação de que o parto deve ser realizado em ambiente hospitalar é recente. Mesmo na atualidade, a realização de partos domiciliares ou em casas de parto, sob os cuidados de enfermeiras ou parteiras são freqüentes, especialmente em países desenvolvidos, como a Holanda, Japão

e Canadá.

O incentivo ao parto humanizado, e à vinculação da mãe (que deve fazer, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma no puerpério), a uma unidade determinada dentro do sistema recebem incentivos financeiros por parte do governo federal.

A Portaria nº 985, de agosto de 1999 cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Parto Normal, para prestarem atendimento humanizado e de qualidade para partos normais sem distócias, vinculados ao sistema de saúde local e funcionam em parceria tanto com os programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde quanto com unidades de referência que garantam o atendimento dos casos encaminhados. Estes centros devem dispor de ambulância e equipamentos que garantam a remoção da gestante ou dos recém-nascidos de risco para os serviços de referência no prazo máximo de uma hora.

A equipe mínima prevista para estes Centros é de um enfermeiro com especialização em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. Pode haver uma equipe complementar, composta por um médico pediatra ou neonatologista e um médico obstetra.

Foram elaboradas diversas outras Portarias disciplinando o assunto. Receberão pagamento os partos realizados por enfermeira obstétrica, a administração de anestesia durante o parto normal e aumentaram-se em 30% os valores pagos aos hospitais e profissionais de saúde para a realização de partos pelo SUS.

Foi também prevista a atenção diferenciada para atendimento às gestantes de alto risco, com definição de parâmetros para o estabelecimento de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco, que contarão com unidades de referência secundária (aptas a identificar a necessidade de encaminhamento) e as terciárias (dispondo de leitos para acolher gestantes de alto risco, além de manterem serviços de assistência pré-natal e de planejamento familiar para elas). Como este atendimento envolve situações de maior complexidade, o valor das internações também foi aumentado.

Outro procedimento incluído foi o pagamento da analgesia

para partos normais, o que impulsionará a adesão das mulheres, uma vez que um dos grandes medos da maior parte delas é o de sentir dores.

Vem sendo estimulada a valorização do partograma, instrumento valioso para a identificação de problemas no desenvolvimento do trabalho de parto que demandam intervenção. Ele consiste em diagrama no qual se registram a progressão do trabalho de parto, as condições do feto e da mãe. Ele não ajuda a identificar fatores de risco anteriores ao parto. Através de registros em intervalos determinados de fatores como dilatação cervical, descida da cabeça fetal, contrações uterinas, batimentos cardíaco-fetais, membranas e líquido amniótico, moldagem do crânio fetal, pulso, pressão e temperatura da mãe, além de drogas administradas, pode-se proceder ao monitoramento de todo o processo com maior segurança.

O lançamento dos dados no diagrama permite identificar anormalidades da progressão e sofrimento fetal, pois existem linhas de alerta, que recomendam outras ações. Isto mostra que é um instrumento precioso para detectar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou para unidades de maior complexidade. Certamente, no caso das Casas de Parto, será de inestimável valor para as equipes.

ESTÍMULO À FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS OBSTÉTRICOS

A capacitação de enfermeiros para assistir os partos normais sem intercorrências tornou-se uma das estratégias para reduzir a mortalidade materna e neonatal. O Ministério da Saúde está estimulando a instituição de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, em estreita colaboração entre instituições de ensino superior e os gestores estaduais ou municipais do Sistema Único de Saúde.

Esta capacitação prioriza a formação para identificar riscos obstétricos e perinatais e formar os profissionais da enfermagem para a realização do parto normal. A clientela-alvo deve ser de 80% de enfermeiros da rede ambulatorial e hospitalar do SUS, incluindo as Unidades do Programa Saúde da Família.

As áreas temáticas incluem obstetrícia fundamental, enfermagem obstétrica, enfermagem perinatal. Os critérios a serem observados na avaliação incluem a realização de 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto, 15 atendimentos a recém-nascidos na

sala de parto e 15 consultas de pré-natal.

Uma outra questão levantada é a retomada do treinamento das parteiras em virtude de sua aceitação pela comunidade.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Além de disponibilizar todos os métodos para a totalidade dos usuários, é necessário empreender esforços para que o homem também se sinta envolvido e responsável pelo planejamento familiar. O incentivo ao uso de preservativos está bastante difundido para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da Aids. No entanto, existe ainda resistência para que sejam usados como meio de evitar a concepção.

Em setembro de 1993 foi incluído na Tabela de Procedimentos do Sistema de informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS o pagamento ao atendimento clínico para indicação e fornecimento de diafragma vaginal.

No entanto, o cronograma apresentado, de apenas atender a toda a demanda em 2003 pareceu-nos lento. Uma das sugestões é acelerar este processo de democratização dos meios de planejamento familiar, já de muito tempo determinado em lei. O acesso deve ser amplo e a organização dos serviços para recebimento desta demanda deve ser procedida, aliada a uma ampla campanha de esclarecimento e orientação para as pessoas.

FORTALECIMENTO DOS COMITÊS DE MORTE MATERNA

A ação governamental está se fazendo na presença junto aos Comitês, prestando assessoramento e orientação para seu melhor funcionamento, estimulando a formação do maior número possível destes núcleos.

No entanto, constata-se que estes Comitês ressentem-se de um maior poder no encaminhamento dos problemas que identifica. O Comitê do Rio de Janeiro, ao encaminhar para o Ministério Público e para o Conselho Profissional suas conclusões, torna mais eficazes as suas ações.

Outro aspecto ainda falho é a participação da comunidade nestes órgãos. Possibilitar um maior controle social na atuação tanto dos comitês

como das unidades assistenciais pode representar um grande avanço.

Por enquanto, é necessário que eles sejam reconhecidos como importantes, que suas orientações sejam acatadas. É necessário conferir a eles maior poder, inclusive na esfera política e na definição de estratégias.

PROVISÕES NOS PLANOS E ORÇAMENTOS

Os instrumentos de planejamento e programação orçamentária do setor público, relativos aos últimos anos, incluem a ampliação e aperfeiçoamento das ações de saúde como uma das principais preocupações do Estado. Nem poderia ser de outra forma em vista do destaque que a Lei Maior deu à questão da seguridade social, instituindo, inclusive, uma série de vinculações de recursos ao seu financiamento. Foi dessa orientação superior que derivou a estruturação do Sistema Único de Saúde, por legislação específica, articulando e integrando os esforços dos três níveis de Governo e os do setor público com os do setor privado, bem como o vasto elenco de normas legais e complementares que regulamentam essa área.

Nos Planos Plurianuais (PPAs), sobretudo nos relativos aos períodos 1996-1999 (Lei nº 9.276/96) e 2000-2003 (Lei nº 9.989/00), as preocupações com as questões da saúde se acham evidenciadas por um vasto elenco de programas, articulados a partir de estratégias, diretrizes e objetivos de intervenção. No PPA 96/99 os objetivos no campo do desenvolvimento social se acham expressos nos seguintes termos: “A atuação governamental será orientada para a redução das desigualdades sociais. Além da preocupação com a eficiência, a eficácia e a equidade na alocação de recursos públicos na área de seguridade (previdência, assistência social e saúde) ... o Governo aprimorará os mecanismos de descentralização das ações, além de favorecer a participação da sociedade na condução de iniciativas na área.” Nesse documento foram estabelecidos, como principais objetivos para a área de saúde, os seguintes: descentralização do SUS, incorporando pelo menos 10% dos municípios à condição de gestão semi-plena e 60% à condição de gestão parcial; aprimoramento da regulação de ações e serviços de saúde, com o objetivo de incrementar a qualidade e proteger os usuários; reforço e modernização da área de vigilância sanitária; diminuição em 50% da taxa de mortalidade infantil, segundo estratégia que compreenda: - promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança; - promoção da vacinação; - redução da desnutrição; - implementação de ações de saneamento. No PPA 00/03, das vinte oito diretrizes

estratégicas para a ação do Estado, cinco se referem às questões da saúde, quais sejam: 15) Assegurar o acesso e a humanização do atendimento na saúde (com ênfase nas ações de prevenção de doenças, no exercício da vigilância sanitária e epidemiológica e na promoção da saúde da mulher); 16) Combater a fome; 17) Reduzir a mortalidade infantil; 19) Assegurar os serviços de proteção à população mais vulnerável à exclusão social (renda mínima, saúde do idoso, etc.); 23) Ampliar os serviços de saneamento básico e de saneamento ambiental das cidades (a partir da premissa de sua importância para a promoção da saúde).

No PPA vigente os objetivos e metas relativos à área de saúde materna são bastante expressivos. Os objetivos são: “Aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério, diminuindo a mortalidade materna; incrementar a cobertura de ações de diagnóstico e tratamento precoce do câncer cérvico uterino e de mama, diminuir a mortalidade de menores de 8 anos, devido à desidratação por diarreias e por infecção respiratória aguda; prestar assessoria técnica, desenvolver ações e difundir informações sobre a saúde da criança e da mulher. Erradicar o tétano neo-natal, vacinar contra tétano as mulheres em idade fértil, nas áreas de risco, reduzir a incidência do tétano acidental, reduzir a morbimortalidade por difteria; reduzir a morbimortalidade por coqueluche. Quanto às metas, incluem: implantação de 27 comitês de mortalidade materna; manutenção de 3000 equipes de agentes de saúde e médicos de família; realização de 4 campanhas de saúde da mulher e da criança; implantar 65 centros de referência (saúde da mulher), realizar 97 projetos de informação, educação e comunicação; diminuir a mortalidade materna de 152 óbitos por 100.000 nascidos vivos para 80/100.000; vacinar contra tétano 7,3 milhões (100%) das mulheres em idade fértil nas áreas de risco e implantar a rede nacional de informação na área materno-infantil.

Nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs) do período 1996 a 2000 (últimos cinco anos) constata-se similar preocupação, ou seja, a de dar adequada prioridade às alocações para as ações de saúde. Tais LDOs incluíram, sistematicamente, entre as prioridades e metas com precedência para alocação de recursos aos programas/ações de: suplementação alimentar e combate à desnutrição, sobretudo de crianças desnutridas e gestantes em risco; assistência médica e sanitária, com aumento da cobertura e melhoria da qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério; prevenção e combate ao câncer cérvico uterino e de mama; controle de doenças transmissíveis; capacitação de recursos humanos para ações de saúde; e de saneamento básico

(água, esgoto, resíduos sólidos e melhorias sanitárias).

Além disso, cumpre ressaltar duas importantes particularidades inseridas nas LDOs dos últimos anos, por iniciativa do Congresso Nacional, quais sejam: 1) a orientação no sentido de eqüanizar as destinações dos recursos do SUS entre as unidades da federação, ao nível das alocações per capita, reduzindo a grande discrepância que existia entre as alocações nos estados das regiões sul-sudeste e norte-nordeste; 2) os esforços no sentido de assegurar níveis mínimos de alocações para as ações de saúde, dos quais resultaram normas como as dos arts. 37 e 48 das Leis nºs 9.473/97 (LDO/98) e 9.811/99 (LDO/00) estabelecendo: “Art. 37. No exercício de 1998 serão aplicados, em serviços e ações de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997” e “Art. 48. No exercício de 2000 serão aplicados: I – em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos fixados na lei orçamentária e em seus créditos adicionais no exercício financeiro de 1999; ... § 2º A distribuição dos recursos para o custeio do SUS pautar-se-á, nos termos da Lei nº 8.080, de 1990, por sua equalização per capita em todas as unidades da federação.” Adicionalmente, cumpre apontar que a cada ano as LDOs tem avançado no sentido de exigir prestações de contas mais detalhadas das ações do Governo no campo social.

É de se lamentar, no entanto, segundo as perspectivas desta CPI, que tenha sido vetado, na LDO/2000, o art. 50, incluído pelo Congresso Nacional, que impunha a destinação de um mínimo de recursos (R\$ 10 milhões) para o programa de “Assistência Integral à Saúde da Mulher” ou título equivalente, bem como de disposições contidas em LDOs de anos anteriores que autorizavam o Poder Executivo a remanejar recursos para ampliar alocações em favor dos programas prioritários de ações básicas de saúde.

Assim, pelo que se pode observar, não faltaram cobertura por parte das leis básicas do País, dos Planos Plurianuais e das Leis de Diretrizes Orçamentárias para que se ampliassem as alocações em favor das ações de saúde, pelo contrário, tais ordenamentos orientam, sistematicamente, no sentido de contemplar essa área fundamental da sociedade com o máximo de recursos e de que se aprimorem os mecanismos de controle sobre os gastos a fim de que tais ocorram com o máximo de produtividade e de adequação ao interesse público.

Os gargalos efetivos têm ocorrido no momento da

efetivação das alocações, onde por uma série de razões – maior parte bastante conhecidas pela sociedade, como a ampliação dos custos com a administração da dívida pública e os pesados encargos derivados de políticas equivocadas implementadas no passado (como os custos das benesses de alguns programas habitacionais e da tardia revisão dos critérios de aposentadoria no setor público) – os escassos recursos disponíveis são tenazmente disputados por um conjunto de autorizados agentes de vários setores e contextos regionais, todos munidos dos mais legítimos argumentos (pelo menos segundo a perspectiva dos interesses que representam). Afinal, como negar que as necessidades das áreas de educação, segurança, assistência social, meio ambiente, transportes, agricultura, cultura, urbanismo, desenvolvimento, energia, irrigação, etc., são também importantes ?

Apesar disso, não se pode deixar de reconhecer os avanços obtidos no campo das alocações – e mais do que destas, no da execução orçamentária – em favor das ações e serviços de saúde. Com base nos dados obtidos no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), no período 1996 a 2000 o montante da execução orçamentária do Ministério da Saúde vêm se mantendo num patamar razoavelmente estável em relação à evolução da efetiva arrecadação do montante da receita tributária e da receita de contribuições da União, o mesmo ocorrendo com os gastos nas ações e serviços de saúde em relação à arrecadação efetiva com a receita tributária, como se acha evidenciado na tabela abaixo:

<i>Especificação</i>	<i>Valores Executados (Em R\$ milhões correntes)</i>				
	1996	1997	1998	1999	2000
Gastos Totais do Min. da Saúde	14.376,1	18.568,8	17.541,1	20.334,3	22.699,2
Gastos em Ações e Serv. de Saúde	12.406,3	15.455,5	15.244,3	18.349,5	20.351,5
Rec.Tributária+Rec.de Contribuições	132.873	151.474	161.663	188.417	218.412
Receitas TRIBUTÁRIAS	53.558	58.624	67.901	74.690	78.686
Receitas de CONTRIBUIÇÕES	79.315	92.850	93.761	113.728	139.727
Gastos Totais MS / Rec.Trib.+Contrib.	10,82%	12,26%	10,85%	10,79%	10,39%
Gastos em Ações/Rec.Tributária	23,16%	26,36%	22,45%	24,57%	25,86%

Lamentavelmente a estrutura programática tradicionalmente adotada pelo setor público brasileiro, bem como as categorias do Plano de Contas da União não possibilitam que se promova a apropriação detalhada e confiável dos gastos do Ministério da Saúde, nos anos apontados na tabela, nas categorias mais diretamente focalizadas por esta CPI. Embora tenham existido algumas programações orientadas, especificamente, para as questões da saúde

da mulher e da redução da mortalidade materna – “Prevenção e Diagnóstico do Cancer Cérvico Uterino”, “Assistência Alimentar e Nutricional do SUS” e “Aquisição e Distribuição de Medicamentos para o Combate de Doenças Sexualmente Transmissíveis” (mais orientado para o combate a AIDS) –, em termos práticos essas são mais elementos emblemáticos das preocupações do Governo do que fontes efetivas de custeio dessas indiscutíveis prioridades. Como foi amplamente apontado durante os trabalhos deste órgão, a maior parte das aplicações em favor de uma mais efetiva e adequada atenção à saúde da mulher e à redução da mortalidade materna e infantil tem ocorrido por intermédio das grandes alocações feitas em favor do SUS, tais como “Manutenção e Operacionalização do SUS”, “Aquisição de Medicamentos, etc.”, “Manutenção de Unidades Próprias do SUS”, “Infra-Estrutura do SUS” e Combate e Erradicação de Endemias.

Cumpra observar, entretanto, que esse quadro se modifica um pouco a partir do orçamento do ano 2000, no qual passa a existir um nível bem maior de detalhamento por ações específicas (projeto/atividade), como evidencia a tabela a seguir:

Título do projeto/atividade	<i>Em R\$ milhões</i>		
	Dotação(D)	Liquidado(L)	L/D
- Incentivo Financeiro a Municípios para Ações de Combate a Carências Nutricionais	156,4	149,2	95,4%
- Implantação/Adequação de Unidades de Emergência para Gestantes de Alto Risco do SUS	66,1	44,7	67,6%
- Prevenção e Tratamento do Câncer Cérvico Uterino	23,6	23,3	98,7%
- Campanha Educativa em Atenção à Saúde da Mulher	9,4	8,9	94,6%
- Promoção de Eventos sobre a Saúde da Mulher	0,2	0,2	99,0%
- Promoção de Eventos Técnicos sobre a Saúde da Criança e Aleitamento Materno	0,4	0,3	92,4%
- Aquisição e Distribuição de Micronutrientes para Crianças Gestantes e Idosos em Áreas Endêmicas de Má Nutrição	1,1	1,0	90,9%

Porém, como se pode notar, no que se refere às ações orientadas especificamente para a saúde da mulher, as alocações continuam a ser apenas emblemáticas, visto que a maior parte dos atendimentos – preventivos ou curativos – continuam a ser realizados pela estrutura ambulatorial e de benefícios coberta pelos recursos alocados para a manutenção e operacionalização do SUS. A magnitude dos gastos nessa programação fica bem evidente na tabela a seguir, também relativa ao ano 2000.

PRINCIPAIS ALOCAÇÕES EM FAVOR DA PROGRAMAÇÃO DO SUS – 2000

<i>Em R\$ milhões</i>			
<i>Título do projeto/atividade</i>	<i>Dotação (D)</i>	<i>Liquidado (L)</i>	<i>L/D</i>
- Atendimento Assist. Básico com o Piso de Atenção Básica (PAB) nos Municípios em Gestão Plena do PAB	1.780,0	1.726,5	97,0%
- Implantação, Aparelhamento e Adequação da Rede de Serviços do SUS – REFORSUS	530,0	431,3	81,4%
- Incentivo Fin. a Municípios Habilitados à Parte Variável do PAB para Prev. e Controle de Doenças Transmissíveis	356,6	338,1	94,8%
- Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Básica do PAB para Saúde da Família	680,0	655,7	96,4%
- Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar Prestado pela Rede Cadastrada no SUS	5.212,3	5.185,2	99,5%
- Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em Regime de Gestão Plena do SUS	4.953,4	4.953,1	99,9%
- Manutenção dos Hospitais da Rede Pública Federal (INCA, Hospitais no RJ e Hospitais no RS)	724,2	710,7	98,1%
- Produção, Aquisição e Distribuição de Medicamentos p/ Tratamento de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis	557,0	556,4	99,9%
Totais	14.793,5	14.556,9	98,4%

Além disso, importa considerar que embora os gastos da União representem a parcela mais expressiva dos gastos com a saúde, estes não são os únicos, existindo unidades da federação e localidades onde os aportes dos respectivos governos são tanto ou mais expressivos do que os realizados pelo Governo Federal. Além desses parceiros existem também as instituições privadas e comunitárias que, em muitas cidades, realizam um trabalho exemplar, tanto no campo geral da prevenção e recuperação da saúde como no da saúde da mulher e da criança. Lamentavelmente são ainda precários os instrumentos de sistematização apropriada – sem duplas contagens – dos esforços despendidos por cada um desses parceiros em cada localidade e campo de atuação, situação que precisa ser corrigida a curto prazo para que se possa exercer ações apropriadas de fiscalização e controle e maximizar o aproveitamento dos recursos em favor da sociedade.

Assim, embora tenhamos consciência, como foi destacado em vários depoimentos e evidências apresentadas a esta CPI, que a mera destinação de recursos nos orçamentos e a sua execução na forma programada não são, por si sós, garantia de qualidade dos serviços de saúde e de adequado atendimento à saúde da mulher e da criança (que é quem mais sofre com a mortalidade materna), não temos dúvidas de que é preciso insistir na ampliação

dos recursos para a execução das políticas de saúde – em particular as orientadas para a melhoria da saúde da mulher e redução da mortalidade materna – e na estruturação de providências que assegurem o emprego desses recursos em favor da sociedade, sobretudo de seus estratos menos favorecidos.

CAPÍTULO VIII - AÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (Rede Saúde)

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) é uma articulação do movimento de mulheres do Brasil, que está completando 10 anos de atividades em agosto de 2001. Reúne hoje 107 instituições filiadas, entre grupos feministas, organizações não-governamentais e núcleos de pesquisa, além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas de saúde das mulheres e de direitos reprodutivos.

A RedeSaúde é integrada por nove Regionais  organizadas nos estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, e no Distrito Federal  que são coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, esta última atualmente com sede em São Paulo.

Como segmento da sociedade civil, a RedeSaúde tem representações em vários conselhos, comitês e comissões do âmbito do Estado, em nível nacional, estadual e municipal, além de ser membro de entidades da própria sociedade civil nos referidos níveis.

Na área de comunicação, a RedeSaúde publica semestralmente uma revista, edita Dossiês temáticos sobre saúde da mulher e veicula quinzenalmente dois informativos eletrônicos. Além disso, a RedeSaúde mantém uma home page na Internet que disponibiliza todas essas publicações, bem como outros dados e informações sobre saúde da mulher.

A atuação da RedeSaúde fundamenta-se nos seguintes princípios:

○ considera os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos;

○ considera a importância do fortalecimento da implementação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM)

como referência para a otimização dos serviços do Sistema Único de Saúde;

○ considera a violência sexual e doméstica como uma violação dos direitos humanos;

○ considera como questões fundamentais o exercício da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e do direito de decidir sobre a realização ou não de um aborto.

No campo das políticas públicas, prioriza a assistência integral à saúde das mulheres. Enfatiza o acesso a todos os meios contraceptivos com prestação de informações, incentiva o parto humanizado e combate à prática indiscriminada de cesarianas, promove a defesa da descriminalização do aborto e defende a implementação da lei sobre planejamento familiar. Incentivou a criação da atual CPI e realizou, na Câmara dos Deputados, com a colaboração do Cfemea, um seminário sobre o tema: "Saúde ou Morte Materna? O desperdício de vidas e a discussão sobre leis, políticas públicas e controle social".

CFEMEA

O Centro Feminista de Estudos e Assessoria foi criado em 1989 "com o objetivo de lutar pela cidadania plena das mulheres, por relações de gênero eqüitativas e solidárias e por uma sociedade e um estado justos e democráticos. É uma organização da sociedade civil, não-governamental, feminista, de caráter público e sem fins lucrativos."

Ele tem desenvolvido um trabalho intensivo junto ao Congresso Nacional, através do acompanhamento de iniciativas relativas à defesa dos direitos femininos. Tem patrocinado a realização de incontáveis eventos de relevância para as questões da mulher e a publicação de informes e jornais neste sentido.

Sua atuação é caracteristicamente democrática, suprapartidária, autônoma e comprometida com o movimento de mulheres. No desenvolvimento dos trabalhos desta CPI sua presença foi constante, e recebemos contribuições valiosas por parte de seu Colegiado.

MULHER NAS ONDAS DO RÁDIO

Um dos documentos mais impressionantes recebidos por

esta CPI foram as “Cartas da Amazônia para a CPI da Mortalidade Materna”. Este documento resulta do estímulo pelo programa de rádio Natureza Viva/ Natureza Mulher, da Rádio Nacional da Amazônia, para que as ouvintes da floresta compartilhem suas experiências de parto e nascimento. A partir destas cartas, verificou-se que “a maternidade ainda significa risco de vida para um grande número de mulheres da Amazônia Legal”. Também ficam patentes “a precariedade de recursos e os maus-tratos a que são submetidas aquelas, que, por uma infelicidade, têm que sair do lugar onde vivem para buscar socorro nas maternidades das cidades”. Outra dificuldade é o acesso aos meios de contracepção. A motivação para que os parceiros adotem o uso de preservativos é inexistente. A gravidez precoce e a assistência inadequada a esta situação também são comuns na região.

Das 150 cartas recebidas, quase metade se constitui de denúncias de negligência e imperícia médicas, além das precárias condições de assistência na rede pública. O hábito de freqüentar o pré-natal é quase inexistente. O relato é de que as causas mais comuns de morte materna são a eclâmpsia e as infecções. A malária, sabidamente uma das maiores causas de morte na região, paradoxalmente, não costuma ser associada à gravidez e ao parto. Refere ainda o documento que “a laqueadura de trompas é o sonho mais acalentado na vida daquelas que não querem mais ter filhos. E nesse sentido, a barganha política, voto *versus* ligadura, encontra campo fértil para sua ação nefasta, principalmente em época de eleições”.

Um dos relatos ilustra a dificuldade da vida na região – em Medicilândia, Pará, uma criança pôde tomar as primeiras vacinas somente após os cinco meses, quando as chuvas pararam. Esta criança acabou morrendo por uma causa não informada à mãe.

Outro relato mostra o pouco carinho com que se recebem as parturientes: “10 horas da manhã a bolsa estourou, eu vi que ia ser um parto difícil...Eu só fui para o hospital 3 horas da tarde (sic). Fui a pé uns 2 quilômetros. Cheguei, já estava muito cheio e ninguém quis me atender e fiquei em pé, pois ninguém quis me dar um banco para sentar um pouco. Lá pelas 6 horas e meia elas me atenderam...”. Este parto terminou a fórceps, e a criança teve fraturas “no osso do peito, uma costela e a cabeça em 2 lugares”.

Este foi o resultado do Projeto Mulher nas Ondas do Rádio, com apoio da Fundação MacArthur. A partir daí foram produzidos programas

sobre parto e nascimento, inclusive uma novela, em parceria com o UNICEF, O Hospital Pio X de Ceres, Goiás, e Cemina – Comunicação, Educação e Informação em Gênero. Este roteiro foi elaborado partir de oficinas realizadas em diversos estados da Amazônia.

PROJETO PARTEIRAS DA FLORESTA

É comum na Amazônia a existência de parteiras tradicionais. No passado, era possível encontrar parteiras tanto em regiões urbanas quanto rurais. Hoje, sua presença é maior nas áreas rurais. As parteiras não apenas representam a manutenção de uma prática tradicional, mas também é um indicador da incapacidade ou ausência do poder público de responder às demandas em saúde da população.

O Projeto “Parteiras da Floresta”, do Estado do Amapá, é uma experiência inovadora na valorização das parteiras tradicionais e na integração com o sistema formal de saúde, segundo avaliação do documento “Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna”. O Projeto está implantado desde 1995 e é gerenciada pela Agência de Promoção da Cidadania (AGEMP), entidade vinculada ao governo estadual. As parteiras foram treinadas pela entidade Cais do Parto, de Pernambuco. O Projeto já foi financiado pelo Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF). Atualmente, as parteiras são remuneradas pelo governo do estado, com $\frac{1}{2}$ salário mínimo por mês.

CAPÍTULO IX - RESUMO DOS DEPOIMENTOS

A primeira Reunião de Audiência Pública ocorreu em 16 de maio de 2000 e contou com a participação das **Dras. Tânia Lago e Ana Cristina D'Andretta Tanaka** como convidadas. A primeira palestrante trouxe material do Ministério da Saúde e iniciou sua participação discorrendo sobre as tendências da mortalidade materna no país. Referiu-se à constatação de que se encontram as taxas mais altas em regiões de melhor notificação, e, por vezes, nas de melhores condições sanitárias.

Menciona os resultados apontados pela Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde – PNDS - de 1996, que demonstrou que 50% das mulheres faziam uma média de sete consultas de pré-natal, quando o mínimo estipulado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher é de seis visitas. Este quantitativo, não tendo apresentado impacto significativo sobre a mortalidade materna, pode traduzir a precária qualidade dos serviços prestados, uma vez que o acesso foi bem caracterizado. Um grande avanço, ressalta, foi a implementação do Piso de Assistência Básica – PAB – entre 1997 e 1998, que ampliou todos os procedimentos de assistência básica, inclusive o do pré-natal. No entanto, como os dados da mortalidade de 1997 ainda estão sendo processados, não há como estimar seu efeito.

Uma constatação do Ministério da Saúde foi a de que 98% das mortes maternas seriam evitáveis, e que 68% delas ocorrem por ocasião do parto. Foram adotadas algumas medidas para melhorar a assistência ao parto. São elas o pagamento de parto por enfermeira obstétrica, incentivo à especialização como enfermeira obstétrica, restringir o pagamento ao parto cirúrgico, que constituía 40% deles tendo decrescido para cerca de 35%, estabelecer sistema de referência para gestação de alto risco, (que conta com 100 milhões de reais para adaptar instalações, capacitação e equipamentos), estabelecer hospitais para referência das Casas de Parto, rearticulação da Comissão de Mortalidade Materna.

Quanto aos Comitês de Mortalidade, informou que até dezembro de 1998, 14 estavam atuando, 9 em reestruturação e 4 desativados, sem perspectivas concretas de retorno. Disse existirem, ainda, 137 Comitês Regionais, 254 municipais e 44 hospitalares, o que demonstra o esforço para mobilizar e dar visibilidade ao problema.

Antecipou o lançamento de uma série de manuais e equipamentos para fornecer às unidades de saúde, e a implementação de medidas para melhorar o pré-natal e vinculá-lo ao parto, aliados a algum tipo de incentivo sob forma de repasse de verbas para financiar o pré-natal com vinculação a alguma maternidade.

A presidente, Deputada Fátima Pelaes lembrou que o Ministro José Serra, ao assumir o Ministério, elegeu como prioridade a saúde da mulher.

Esta Relatoria dirigiu algumas indagações à palestrante no sentido de estarmos ainda muito distantes das metas traçadas em Beijing. Algumas preocupações existem quanto à falta de atividade em diversos Comitês e quanto à questão da subnotificação dos óbitos maternos. Quanto ao incentivo ao parto vaginal, a educação é fundamental para consolidar uma postura de evitar as cesarianas. Comentou-se ainda a questão do planejamento familiar, uma vez que a gravidez indesejada certamente tem reflexo sobre a morte materna. Outro ponto é a dificuldade de interiorização de profissionais médicos, sendo proposta alguma forma de incentivo para estágios dos formandos em localidades mais remotas.

A Deputada Alcione Athayde retoma a questão do planejamento familiar, considerando delicada a qualidade de assistência à gestante, especialmente nos casos de aborto ou tentativas, quando não há suporte psíquico. Quanto aos dados disponíveis, não há confiabilidade no momento atual, o que dificulta o planejamento. Ressalta a necessidade de se garantir métodos contraceptivos e capacitar os gestores. Indigna-se diante do reconhecimento do Ministério da Saúde de que 98% das mortes maternas poderiam ser evitadas, o que considera uma calamidade.

A Deputada Míriam Reid indaga se existe algum estudo que relacione o óbito neonatal a seqüelas de partos mal conduzidos, como ao se forçar o parto normal na ausência de condições para isto. Questionou, ainda, se haveria uma forma de possibilitar que o mesmo médico que acompanhou a gestante no pré-natal, pelo SUS, também fizesse o parto.

Em resposta ao primeiro bloco de indagações, a Dra. Tânia Lago informou que a questão dos registros é extremamente crítica no Norte e Nordeste. Reconhece como tragédia a ocorrência de 98% de mortes maternas evitáveis. No entanto, preocupa-se em fazer com que elas não aconteçam mais,

o que implica em tornar os 5500 municípios operantes de forma ideal na assistência à saúde. Informa que o planejamento familiar é o elemento mais frágil de toda a política por problemas de logística. Como nenhum dos 27 estados incluiu os anticoncepcionais na lista de medicamentos, o SUS deverá adquirir pílulas, DIUs, diafragmas, camisinhas masculinas e femininas e anticoncepcionais injetáveis para distribuição. Neste ano, a previsão é atender a 1/3 da demanda, estendendo para 60% dela em 2001 e 100% em 2002, para evitar desperdícios e ajustar os parâmetros para um planejamento mais realista, testando o funcionamento.

Ressaltou a atuação parlamentar, que incluiu emenda ao Orçamento no valor de cinco milhões de reais para capacitação de gerentes e profissionais de saúde em planejamento familiar. Refere-se à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde que apontou 50% das gestações de 91 a 96 como não planejadas. O aborto provocado é importante causa de mortalidade materna. Quanto à garantia de atendimento no parto pelo mesmo médico do pré-natal, admite ser mais importante a vinculação entre as equipes do pré-natal e do parto, com referência garantida. A intenção seria modificar o tipo de relação com as pessoas.

A Deputada Almerinda Carvalho aponta a dificuldade de obter estatísticas precisas. Lembra a dificuldade de freqüentar o pré-natal por dificuldade de acesso ou comodismo. Já a Deputada Celcita Pinheiro questiona a dificuldade de acesso aos serviços. Lembra as desigualdades que ocorrem entre as diferentes regiões, comentando existirem em Cuiabá mulheres que morrem de parto. Chama a atenção para o fato de que desconhecer o médico pode gerar medo na hora do parto. Outro fator que impede a interiorização dos profissionais médicos é a dificuldade de pagar os serviços destes profissionais, sendo que, em algumas cidades pequenas, os partos acompanhados por enfermeiros.

A Deputada Míriam Reid sugeriu criar carteira com todas as anotações do pré-natal para que a gestante leve quando da ocasião do parto.

A Dra. Tânia Lago respondeu que a expansão do Programa Saúde da Família, que entrosou agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos se reflete na melhor assistência ao pré-natal e à saúde da mulher. Concorde com a dificuldade concreta de interiorizar os médicos. Disse que o Ministério da Saúde preparou um conjunto de manuais, em conjunto com a Organização Panamericana de Saúde – OPAS - e com a FEBRASGO –

Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - manuais sobre pré-natal, pré-natal de alto risco e assistência ao parto, com material básico para realização das consultas de pré-natal para todas as unidades do Programa Saúde da Família. Foi também reeditado o Cartão da Gestante, listando exames e dando informações e instruções. Incluiu-se também a relação de riscos, lista de problemas.

A Dra. Tânia apontou ainda para a intenção de, além de aumentar os recursos, instrumentalizar as unidades para prestar uma assistência de boa qualidade. Indaga quantos dos municípios corresponderão.

Em seguida, fez uso da palavra o Deputado Benedito Dias que indagou as principais causas de morte materna. Chamou a atenção para a qualificação dos profissionais, uma vez que as complicações obstétricas tendem a surgir com rapidez. Levantou ainda a questão da remuneração dos profissionais de saúde. O Deputado Geovan Freitas lembrou os desvios de verbas ou a inversão de valores quando prefeituras investem em todas as áreas, exceto na saúde. Lembra que, na Amazônia, é o Exército que acaba prestando atendimento a civis e índios. Por outro lado, as vagas para os cursos, especialmente Medicina são limitadas pelas universidades. Sugere o direcionamento de recursos para áreas prioritárias em universidades públicas. Indaga sobre formas de estimular o Ministério da Educação a incrementar a formação de médicos.

Já a Deputada Iara Bernardi lembra a dificuldade de atuação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Comentou sobre a ficha da gestante para informar sobre a evolução da gravidez. Lembra que, em comparação a outros países, o gasto brasileiro em saúde é pequeno. Quanto aos recursos, em sendo eles insuficientes, os reflexos se mostram nos indicadores. Lamentou que o Projeto de Emenda Constitucional que vincula recursos dos três níveis para a saúde esteja parado no Senado Federal, ao mesmo tempo em que governadores não desejam esta vinculação concretizada. Ressalta o papel das Santas Casas, que, por vezes, são as únicas a prestar atendimento à população.

A Deputada Jandira Feghali levanta a questão dos recursos da área social, uma vez que o corte destes recursos é constante na atual conjuntura econômica. Lembra não haver rubrica no Plano Plurianual para o Planejamento Familiar, creditando à Comissão de Seguridade Social e Família a inclusão de emenda no valor de trinta e cinco milhões de reais para a atividade.

Diante dos dados de estagnação e agravamento, com intercorrências evitáveis, indaga qual a responsabilidade do gestor nacional. Lembra a Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, que tem oitocentas mil lâminas pagas e não lidas. Não foram localizadas 3.200 mulheres. Pergunta o que o Ministério considera sua responsabilidade. Lembra ainda que estas atividades devem ser desenvolvidas com a continuidade de programas, e não em forma de campanha.

A Deputada Maria Abadia registrou a inauguração de centro de atendimento materno-infantil no Distrito Federal, com atendimento a gestações de alto risco e a prematuros, entre outros. A Deputada Lídia Quinan elogiou o cartão da gestante. Lamentou a falta de médicos, comentando que em algumas localidades existem apenas enfermeiras ou parteiras. A Presidente Fátima Pelaes comentou a redução do número de cesarianas. Indagou sobre a destinação de recursos do Ministério da Saúde e sobre o funcionamento dos Conselhos, quais as maneiras de incentivar. Pergunta também sobre como repercutirá a extensão do prazo de morte materna para um ano após o parto.

Em resposta a estas indagações, a Dra. Tânia Lago não nega a importância do profissional médico. Entretanto, subestima-se a importância da enfermeira no desenvolvimento da gestação e do parto, inclusive em grandes centros. Acredita ser possível que os municípios disponham de enfermeiros e agentes comunitários. Citou o exemplo do Acre, que ofereceu salários altos e não houve resposta. Comenta sobre a dificuldade de interiorização de médicos quando não há desenvolvimento das cidades. Diz que o Ministério da Saúde deve identificar mecanismos para possibilitar que o município disponha de pessoal, além de fornecer material instrucional e de trabalho.

Informou ainda a existência de planos para incrementar o repasse de verbas para assistência integrada ao pré-natal e ao parto, no momento sem valor definido. Enfatizou o incremento de recursos alocados para capacitação, de 1,7 para 11 milhões de reais.

A Deputada Jandira Feghali interveio lembrando o corte das verbas suplementares da saúde. Em resposta, Dra. Tânia declarou que o Ministro José Serra determinou que os programas de saúde da mulher não sofram redução. Definiu o papel do Ministério como de identificar mecanismos para implementar macropolítica de assistência à gestação e parto, com apoio técnico,

financeiro e gerencial, estimulando o encontro de soluções locais. Quanto à questão das lâminas, enfatizou que pela primeira vez o pagamento foi realizado pelos resultados, e pela primeira vez se sabe o resultado e o seguimento.

O Deputado Geovan Freitas ponderou que a formação de profissionais deveria ser atribuição do Ministério da Saúde. A Deputada Fátima Pelaes reconheceu os avanços obtidos pela área da saúde da mulher na gestão do Ministro José Serra, mas deseja maiores dados sobre os recursos.

Em sua conclusão, a Dra. Tânia Lago informou desconhecer qualquer aliança com o Ministério da Educação para a ampliação do número de vagas.

Em seguida, pronunciou-se a **Dra. Ana Cristina Tanaka**, que iniciou sua peroração definindo a morte materna a que acontece durante a gestação ou até 42 dias após o parto. A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças deixa a possibilidade de, com a expansão para o período de um ano, serem construídos 3 indicadores. As doenças incidentais (como câncer ou AIDS) ou os acidentes estão fora do cálculo do coeficiente. Referiu-se ao novo modelo de atestado de óbito, que inclui três itens indagando se a mulher encontrava-se grávida, se a morte ocorreu nos 42 dias após o parto e se recebeu assistência médica, que tem como objetivo possibilitar o melhor conhecimento da mortalidade materna. Referiu-se ao “desperdício de mulheres em idade reprodutiva”. Disse que, em 1994, ocorreram 50,5 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos, enquanto que na Suíça e Canadá, o coeficiente é de 3 por cem mil. Lamentou que a maioria destas mortes ocorra entre jovens em idade reprodutiva que por ocasião do primeiro parto. A curva de mortalidade há vinte anos permanece estacionada.

No que diz respeito ao sistema de informações, a coleta dos dados depende dos municípios. No entanto, não existe legislação obrigando o encaminhamento de dados para o Ministério da Saúde, tanto pelos cartórios quanto pelos municípios. Como o prazo de envio é de até três anos, ainda estão sendo recebidos dados de 1997.

Quanto aos extremos etários incluídos na mortalidade materna, de 10 a 59 anos, esclareceu serem os períodos mais propícios ao desenvolvimento de complicações. A faixa etária ideal para a reprodução é a de 15 a 35 anos. Porém, têm sido relatadas mortes maternas em mulheres de mais de 55 anos.

A estimativa é que o número real de mortes maternas esteja próximo a cinco mil por ano. A primeira causa de óbito ainda é a eclâmpsia, seguida pelas síndromes hemorrágicas e pelo aborto e infecções puerperais. Estas quatro causas correspondem a 61% das mortes maternas.

Outra questão importante levantada é a via de nascimento, uma vez que a cesariana implica o dobro do risco do parto normal. Ela também apresenta riscos de iatrogenia para o recém-nascido, especialmente se for realizada precocemente, resultando em crianças de baixo peso e prematuras. O risco envolvido nas cesarianas é de cerca de três vezes maior no município de São Paulo.

A questão do acolhimento à gestante no hospital é crucial: as condições de saúde quando ela entra, se é ou não recebida e internada, podem agravar seu estado de saúde, contribuindo para a morte. Lamenta que se em tantos casos o momento ótimo de intervir seja perdido.

Apontou a Dra. Tanaka a qualificação médica como outro agravante, uma vez que, por desconhecimento, muitos profissionais estão despreparados para enfrentar situações mais delicadas. Diz ser necessário resgatar o ensino da Obstetrícia nos cursos de Medicina e Enfermagem

Referiu-se à necessidade da Mortalidade Materna constituir um discurso político semelhante ao da mortalidade Infantil. Apresentou como sugestões proporcionar à gestante a garantia do parto, possibilitando que ela conheça previamente a unidade onde a criança vai nascer, estabelecendo ligação com o serviço. Ressaltou a importância da referência e contra-referência, concluindo que é possível se promover um planejamento aproximado dos nascimentos em cada mês, para que os hospitais estimem e possam prever seu movimento de partos.

A Segunda Reunião de Audiência Pública, dia 23 de maio, trouxe o **Dr. Abdu Kexfe**, presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que apresentou estudo por eles realizados em 1998. Referiu-se inicialmente à insuficiência do pré-natal, à desorganização da assistência e à grande quantidade de processos ético-profissionais em andamento. Considera a mortalidade materna um escândalo. Citou estudo da Organização Mundial da Saúde e UNICEF, de 1996, que mostra que 99% das mortes maternas no mundo

ocorrem em países subdesenvolvidos.

A posição brasileira permanece inalterada, estimada por estes organismos em 220 por 100.000 nascidos vivos, em situação pior que o Paraguai ou a Guatemala. Lamenta que 95% destas mortes sejam evitáveis, sendo cerca de 80% causadas por fatores diretos, relacionadas ao parto, ao pré-natal, à insuficiência do pré-natal e ao puerpério. Em países desenvolvidos, esta mortalidade se associa mais às causas indiretas, doenças que as pacientes têm antes de engravidar. No Rio de Janeiro, os índices corrigidos de mortalidade foram de 146,36, em 1995; 136,08, em 1996; 146,72, em 1997; 147,55 em 1998 para 100.000 nascimentos vivos. Mais de 85% das causas destes óbitos são hipertensão, tanto específica da gravidez, como a preexistente, hemorragia e infecção. Este quadro é semelhante ao do resto do país. Relata, ainda, o excesso da realização de cesarianas, tanto no estado (onde se detectou 47,7% num trabalho) quanto no país.

Abordou a pouca cobertura do pré-natal, que atinge 19,1% em 1996, pois atendeu 315.445 consultas pelo SUS, enquanto a necessidade estimada seria de 1.652.040. Atribui o desinteresse, especialmente na rede pública, pelos valores pagos pelas consultas, o que torna a atividade de pré-natal pouco atrativa para os profissionais. Este acompanhamento é visto como uma “coisa menor”. Este desinteresse se reflete na baixa qualidade e nas estatísticas sobre assistência materno-infantil e na mortalidade materna. É necessário criar condições para que o pré-natal possa captar pacientes, ser estimulado inclusive à remuneração. Os serviços públicos devem ser recuperados, bem como os treinamentos, a residência médica e o aperfeiçoamento do staff de formadores de profissionais, além de reposição de leitos, equipamentos e medicamentos. Deve haver incentivos para a rede pública e para a recuperação da rede. Considera essencial a revisão das tabelas do SUS e da AMB, especialmente para os partos normais, que demandam várias horas de trabalho.

Quanto ao ensino médico, especialmente o da obstetrícia, deve haver uma recuperação. Diz contarmos com 93 escolas médicas, sendo 80% localizadas no Centro-Sul. Temos um médico para 673 habitantes, na Espanha, é um médico para 1.800 habitante, no Rio de Janeiro, 1:473, e a saúde vem mostrando piora. Relata que três escolas de Medicina no Rio de Janeiro estão *sub judice*, pois existem escolas criadas apenas com interesses mercantilistas.

Define como outro fator que merece atenção a referência, contra-referência, disponibilidade de transporte e regulação de vagas. O sistema deve garantir o pré-natal, a internação e transporte adequado. Tece considerações sobre todo o sistema de assistência à saúde, que não trata adequadamente portadoras de patologias, como diabéticas ou hipertensas, e além disso, permite que engravidem e não presta assistência requerida nem no pré-natal nem ao parto e puerpério, fazendo crescerem os números de mortalidade materna.

Usando da palavra, a Deputada Jandira Feghali comentou a exposição otimista e criticou os dados apresentados pela representante do Ministério da Saúde e chama a atenção para o trabalho da CPI como forma de investigar, apurar e detectar as responsabilidades pelos fatos, pelos dados e pelas mortes, que, como reflexo de negligência, tanto do profissional ou do Poder Público, são criminosas. Ressaltou a relevância do trabalho de pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que envolveu especialistas e o Ministério Público. Indaga se o convidado compreende os dados considerados pelo Ministério em comparação com o que se apura nos estados. Indagou ainda sobre dados sobre mortalidade causada por abortos clandestinos. Questiona ainda sobre o nível de responsabilidade dos gestores do SUS sobre as mortes maternas. Formulou questão sobre a falta de cobertura no setor privado, conveniado ou de seguros-saúde. Comentou, ainda, a questão da proliferação das escolas médicas, por interesse em lucro, sem preocupação com existência de hospitais, preceptores, de acompanhamento.

Em resposta, o Dr. Abdu reconheceu estar pasmo a respeito dos dados do Ministério, extremamente baixos. Comentou que, somente para o Rio de Janeiro, ocorreram 65,87 óbitos para cem mil nascidos vivos, em 1998, com 166 óbitos totais. Não entende como a Segunda cidade mais importante do país pode apresentar um índice significativamente maior que o nacional.

Com relação aos abortos, relata a dificuldade de notificação, pois a maioria deles não aparece nas estatísticas de mortalidade.

Quanto aos planos de saúde, o convidado declarou que eles não dispõem de dados epidemiológicos. Existem unidades com mais de 70% de cesarianas na rede privada do Rio de Janeiro, mas não existem dados. Quanto às responsabilidades, acredita que não somente a gestão estadual do

SUS como o Governo Federal têm de ser responsabilizados, assim como os Municípios, que prestam o serviço na ponta e têm uma participação muito importante e necessária na assistência materno-infantil. Considera que, na esfera do Ministério da Saúde, não existe nenhuma medida que seja considerada adequada para recuperar o pré-natal.

A questão do ensino médico torna-se grave em virtude da proliferação de escolas. Porém, chama a atenção para os problemas dos hospitais universitários, as dificuldades salariais afetam os professores. A má formação, a residência inadequada na rede pública repercutem em assistência materno-infantil de qualidade inferior.

A Relatora levantou a questão da mortalidade por malária em gestantes da Região Amazônica. O Deputado Benedito Dias indaga a quais motivos o convidado atribui a alta incidência da mortalidade materna. Comentou a necessidade de qualificação de toda a equipe de saúde e a remuneração adequada. Por vezes, a rede pública não oferece um mínimo de equipamento e de condições de trabalho.

Respondeu o Dr. Abdu que não há uma grande causa, e sim, um somatório de fatos e situações, que podem ser separadas em dois grandes grupos, que implicam a recuperação da saúde pública. Um deles é o pré-natal: a detecção precoce e o tratamento oportuno de condições adversas podem evitar a morte. Da mesma forma deve ser priorizada a assistência ao parto, que depende da recuperação dos hospitais públicos, dos treinamentos, da recuperação da residência médica. Os serviços devem ser equipados, a remuneração dos profissionais médicos deve ser digna e deve haver treinamento constante na área de Obstetrícia.

Sobre a questão das cesarianas, acredita que o aumento de risco que traz para a mortalidade materna não é fundamental.

A Deputada Míriam Reid acrescentou questionamentos sobre a repercussão da tabela do SUS sobre a rede conveniada, uma vez que a consulta médica custa 2 reais. Relata o achatamento salarial da rede pública, com cinco anos sem aumento. Na rede pública não se paga por produtividade. Outra pergunta que formula é sobre a disponibilidade de leitos, com a relação de leitos obstétricos por mulher.

O convidado considera a revisão da tabela do SUS

fundamental em relação não apenas à mortalidade materna, mas ao SUS como um todo, para que proporcione o trabalho em condições razoáveis. Não realizou estudos do impacto dos valores da tabela sobre a rede, mas aponta o abandono do atendimento ao SUS por inúmeras clínicas conveniadas, especialmente no interior. Quanto à insuficiência de leitos, o que motivou o estudo foi a insuficiência de leitos de UTI neonatal e berçário intermediário. Refere haver número suficiente de leitos obstétricos no estado do Rio de Janeiro.

O Deputado Eduardo Barbosa identifica problemas importantes de organização do sistema de saúde, que abrange o pagamento, a falta de estrutura e a falta de capacitação e de estímulo. Pergunta se existem avaliações qualitativas do pré-natal no país.

O Dr. Abdu declara que a qualidade do pré-natal é uma questão essencial. Porém, quanto à avaliação da qualidade dos serviços prestados, informa que não existe este estudo no Rio de Janeiro, e que, possivelmente, esta apreciação não exista para outros estados.

A Deputada Fátima Pelaes indaga sobre as maneiras de tornar o pré-natal atrativo. Indaga sobre o coeficiente de 220 por 100.000 nascidos vivos.

Em resposta, o convidado declara que estes dados são de trabalho de 1996 levado a cabo pela Organização Mundial da Saúde e pelo UNICEF, que incluiu todos os países. O desinteresse pelo pré-natal se deve a vários motivos. Em Obstetrícia, existem áreas melhores de trabalho. Sugere valores diferenciados de pagamento para áreas mais remotas. A implantação de trabalho com equipes multiprofissionais, apoio laboratorial e equipamentos fazem com que o profissional se sinta engajado.

Em 30 de maio de 2000, foram ouvidos em Reunião de Audiência Pública o **Dr. Aníbal Faúndes**, Professor titular de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e a **Dra. Maria José de Oliveira Araújo**, Coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde.

Fazendo uso da palavra em primeiro lugar, o Dr. Faúndes chamou a atenção para o fato de que a mortalidade materna no Brasil é de 2 a 3 vezes maior que de outros países da América Latina que têm renda per capita semelhante. Cita dados da UNICEF e da Organização Mundial da Saúde para 1990, que coloca o Brasil como tendo 220 mortes maternas para cada cem mil

nascidos vivos, o México, 110; Cuba, 95; Chile, 65 e Costa Rica, 55. Relata que, à época, a renda per capita no Brasil era de 4.800 dólares, enquanto que na Costa Rica era de 2.600. Ressalta que todos os países contestaram os índices atribuídos a eles. No entanto, diz que a condição de subdesenvolvimento não explica a ocorrência de mortes maternas, uma vez que países em pior situação apresentam um número significativamente menor destes óbitos.

Demonstra que 85% das mulheres recebem atendimento pré-natal. Porém, mais uma vez, surgem as diferenças regionais. No Nordeste, a cobertura é de 34%, no Rio de Janeiro, 95%, em São Paulo e no Sul, 93%. Em seguida, avalia o número de visitas, enfatizando que no Nordeste, somente 60% fizeram quatro visitas. O parto hospitalar chega a 98% em São Paulo e 93% no Sul. No Norte e Nordeste, gira em torno de 75%. Já os partos realizados por enfermeiras são raros no Sul e sudeste, e freqüentes no Nordeste e Norrte. Este tipo de parto é comum na Suécia, Finlândia, Escandinávia, Inglaterra e na maioria dos países europeus. Comenta ser um erro julgar que partos atendidos por estas profissionais sejam mal atendidos. Salientou que a percentagem de cesarianas é inversamente proporcional ao número de partos atendidos por enfermeiras. Os partos atendidos por médicos têm tendência muito maior de terminarem em cesáreas. Os médicos não dispõem de tempo para acompanhar as parturientes durante oito ou doze horas de trabalho de parto, e as enfermeiras, sim.

Refere-se à questão do aborto. Para o Brasil, estima-se a ocorrência de 3,6 abortos por cem mulheres em idade fértil por ano. No Chile, que também tem leis restritivas, é de 2 ou 3%. Em países com leis permissivas sobre o aborto, diminui para 1,42 (Grã-Bretanha); 1,2 (Canadá) e 0,53 na Holanda. Isto demonstra que proibir o aborto é o pior método de se evitar o aborto. Outras medidas devem ser tomadas, principalmente educativas. Compreendem o aprendizado do respeito às mulheres e da não imposição do sexo contra a vontade, o acesso ao conhecimento e métodos de prevenir a gravidez, a proteção da mulher gestante e possibilitar o acesso a creches. A sociedade deve proteger a mulher para que ela possa ter seu filho.

A proibição através de lei tem como efeito somente aumentar a mortalidade por procedimentos clandestinos para abortar.

Um dos sinais de que o pré-natal não é bom é a alta mortalidade dos quadros de hipertensão da gravidez, facilmente identificada e reduzida em todo pré-natal de qualidade. Esta condição pode ser detectada com

precocidade e a gestante encaminhada ao atendimento e acompanhamento adequados.

As principais medidas para reduzir a mortalidade materna são a municipalização, com a presença do médico de família. Em seguida, a garantia de unidades para referência das gestantes de risco. O mais importante é monitorar a qualidade do atendimento nas maternidades do Brasil. 75% dos partos do Sistema Único de Saúde são realizados em hospitais privados, sobre os quais não se tem controle ou monitoração. Os Comitês de Morte Materna devem verificar o que ocorre nos hospitais onde estas mortes acontecem e analisar a segurança de se dar à luz nestes locais. Devem existir normas para avaliar profissionais, equipamentos e orientações sobre condutas para enfrentar complicações.

Outro cuidado indispensável é prevenir a ocorrência da gravidez de risco. Do mesmo modo, o maior fator de risco para o aborto é já ter ocorrido outro anteriormente. Deve haver uma atenção especial nos cuidados de planejamento familiar para as mulheres identificadas como de risco: não bastam apenas advertências sem ações concretas e acesso aos meios contraceptivos.

Em sua participação, a **Dra. Maria José de Oliveira Araújo** iniciou sua exposição exaltando o mérito desta Comissão Parlamentar de Inquérito em sensibilizar o país para um problema que tem sido historicamente desconhecido e abandonado pela sociedade.

Ressaltou o fato da morte materna ser um problema antigo e extremamente grave, com o desperdício de vidas de mulheres em plena idade reprodutiva. Comenta a pouca qualidade do atendimento pré-natal, quando 57% das mulheres que morreram tiveram mais de quatro consultas.

A mortalidade materna revela o status da mulher na sociedade; condições de vida, de alfabetização, moradia, trabalho, acesso à saúde, poder de negociação sobre o uso de preservativos, da violência sexual e doméstica. Menciona a existência de estudos demonstrando que mulheres grávidas sofrem mais violência doméstica que as demais. 90% das mortes acontecem nas classes mais desfavorecidas, e as regiões Norte e Nordeste são as mais afetadas. As regiões Sul e Sudeste, que contam com mais equipamentos e pessoal de saúde mais capacitado oferecem melhor atendimento ao pré-natal.

Lamenta que a sociedade ainda considere a morte por causas relacionadas à gravidez como ato de heroísmo. O Sistema Único de Saúde deveria garantir atenção humanizada e digna para toda a sociedade. Os avanços conquistados ainda não se refletiram em mudança de coeficientes.

Declarou acreditar que o papel desta CPI seja o de levantar as responsabilidades do Estado, entendido como Secretarias Municipais, Estaduais e o Governo Federal e dos profissionais de saúde, por estas mortes.

Teceu comentários sobre a intensa desestruturação que acomete famílias onde ocorreu o óbito materno, o que afeta profundamente o desenvolvimento das crianças, ao contrário da morte do pai.

Lamentou que a iniciativa do Ministério da Saúde de considerar o parto uma urgência repercutiu desfavoravelmente para as mulheres porque os hospitais no momento só admitem parturientes em período expulsivo, uma interpretação distorcida da medida. Outro problema que aponta é a alta precoce do pré-natal na rede pública, com 36 semanas de gestação, quando a necessidade de assistência é ainda mais pronunciada. Estes dados ilustram a qualidade do atendimento da rede do SUS, para onde ocorre 70% da população.

Sugere o reforço à atividade dos Comitês de Morte Materna, para que eles sejam instrumentos de busca de dados e de sugestões de medidas para os Secretários de Saúde, promovendo a divulgação ampla para a sociedade. A visão deve ser social, e não exclusivamente médica, uma vez que este é um problema social, que acomete as classes populares, das analfabetas e das que não têm acesso aos serviços de saúde. Isto se vê claramente no município de São Paulo, onde mais de 70% das mortes ocorrem em áreas de baixa renda, de maior violência contra as mulheres e onde o dinheiro para o transporte não existe, ou quando se chega ao hospital, a mulher não é atendida.

A peregrinação em busca de um leito é indigna. Em São Paulo ocorrem em média duzentos partos por mês em carros de polícia. As mulheres brasileiras passam por dois a três hospitais antes de conseguirem um leito para dar à luz. Ilustra com um caso de uma gestante de 28 anos, que fez seis consultas em um pré-natal normal. Peregrinou por nove hospitais. No décimo hospital, morreu.

Ressalta a importância de sensibilizar os planejadores de saúde, os profissionais para a crucialidade do momento do pré-natal e parto, e

para o respeito aos direitos e sentimentos femininos, revertendo a situação trágica atual.

Chama a atenção para a questão da malária na Região Norte como complicadora das mortes maternas, ainda precariamente estudada. Cobra o cumprimento dos acordos assinados por ocasião das Conferências do Cairo e Beijing.

Usando da palavra, o Deputado Dr. Rosinha comenta a queda da mortalidade materna em situações onde o aborto é legalizado. No entanto, por preconceito, por motivos culturais e religiosas esta questão não é debatida, mesmo sendo um direito individual que continua proibido por lei, em virtude do qual mulheres em idade fértil estão morrendo.

Questiona a estratégia dos médicos de família, que seria desnecessária se o Sistema Único de Saúde pudesse proporcionar o atendimento já garantido. A questão das enfermeiras obstétricas também apresenta aspectos semelhantes.

Critica a educação médica, que forma profissionais para atender às elites e buscar lucro. Tanto o direito de cidadania quanto o modelo de saúde pública são ignorados durante a formação. Acredita que o Comitê de Morte Materna deve ter também poder de polícia uma vez que se está violando o direito à vida, que é uma prioridade óbvia. Acredita que devem ser instauradas ações criminais contra gestores, serviços e profissionais envolvidos com estas mortes.

O Dr. Anibal Faúndes respondeu estar convencido de que o atendimento pré-natal normal é melhor feito por enfermeira, pois é o procedimento mais complexo que ela faz, e ela sofre cobranças para isso. O problema é que estão sobrando médicos e faltando enfermeiras. Não existe uma política de formação profissional coerente com as necessidades do país. Critica a criação indiscriminada de escolas médicas. Discorda da visão mercantilista do médico, dizendo que o problema é que este profissional trabalha com empregado para empresas de planos de saúde ou para hospitais privados, que têm como objetivo o lucro. Comenta a falta de controle sobre as condições de trabalho e sobre o desempenho dos profissionais. As maternidades devem ser monitoradas, sendo os Comitês os mecanismos mais eficientes para controlar o problema.

Acredita que a ação criminal depende primeiramente da capacidade da família da vítima em movê-la. A pressão social sobre o

responsável é essencial. Comenta que a participação voluntária no Comitê de Morte Materna é um obstáculo para sua efetividade. Ele deve ser profissionalizado.

A Dra. Maria José era favorável ao caráter punitivo dos Comitês de Morte materna por ser importante que o Estado ou o profissional de saúde sejam responsabilizados pelo atendimento prestado às pessoas. O Comitê deve, no mínimo, ser capaz de implementar medidas administrativas. É evidente a diferença de tratamento entre pacientes dos consultórios e do SUS.

Mencionou um seminário onde um professor de obstetrícia da Universidade de São Paulo disse que seus alunos de Residência faziam apenas seis partos normais. Todos os outros eram cesarianas. É favorável à realização de parto e pré-natal por enfermeiras, desde que sejam treinadas. O hospitalar feito por médico, em hospital, no Brasil, não é garantia de nada. Ele pode ser um risco para a mulher. O modelo vigente na atualidade, biologicista, hospitalocêntrico e medicalizador é altamente nocivo para as mulheres. Comenta experiências de integração de Centros de Parto com hospitais locais onde não ocorrem mortes maternas.

Acredita que na atualidade o médico deve se ocupar das questões da alta tecnologia, das cesáreas, e deve ser reforçado o papel das enfermeiras obstétricas e da adoção de outras medidas de atuação multiprofissional para reduzir estes óbitos.

Esta Relatoria teceu comentários sobre a dificuldade de obtenção de dados, citando como exemplo a resposta enviada pela Bahia. Foi comentada a questão do abortamento e da mortalidade associada. O caso da Holanda, exemplo citado nas exposições, onde o aborto provocado caiu para 0,55 por 100 mulheres, foi comentado.

Permanece a preocupação de que a assistência prestada por enfermeiros bem treinados seja melhor do que a dos médicos, além da associação da malária com as mortes maternas na Amazônia, já constatada em 1992 em estudo de entidades internacionais. O corporativismo existente nos Comitês, bem como a participação voluntária contribuem para a pouca resolutividade e no desinteresse pelo seu funcionamento.

Os depoimentos são bastante convergentes e têm apontado as mesmas dificuldades.

O Dr. Faúndes esclareceu que o médico vê com desprezo o pré-natal, em virtude de constituir atividade rotineira e desinteressante. Daí, não a desempenhar com o cuidado necessário. Para a enfermeira, é uma tarefa de alta responsabilidade, que ela cumpre com muito zelo. A questão não é de qualificação profissional. O médico deve atender os casos que a enfermeira houver detectados como diferentes da normalidade. Os partos normais podem ser acompanhados pela enfermeira, que tem capacidade e paciência para atendê-los. Já foi provado que a simples presença de uma pessoa ao lado da parturiente reduz as complicações e melhora os resultados perinatais. Este acompanhamento ao parto normal hospitalar o médico não tem condições de fazer. Em geral, quando o médico atende, é para fazer um parto cirúrgico. Esta é a realidade que deve ser monitorizado.

A Deputada Iara Bernardi salienta o aumento da gravidez na adolescência e indaga quanto a aprofundamento a respeito, inclusive contemplando a questão da legalização do aborto.

Em resposta, o Dr. Faúndes esclareceu que empregou como comparação o México, Cuba, Chile e Costa Rica. Nestes três últimos, a organização do sistema de saúde é muito boa, especialmente em Cuba. Neles, também, o atendimento ao parto é feito por equipes. Ressalta que, no Brasil, a maior parte dos partos é realizada pelo setor privado como prestador de serviços ao SUS, ao contrário destes outros países onde a mortalidade materna é menor.

A mortalidade materna é maior entre as adolescentes, muito mais por razões sociais do que biológicas. Esclarecendo os comentários sobre a prática do aborto, ela ocorre em 3,6 de cem mulheres no Brasil contra 0,55 em cem, na Holanda, onde o aborto é livre e pode inclusive ser cobrado do Estado. Daí vem a notificação fidedigna destes procedimentos. Esta taxa também se deve à educação sexual desde a pré escola, incluindo a educação em cidadania. As crianças são ensinadas a respeitar as do outro sexo e conscientizadas a aceitar ou não práticas sexuais, sobre uso de preservativos, tendo informação e acesso a todos os métodos anticoncepcionais. No caso da gravidez, existe a proteção do Estado, como à maternidade. Assim, não existem razões para abortar. No Brasil, o aborto sendo proibido, não são dadas as condições para evitar a gravidez indesejada. Não são adotadas formas de proteção à gravidez e à maternidade.

Proibir por leis a realização do aborto é semelhante a proibir a existência de meninos de rua. Eles vão continuar a existir, apesar das leis. Na

Romênia, o aborto era legal e foi proibido, junto com os métodos anticoncepcionais. Ocorreu um aumento brutal da mortalidade por aborto – de seis a sete vezes. Na volta da democracia, o aborto foi novamente legalizado, e a mortalidade materna por esta causa caiu outra vez. Tornar o aborto ilegal só é eficaz para aumentar o número de mulheres mortas. A mesma oposição levantada contra o aborto é feita ao uso de anticoncepcionais. Este esforço aumenta a possibilidade de abortos, uma vez que obrigam as mulheres a engravidar quando elas não o desejam.

Complementando, a Dra. Maria José informou que, na Bahia, duas teses de doutoramento mostram que aborto é a primeira causa de morte materna do estado. Em geral, esta é a terceira causa. Neste estado, as questões relativas à saúde da mulher estão muito atrasadas.

Enfatizou que, enquanto não houver acesso concreto ao planejamento familiar, as mulheres vão continuar abortando. As mulheres ganham 40% menos que os homens. Em São Paulo, 37% das famílias são chefiadas por mulheres. São, assim, famílias mais pobres.

Chama a atenção para o fato de que o aborto é um fator importante para a morte materna e um pouco mais visível. No entanto, a vasta gama de outras complicações de abortos mal feitos são ignoradas – infertilidade, retiradas de útero, ovários, fístulas de vesícula, anais, vaginais, pois não existem informações a respeito.

A Deputada Ângela Guadagnin ressaltou a falta de vontade política para implementar o atendimento materno, planejamento familiar, combate à miséria e analfabetismo. Lamenta o dismantelamento de um serviço de atendimento à mãe e à criança implantada em São José dos Campos, que havia resultado no decréscimo da mortalidade materna e infantil.

A Dra. Maria José reitera que a questão da morte materna é questão de políticas públicas. Primeiro, porque as maiores causas são completamente evitáveis, especialmente a hipertensão. As medidas são simples, baratas e de impacto. É, também, problema de capacitação de profissionais. Aqueles de má qualidade têm de ser responsabilizados. Por vezes, hospitais bem equipados têm profissionais negligentes. Aí se destaca o papel do Comitê para modificar as políticas. Quanto à subnotificação, ela já começa pelos óbitos, e até

pelo nascimento. Comenta a disparidade dos dados do Ministério da Saúde com de outras fontes.

O Deputado Benedito Dias teceu comentários sobre a inadequação do preenchimento do atestado de óbito. Inquiriu a Deputada Maria Abadia sobre a ocorrência de gravidez nos extremos de 10 a 59 anos. Disse o Dr. Faúndes que o número em menores de quinze e depois dos cinqüenta anos são pequenos, mas podem ocorrer, trazendo um risco muito alto.

A Deputada Jandira Feghali ressalta a necessidade de apurar as responsabilidades. Comenta a disparidade dos dados. Indaga sobre a avaliação da política atual do Ministério da Saúde na defesa da maternidade e sobre qual nível recai a responsabilidade maior sobre este atendimento. Por fim, pede sugestões para o desenvolvimento dos trabalhos da CPI.

O Dr. Anibal Faúndes lembrou que a estatística serve para tudo. Acredita que as estimativas de 220 por cem mil em 1990 também são fruto de supercorreção, como também avaliações para outros países, como Cuba. E os dados apontados pelo DATASUS são os dados crus, de mortes reconhecidamente maternas ocorridas em hospitais. As decorrentes de complicações são relatadas por outras causas, não se mencionando a vigência do período de parto, aborto ou cesariana. Constata que em cidades mais desenvolvidas, a subenumeração ainda gira em torno de 50%, tornando-se mais complicada em casos de aborto, quando nem a mulher informa ao hospital. O fato só será descoberto com a realização de necropsia, o que faz a subnotificação de mortes por aborto maior que a de todas as outras causas. Os números dependem da vontade de descobrir.

A Dra. Maria José também considera 22 mortes por cem mil nascidos vivos uma taxa irreal, não podendo haver este decréscimo diante da desestruturação da rede pública. Sugere o deslocamento aos estados para avaliar o funcionamento dos Comitês. As responsabilidades devem ser cobradas de todos os níveis, uma vez que se acredita na descentralização. Discute a questão dos cortes do orçamento e do impacto sobre as políticas de saúde, sobre o atendimento na ponta. Diz que as normas propostas pelo ministério são interessantes, porém terão impacto muito pequeno se a rede pública não estiver organizada e preparada para adotá-las.

Complementando, o Dr. Faúndes discorreu sobre a falta de controle da qualidade do atendimento à gravidez e ao parto, das condições da maternidade, equipamentos, bancos de sangue e qualificação dos profissionais. Por vezes, pode existir até a intenção de se ocultar a condição de morte materna.

Diz que cobraria dos Governos o efetivo funcionamento dos Comitês de Morte Materna de acordo com a regulamentação, os recursos alocados para que eles funcionem, e adoção de medidas para corrigir os erros que determinaram as mortes, porque até o momento, somente os fatos são observados, mas não se toma nenhuma providência concreta.

A Audiência Pública de 6 de junho de 2000 contou com a presença do **Professor Rui Laurenti**, Professor Titular do Departamento de Epidemiologia, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Inicialmente, relatou a preocupação com a má qualidade da informação das mortes maternas constantes nos atestados de óbito. Inicialmente, comentou a definição de óbito materno contemplar apenas os que ocorrem até 42 dias após o parto, deixando as mortes ocorridas após este período fora das estatísticas. Declarou a dificuldade de se estabelecerem parâmetros aceitáveis para a mortalidade materna, em virtude do desconhecimento da totalidade dos casos. Acredita que, quanto mais próxima de zero, melhor a situação do país. No Brasil, estima a ocorrência de 110 a 120 mortes por cem mil nascidos vivos, por ano, o que considera extremamente alta, em comparação com países desenvolvidos. Em situações onde se chama a atenção para um problema, a notificação tende a aumentar pela maior preocupação dos profissionais. Isso parece paradoxal, um aumento artificial apenas devido à melhor informação do que ocorre na realidade. Enfatizou o preenchimento da causa da morte com a complicação, o que leva a omitir a circunstância da gravidez ou puerpério nestas declarações.

Diversamente da mortalidade infantil, as mortes maternas são evitáveis com assistência de qualidade.

Comentou a questão da dificuldade de acesso ao hospital para dar à luz, a questão educacional e a importância do planejamento familiar, tanto para ter filhos quanto para evitar a concepção.

Como causas principais dos óbitos, enumera a eclâmpsia, hipertensão própria da gravidez, as hemorragias, por descolamento prematuro da placenta, atonia uterina, agravados pela falta de sangue nos hospitais e pela dificuldade de realizar transfusões. Relata a terceira causa como infecções, em seguida aos abortos. Dentre as causas indiretas, ou seja, doenças anteriormente existentes, agravadas pela gravidez, predominam as doenças cardíacas. Lamentou que estas mortes ocorram, pois estima 90% delas como evitáveis.

O Prof. Laurenti fez referência à Conferência de Nairóbi, de 1987, que tratou da maternidade segura, e que lançou a proposta de redução a 50% os níveis de então até o ano 2000. A cúpula da infância, em 1990, não podia desvincular a mortalidade materna, e tornou a chamar a atenção para o assunto. O assunto foi tratado, ainda, na Conferência do Cairo, de 1994, sobre população e desenvolvimento, e especialmente a de Beijing, de 1995, com a elaboração da Carta da Conferência Mundial sobre a Mulher.

Em 1990, todos os Ministros de Saúde das Américas, com a Organização Pan-Americana de Saúde aprovaram um plano de redução da mortalidade materna. Nesta época foram criados os comitês de vigilância da mortalidade materna.

Realçou o fato de que a mortalidade materna não ocorre em número que chamem a atenção. Declara que não deveria existir nenhuma morte materna, mas, para efeito de investigação, deveriam ser estudados também os casos das mulheres que quase morreram, ou que ficaram com seqüelas. Defende a investigação de todos estes casos, apesar do custo alto do procedimento. Refere-se à morte materna como a ponta do iceberg.

A Deputada Lídia Quinan reforçou a coincidência dos depoimentos, enfatizando as deficiências do pré-natal e pela necessidade de se vincular o parto pelo SUS e o pré-natal. O Deputado Doutor Rosinha louva a atuação do Comitê de Mortalidade Materna do estado do Paraná e a atuação do Dr. Fernando Braga, que se dedicou com afinco ao assunto. Defende que as investigações dos Comitês não sejam tão sigilosas, lembrando o drama da orfandade e a existência de cemitérios clandestinos.

O palestrante informou que, em 1996, realizou trabalhos em Teresina, onde foram identificados 108 cemitérios clandestinos, alguns em desuso, outros atuantes. Acredita que existam da mesma forma em áreas rurais

do resto do país. Refere que os abortos costumam ser mencionados como a segunda ou terceira causa de morte materna, mas são importantes para a avaliação da morbidade em virtude das seqüelas que deixam. Se houvesse um programa de planejamento familiar funcionando de modo ideal, eles seriam praticamente eliminados.

O Deputado Geovan Freitas lembra a concentração das escolas médicas e o problema de interiorizar os profissionais. Indaga se, com a criação de novas escolas o problema seria atenuada, e se haveria um meio de obrigar os municípios a contarem com o número de profissionais médicos adequado, proporcionalmente, ao número de habitantes. Relata conhecer um motorista de ambulância que atendeu a oito partos. Indaga sobre como expandir o acesso ao planejamento familiar.

O palestrante denuncia a existência de faculdades demais, muitas de qualidade duvidosa. Sugere a formação de mais enfermeiras obstetrizas, educar as parteiras, estimular o funcionamento das Casas de Parto e a prática do planejamento familiar. Lembra ainda a possibilidade de se criar serviço civil para os profissionais de saúde.

O deputado Arlindo Chinaglia informa ser Autor de uma proposição proibindo a abertura de novas faculdades de Medicina nos próximos dez anos. Referiu-se à migração de estudantes para a Bolívia, onde não há o exame Vestibular. Quanto à difícil fixação de médicos em municípios menores, atribui à inexistência de infra-estrutura ou de recursos como laboratórios e bancos de sangue. Acredita não existirem impedimentos técnicos para reduzir a mortalidade materna – somente é necessária política governamental para informar e providenciar os meios. A diminuição da fecundidade resulta de educação e não somente de medidas sanitárias – é necessário se incrementar as estratégias de planejamento familiar. Quanto aos Comitês, sugere o aumento de recursos para eles, salientando que, se o atendimento e a notificação fossem adequados, sua existência seria desnecessária – seria mais barato prevenir que investigar as mortes. Pergunta se o investimento na rede básica não traria melhores resultados.

O Prof. Rui Laurenti afirmou que o Ministério da Saúde lançou um programa que deve disponibilizar recursos suficientes e ser abrangente para a redução da mortalidade materna. Considera que, diante de

uma notificação eficiente, com o correto preenchimento do atestado de óbito, seria mais fácil identificar as áreas críticas para investir.

Retomando a palavra, o Deputado Arlindo Chinaglia indagou sobre as casas de parto, que considera correr o risco de se tornar em atendimento pobre para os pobres, por tender a substituir serviços adequados de gineco-obstetrícia. Diante dos vultosos pagamentos da dívida externa, preocupa-se com a disponibilidade de recursos para financiar adequadamente a saúde, uma vez que, de 94 a 98 o Brasil pagou 127 bilhões de dólares e aumentou sua dívida em 87 bilhões. Pergunta ainda sobre o lançamento do programa do Ministério da Saúde.

O convidado considera fácil elaborar programas para reduzir a mortalidade materna. O necessário é que recursos sejam disponibilizados. Refere-se às Casas de Parto como um desafio, sendo que não podem distar mais de um quarteirão do hospital de referência, para onde qualquer indício de complicação possa ser encaminhado com agilidade e eficiência. Lembrou a experiência da Fundação SESP que treinava as parteiras e fornecia a elas o material para fazer os partos, que deveria ser retornado para esterilização na Unidade, o que funcionava como controle de sua atuação. Ressaltou a possibilidade de interiorização de profissionais com o estabelecimento de serviço civil para recém-formados.

O Deputado Geovan Freitas lembra a importância de estabelecer uma linha para denúncias sobre mortes maternas. Referiu-se à possibilidade de, como se procede nas Forças Armadas, que os jovens matriculados nas faculdades de Medicina e Odontologia possam servir somente após a formatura, o que colaboraria para interiorizar os serviços. Acredita na importância da divulgação do pré-natal para motivar as pessoas a comparecerem.

Por fim, a Deputada Lídia Quinan comentou a importância de conscientizar as gestantes sobre a importância do pré-natal, dos riscos, entendendo muito importante a participação do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Em 20 de junho a CPI deslocou-se para o **Rio de Janeiro** para diligências e tomada de depoimentos. Foram ouvidas dez pessoas, dentre as quais a mãe de uma jovem de 20 anos, falecida por causas maternas.

Fez uso da palavra a **Dra. Carmem Athayde dos Santos**, diretora do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, uma unidade de referência para gestação de alto risco para a cidade do Rio de Janeiro. Declarou que a morte tem que ser evitada, e está relacionada com a precocidade do atendimento. O sucesso é diretamente proporcional à velocidade em que se identifica e trata o risco gestacional. A evolução desfavorável envolve as intervenções em fases tardias. O óbito materno é evitável numa percentagem extremamente elevada, porém, ocorre das pacientes darem entrada nas unidades hospitalares em estado agônico ou pré-agônico. Relata a grande incidência de hipertensão e suas complicações. Acredita que, uma vez identificada a prevalência de uma determinada patologia, devem ser direcionados recursos para reduzi-la.

Quanto o pré-natal, acredita que a falta de informação a respeito de sua importância é maior que a efetiva falta de acesso a ele. Levantou também a ocorrência de abortos realizados de forma inadequada, levando à morte por hemorragia ou infecção.

Em seguida, foi dada a palavra à **Dra. Maria Rita Toullois**, do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro. Iniciou lembrando a evitabilidade das mortes maternas, por falta de cuidados ou de desconhecimento. Ressalta a atuação dos Comitês de Morte Materna, tanto municipais e estaduais, que investigam os casos e procuram detectar o ponto de estrangulamento. Julga essencial a presença da sociedade civil nestes órgãos, que vistoria maternidades, acompanha casos e os encaminha ao Conselho Regional de Medicina, procurando estabelecer sanções, pela fiscalização sanitária ou por erros médicos. Um de seus grandes méritos é evitar a subnotificação.

Ressalta ser o parto uma coisa natural da vida, não uma doença. Gravidez é saúde, disse. Enfatiza a necessidade de aprimoramento dos serviços em qualidade.

A **Dra. Leila Linhares**, diretora do CEPIA – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação, que centrou sua abordagem na atuação

das organizações não-governamentais para dar visibilidade ao problema dos altos índices de mortalidade materna no Brasil. Enfatiza que qualquer morte materna deve ser um motivo de preocupação. Referiu-se à precariedade do sistema de captação de dados, lembrando a existência de mulheres que não tiveram certidão de nascimento, carteira de identidade, e a falta de registro de incontáveis óbitos. Compara o índice estimado para o Brasil em 110 óbitos por cem mil nascidos vivos ao do Canadá, de cerca de três e, certamente, mortes por causas inevitáveis.

Salientou que para conseguir a redução da mortalidade materna devem ser adotadas políticas de redução da pobreza, uma vez que grande parte dessas mulheres estão situadas nos estratos mais pobres da população, sem acesso a condições de vida que produzam saúde. Estes índices mostram também que os direitos reprodutivos das mulheres brasileiras também não estão sendo respeitados. Lembra todos os compromissos internacionais assumidos para assegurar a saúde, na Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento e da IV Conferência Mundial da Mulher, que, apesar de não terem força de lei, são compromissos éticos e morais. E, apesar de tudo, os índices permanecem estacionados nos patamares de quinze anos atrás.

Segundo ela, o acesso aos avanços científicos e tecnológicos é diferenciado em função da renda e da posição social dos indivíduos. A morte materna é muito mais comum em mulheres pobres, o que está ligado à distribuição injusta da riqueza.

Acredita na atuação importante e forte dos Comitês de Morte Materna, embora seja perceptível sua desativação. Considera essencial o monitoramento não apenas do setor público, mas também do conveniado e privado, em virtude da pouca informação a respeito da atenção à saúde reprodutiva nestes segmentos. Acredita que o Estado deve controlar a atuação destes estabelecimentos e ter acesso aos seus dados.

Louvou o sucesso de campanhas eficazes na redução do câncer cérvico-uterino e de mama, além dos programas de vacinação. Lamenta as campanhas para redução de mortalidade materna tenham sido muito tímidas. Elas deveriam ser contínuas, e não pontuais.

Enfatizou, novamente, a questão da pobreza, sugerindo pensar em como proporcionar renda mínima para que a gestante se alimente, viva em uma habitação saudável, tenha acesso à educação e saiba cuidar de si. Acredita que essa discussão deve ser aprofundada.

Manifestou-se a seguir o Deputado **Paulo Pinheiro**, Vice-Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. O trabalho desse órgão inclui avaliar o atendimento materno-infantil no estado, e existem dificuldades em todos os níveis, federal, estadual ou municipal. Em quatro anos, de junho de 1996 a junho de 2000 morreram 283 crianças por péssimos cuidados perinatais. Estas mortes foram consideradas evitáveis. Durante investigação, foi identificada uma unidade sem condições de receber parturientes por insuficiência do berçário. A decisão a respeito dela foi a de receber somente mulheres sem condições de transferência, já em período expulsivo. Porém, a dificuldade de implantar este esquema de remoções foi comprovada pelos membros, que acompanharam uma parturiente que levou quase seis horas para ser removida para outra unidade.

Em seguida, relatou a denúncia da morte de uma mulher jovem e pobre, que acreditou que o sistema de saúde é o local onde vidas são salvas e onde se dá à luz, um ato absolutamente normal. Esta mulher havia feito o pré-natal, sem ocorrência de nenhum problema. Com trinta e uma semanas de gestação, sentiu dores lombares e foi levada por uma vizinha ao hospital – o mesmo onde havia feito o pré-natal. Lá, constataram que o feto estava morto, e ela foi internada. Em visita, no dia seguinte, a mãe encontrou-a dopada, sem andar, com as roupas urinadas, deu banho na filha, mas foi impedida de ficar como acompanhante. No dia seguinte, encontrou a filha em crise convulsiva e com sangramento, morrendo em seguida. O atestado de óbito indicou feto macerado e, para a mãe, insuficiência renal crônica e hiperpotassemia, duas causas questionáveis, levando em consideração o quadro que apresentou. A conduta correta seria, inicialmente, ter transferido a paciente, e, após a morte, encaminhar o corpo para necropsia.

Comentou a dificuldade de se estimular e incentivar o bom andamento dos programas, embora isto cause aborrecimento nas autoridades, pela impressão de que são feitas denúncias às vezes por questões partidárias. Equipara a agressão que ela sofreu à morte da jovem ocorrida no ônibus, que comoveu todo o país.

A seguir, fez seu relato a **Sra. Dulcinéia de Oliveira Félix**, mãe desta paciente morta, Ana Cristina de Oliveira Félix, de 20 anos. Ela disse ter sido informada de que a filha estava com uma infecção. Não eram prestados a ela os mínimos cuidados de higiene, e ela refere ter levado diversos lençóis para lavar em casa, por ordem da enfermagem. Diz ter observado o aparecimento de grande hematoma no rosto da filha, seu estado de letargia por estar dopada, e a ocorrência de hemorragia digestiva, momento no qual surgiram não só roupas, com médicos e enfermeiras. Foi mandada sair do quarto, bem como a outra paciente internada. Afastou-se para não ouvir os gritos da filha, e, ao encontrar a médica, foi informada de seu falecimento. Relatou ainda a menção à necessidade de adquirir medicamentos para a filha, e na negligência em transferir a filha para outra unidade. Diz ter conhecimento de outras mortes maternas no mesmo hospital, sem terem sido feitas as denúncias.

A Relatora comentou a falta de funcionamento dos leitos existentes na rede. O sistema não conta com sistema de controle de vagas, para onde encaminhar as parturientes. As questões envolvidas com a morte materna parecem simples de equacionar, mas envolvem uma gama extensa de problemas associados – educação, direitos reprodutivos, qualidade de vida e de atendimento. Lembrando a questão da pobreza, salienta que a luta deve ser envidada não só pelo Parlamento, do Governo e da sociedade como um todo. Foi dito que chega a ser considerado uma punição colocar o médico para atender o ambulatório. Discutiu o corporativismo dos médicos e dos Conselhos Profissionais. Reconhece o valor do reconhecimento do Ministério da Saúde de que falta muito para avançar na questão. O aborto provocado é outro assunto palpitante. Julga ser fundamental um treinamento para enfermeiras obstétricas.

Fazendo uso da palavra, o Deputado Eduardo Barbosa observou que, em visita à maternidade Praça XV, a impressão da assistência é positiva, pois apresenta 90% de cobertura pré-natal e 70% de atendimentos de partos no SUS. Apesar disto, a mortalidade materna no estado é de 56,9. Ressaltou a incoerência dos dados de cobertura e mortalidade. Nota-se a falta de integração da rede hospitalar, e da rede ambulatorial com a hospitalar. A participação da sociedade civil é essencial. Assim, indagou sobre a atuação dos Comitês de fato, uma vez que eles não têm mecanismos de intervenção, não denunciam, não são assumidos pelo sistema público. Esta articulação facilita a redução das mortes maternas. Comenta a pobreza e a distribuição de renda, ligadas à falta de acesso à educação, que é fator de peso para a morte materna.

As responsabilidades são claramente detectáveis, e as pessoas devem ser chamadas a responder por elas.

A Deputada Iara Bernardi reforçou que os baixos salários pagos aos profissionais de saúde funcionam como desestímulo ao desempenho. Constata a dificuldade do acesso aos serviços, não se consegue marcar consulta porque não existem ginecologistas ou enfermeiras nos postos. Não há fiscalização da qualidade do atendimento das unidades estaduais, municipais ou conveniados. Defende a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional que vincula recursos para a saúde. Culpa o sistema pelo mau atendimento; excesso de pacientes e falta de leitos. Acredita serem essenciais a definição das responsabilidades de cada ator, esclarecer os repasses de verbas e fiscalizar a qualidade dos atendimentos.

A Deputada Ângela Guadagnin inquiriu a mãe da vítima a respeito de detalhes sobre sua internação, e indagou se o Conselho Estadual de Direitos da Mulher investiga todas as mortes de mulheres para detectar a condição de gravidez, e como se define a participação da sociedade civil. Perguntou ainda a respeito da influência da pobreza e escolaridade sobre as mortes maternas, enfatizando que devem ser efetuados programas contínuos ao invés de campanhas descontínuas.

Fizeram uso da palavra as **Deputadas Graça Pereira e Cida Diogo**. Esta relatou o empenho da Assembléia na redução da mortalidade materna, e pediu apoio para a derrubada de um veto a um projeto que prevê a celebração de convênios para aumentar as vagas de pré-natal e maternidade.

Em seguida, pronunciou-se a **Dra. Lúcia Souto**, Presidente do Grupo Executivo da Agenda 21. Ressaltou que o parto e o nascimento não são doenças, são, sim uma celebração humana. Essa celebração foi, de forma perversa, transformada em risco de vida para a mãe e para a criança, vítimas de um sistema que deveria estar prevenindo, reabilitando e promovendo a saúde das pessoas.

Enfatizou que o sistema de saúde é incapaz de atingir seu objetivo, que é promover saúde, além de ser extremamente dispendioso para constituir mais um risco adicional. No Rio de Janeiro foi adotada a notificação compulsória da morte materna e neonatal. Ela é vital para se lograr a

compreensão do que ocorre. Critica as altas taxas de partos cirúrgicos, e acha que se deve recuperar a idéia de parto natural.

A Deputada Jandira Feghali fala da dramaticidade da CPI, e teme que não se chegue a conclusões muito concretas. Acredita que cada caso concreto deve ter resposta concreta. Sugere que os dois casos apresentados sejam acompanhados pela Comissão. Quanto à mortalidade materna, ela pode estar crescendo por melhor notificação, ou pela piora das condições de vida, desemprego e desnutrição. Questiona a relação do Poder Público com o setor privado. Relata que, das trinta mortes ocorridas no Município do Rio de Janeiro, quinze vieram do setor privado, nem conveniado. O gestor público não tem papel nenhum em relação ao setor privado. Não existem informações sobre ele. Indaga sobre as responsabilidades sobre os dados. Não existe uma central para regular as internações. Comentou a dificuldade de integração entre União, Estado e Município, inclusive no Rio de Janeiro, que está em gestão plena.

Diz que o Ministério da Saúde traz informações excessivamente otimistas, sem preocupação quanto a estados e municípios. No entanto, a avaliação local da situação é importante, para avaliar se houve realmente acréscimo de recursos, se os treinamentos estão adequados...

O Deputado Geovan Freitas menciona a política da ambulância que observou no interior de seu estado. Indagou os resultados obtidos pela CPI realizada no Rio de Janeiro. Fez uso da palavra a Deputada Almerinda de Carvalho, ressaltando a necessidade de se contar com dados para a elaboração do relatório.

Foi dada a palavra à **Dra. Tizuko Shirawa**, Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher e Presidente do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna. Referiu-se aos pontos mais relevantes do relatório dos casos investigados de 1996 a 1999. A mortalidade materna não se reduz no Rio de Janeiro, mas persiste ao longo de vinte anos. Acredita que o modelo levado para o interior é calcado na baixa qualidade e baixo padrão de atendimento, como há vinte anos atrás. Na capital, a assistência é de melhor qualidade.

O maior volume de óbitos ocorre no cinturão metropolitano da Baixada Fluminense. Deve ser enfatizada a atuação nesta área. A primeira causa de morte materna no estado é a hipertensão, a segunda, aborto e gravidez

tubária. Este perfil reflete a precária atenção ao planejamento familiar, ao pré-natal e às emergências.

Por outro lado, salientou que mulheres atendidas por motivo de aborto são maltratadas nos hospitais. Da análise do Comitê, 82% das mortes foram consideradas evitáveis, em 47% a responsabilidade foi atribuída à assistência médica e 20% à assistência médica e hospitalar. Diz que o papel do Comitê é predominantemente educativo. São discutidos os casos com unidades e profissionais do estado, com apoio do Secretário Estadual de Saúde. Diz que alguns dos gestores já encaminham os casos mais graves para o Ministério Público e para o Conselho Regional de Medicina. Relatou o caso de uma funcionária que fazia a notificação das mortes maternas que foi afastada de suas funções pelo Prefeito.

A Deputada Alcione Athayde comentou que a mulher não valoriza o pré-natal porque ele não tem muito a oferecer. Lembra as dificuldades de acesso e a despesas para chegar lá, quando a qualidade é insatisfatória. Responsabiliza o Ministério da Saúde pela não disponibilização de métodos anticoncepcionais para as brasileiras, culminando nos abortos. Levanta as dificuldades da integração inter e intra gestores, e a necessidade de informatização para democratizar o acesso às informações. Lamenta ainda que a humanização do atendimento exista apenas em discurso, em grande parte dos serviços.

A Deputada Yeda Crusius ressaltou que muitos dos problemas já foram identificados e que a CPI deve buscar rumos para que o processo sofra mudanças. O Sistema de Saúde deve estar sendo analisado para que possa se transformar. Mais uma vez reafirma que as principais causas de morte materna são facilmente redutíveis. Quer conhecer exemplos de casos de sucesso, e identificar onde estão os acertos. Acredita que muitas das propostas do Ministério da Saúde estão atingindo questões evidenciadas pela CPI, e que sua avaliação deve mostrar o nível de obtenção de resultados positivos. Quer saber da responsabilidade de todos os gestores, dos Conselhos e dos profissionais, além da necessidade de recursos para eles.

A Dra. Carmen Athayde dos Santos enfatizou a necessidade de se conscientizar as mulheres da postura cidadã de efetuar cobranças, inclusive quanto à qualidade do pré-natal. A informação sobre estes direitos deve ser veiculada. Ressalta a asfixia da região metropolitana, que tem capacidade

para atender à demanda, porém, recebe um contingente muito maior do que o planejado. Quanto à atuação do setor privado, nas unidades não conveniadas com o SUS, não se conhece sua realidade. A investigação dos casos aponta, na maior parte das vezes, não a negligência exclusiva de um único profissional, mas a confluência de vários problemas do sistema.

A Central de Internação para Gestantes é muito importante, inclusive pela disponibilidade de leitos de UTI neonatal. Descreve o quadro de bebês prematuros, que adquirem infecção por bolsa rota durante as várias horas que a mãe gastou perambulando em busca de leite, e que vão desenvolvendo asfixia. Estas crianças são de altíssimo risco e a melhor forma de transportá-las para a UTI ainda é dentro da barriga da mãe.

A Dra Leila Linhares ponderou que, apesar da maior visibilidade conferida à questão das mortes maternas, os índices permanecem estacionados em patamares altos. Ressaltou o aspecto social destes óbitos e compara o atendimento dado às mulheres da rede pública, pobres, e às que têm acompanhamento particular, vinculado a um só profissional. As pacientes da rede pública não são pacientes de ninguém. Ela indaga da possibilidade de vinculação a um profissional que se responsabilizasse pelo acompanhamento. Essa confiança é necessária para a segurança da mulher. O enfoque não seria punitivo, mas de enfatizar a relação médico/paciente com a mulher que dá à luz nos hospitais públicos.

Questionou a agilidade das comissões de ética e de óbito materno na avaliação do desempenho dos profissionais. Reafirma que o setor privado está na penumbra, e sobre a assistência aos segurados pelos planos de saúde. Acredita na importância das centrais informatizadas para internação. Comentou a intensa desmobilização da sociedade civil, que se cansa de denunciar pela impunidade e pela dificuldade de reverter os quadros. Sugere que cada membro da CPI assuma o compromisso de acompanhar a questão em seu estado.

A Deputada Alcione Athayde comentou a pequena repercussão da CPI na mídia, apesar de sua relevância, pelo desinteresse pelas questões da mulher.

A Dra. Maria Rita Toullois diz que o Conselho dos Direitos da Mulher trabalha atendendo às demandas das mulheres, transformando-as em

propostas de implantação de políticas públicas, atuando junto às Secretarias para implantá-las. Ela considera a morte materna como um problema de fim de linha, O princípio da linha deve ser buscado. O primeiro dos motivos é a falta de qualidade dos serviços públicos. Assim, mecanismos de acompanhamento e controle devem ser estabelecidos. O controle social pode reverter o quadro, ou torná-lo evidente para que ele seja revertido. Devem existir formas de sensibilizar a administração pública. Os Comitês devem ser fortalecidos. A divulgação também é essencial.

A **Dra. Carla Brasil**, Coordenadora da Assistência à Mulher e ao Adolescente da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, acredita ser importante verificar com os responsáveis pelos municípios os investimentos feitos em suas cidades. Considera a organização do sistema de informações fruto de vários anos de trabalho, e que a disponibilidade de dados fidedignos já representa um avanço. Indaga sobre a questão da formação, sobre a capacidade dos profissionais de reconhecerem em quem os procura um pouco deles mesmos. Enquanto a visão do usuário do SUS for o de cidadão desqualificado, não haverá qualidade. O outro deve ser reconhecido como detentor do mesmo direito de estudar, comer, aprender, falar...

A Deputada Fátima Pelaes encerrou a reunião enfatizando a possibilidade da CPI chamar a atenção da sociedade para o problema e de apontar rumos para a mudança da realidade.

A Reunião de Audiência Pública do dia 22 de agosto contou com a presença do **Dr. Hélivio Bertolozzi**, Vice-Presidente da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Em sua exposição, apresentou o trabalho do Comitê de Mortalidade Materna do Paraná, que, após iniciar seus trabalhos, precisou despende cinco anos para conseguir avaliar a prevalência real, com esforços para melhorar a notificação. Somente então, foi possível promover a intensificação do trabalho para alcançar a redução do número de casos.

O palestrante chamou a atenção para o longo tempo que toma a redução da mortalidade materna, citando como exemplo os Estados Unidos, que levaram 50 anos para alcançar a redução de 345 para 7 por 100.000 nascidos vivos, Costa Rica, que passou de 212 para 20, cinquenta anos depois e Cuba, que em vinte anos apresentou redução de 72 para 21 por cem mil nascidos

vivos. Enfatizou a validade do trabalho atual como meio de lançar bases que possibilitem conquistar a redução verdadeira no decorrer de alguns anos.

Quanto aos Comitês de Mortalidade Materna, mostrou gráficos que apontam o funcionamento de 100% nos estados do Sul, 77% no Nordeste, 75% na região Sudeste, 33% na Norte e 15 na Região Centro-Oeste.

Alertou para o despreparo das regiões metropolitanas enfrentarem a expansão desenfreada dos bolsões de pobreza em suas periferias, o que sobrecarrega de maneira imprevisível os serviços de saúde.

Ressaltou o fato de 80% das Declarações de Óbito não conterem o diagnóstico correto. As informações que chegam ao Ministério da Saúde são equivocadas, daí a importante atuação dos Comitês. Sua importância decorre da investigação dos óbitos, com a classificação correta, investigando a responsabilidade e a evitabilidade das mortes. Entretanto, quem vai atuar efetivamente para reduzir a morte materna é o comitê municipal, que conhece a região e o que nela acontece. O trabalho com os focos produz melhores resultados. Lembra o caráter eminentemente consultivo destes comitês. Cabe aos gestores adotar medidas cabíveis para os casos apontados.

Um dos pontos para que chama a atenção é o aumento do risco associado à renda menor que 3 salários mínimos, e à baixa escolaridade (até o 3º ano do 1º grau), especialmente observadas em populações de periferias das grandes cidades. Por este motivo, se prevê o crescimento da mortalidade materna em regiões metropolitanas, por falta de estrutura material e humana para atender à população que incha nas periferias.

Elaborou análises sobre a qualidade do pré-natal, que ainda é muito falha. O pré-natal de boa qualidade deve ter início anterior à 14ª semana, ter seis ou mais consultas, com identificação de fatores de risco, e com preenchimento correto da carteira de gestante. Fica evidente a má qualidade da atenção hospitalar quando se constata que a maior parte das mortes maternas ocorre nestas dependências.

O prof. Bertolozzi citou o exemplo dos Estados Unidos, que gastavam 2,5 bilhões de dólares por ano com UTI neonatal. A partir de 1991 foi implementado um programa para prevenir o parto prematuro e conseguiram aumentar a média de semanas de gestação de 31 para 37. O custo caiu para 250

milhões de dólares. Conclui que se não se investe na saúde e se não se trata bem dela, surgem maiores gastos e morbidade.

Levantou o problema conjuntural da falta de recursos para a saúde e a necessidade do apoio parlamentar para garantir verbas para o setor. A maior parte destas mortes serem evitáveis é uma questão inaceitável. A responsabilidade é mais de uma pelo desfecho – assistência médica, condição social, educação. Combateu a falta de qualidade do ensino médico, considerando absurda a existência de faculdades sem hospital-escola.

Lembra a dificuldade da interiorização dos profissionais e a dificuldade de acesso à unidade hospitalar, sugerindo o estabelecimento de sistemas de referência e de transporte para os pacientes.

Culpa a falta de orientação sobre planejamento familiar e métodos anticoncepcionais às mulheres com alto risco, cujos intervalos pequenos entre as gestações agravam consideravelmente o risco. Assim, sugere que o acompanhamento pós-parto seja feito em duas consultas, uma para ver a evolução do parto e outra para a determinação do risco de novas gestações e para definir a melhor estratégia de planejamento familiar.

Mencionando o caso de Curitiba, declara que 91% dos óbitos maternos eram evitáveis. Atribui 30% deles a fatores de risco da própria paciente, como alcoolismo, tabagismo, falta de aderência ao pré-natal, baixos níveis de escolaridade e renda. Avalia em 34,8% as mortes resultantes de falha de assistência hospitalar, 34,7% falhas da assistência pré-natal e 30% por falhas da própria paciente.

A Relatoria lamentou a falta de estabelecimento de Comitês de Morte Materna em maior número. O Dr. Hélios Bertolozzi esclareceu que os comitês estabelece medidas de prevenção em cada local, tarefa muito mais relevante que simplesmente levantar dados. Esta atuação inclui o atendimento aos riscos vários. Ressaltou que a unidade de saúde deve deixar de produzir estatísticas de consultas e passar a produzir saúde.

Lembra que, em se tratando de pacientes grávidas, o risco de morte já é considerável, mesmo sem outras patologias. É necessário que se adote um meio de monitorar a qualidade das consultas às gestantes.

A Deputada Iara Bernardi enfatizou a extensão dos problemas que envolvem a paciente. A Relatora indagou sobre partograma.

O Dr. Hélió esclareceu a importância de se utilizar este instrumento para montar um gráfico de apreciação imediata que permite identificar as complicações que porventura estejam surgindo. Este instrumento é de extrema ajuda, qualquer que seja o profissional a acompanhar o trabalho de parto. Lamenta que os melhores parteiros tenham sido perdidos, pois a maior parte deles está aposentada. A tendência hoje é do aumento da cesariana. Este é o caminho mais fácil para os profissionais mal preparados, pois o atendimento às complicações, como o uso do fórceps está também em declínio. São raros os que sabem empregá-lo adequadamente. Da mesma forma, fazer uma cesariana é muito mais fácil que um parto normal.

Criticou a instauração dos limites de cesarianas impostos pelo Ministério da Saúde, pois os hospitais persistirão fazendo partos cirúrgicos cobrando por fora, ou recusarão as pacientes.

O Deputado Eduardo Barbosa indagou sobre questões de formação e reciclagem de profissionais da área, inclusive sugerindo a participação de membros do Ministério da Educação nesta CPI. O Dr. Hélió sugere que exista reciclagem profissional obrigatória em todas as áreas. Refere-se ao problema da expansão indiscriminada das escolas médicas, uma grande parte sem hospital-escola, o que certamente significa formação deficiente. Além disto, mencionou um levantamento feito há dois anos em 180 alunos formados, quanto ao número de partos que cada um havia feito. O que tinha maior interesse, pois iria seguir a obstetrícia, havia feito oito. Trinta por cento dos alunos não havia feito parto nenhum. Assim, se estes médicos se propuserem a atuar como generalistas e a atender também aos partos, isto certamente será comprometedor.

O Deputado Eduardo Barbosa enfatizou a necessidade de se identificarem ações intersetoriais, Saúde, Educação e Assistência Social para equacionar a questão da mortalidade materna. A Deputada Fátima Pelaes indagou como, se mesmo com maior risco para a paciente e para a criança, as mães pedem o parto cirúrgico. O convidado ressalta o valor de se educar a paciente durante o pré-natal, conscientizando-a dos riscos da cesariana. Reforça o direito de cidadania sobre conhecimento do que vai ser feito com seu corpo. A Deputada Fátima Pelaes indagou sobre a falta de preparo para se fazer o parto

normal. O Dr. HÉlvio Bertolozzi descreveu o procedimento cirúrgico, comparando com o trabalho e o tempo investidos na assistência a um parto normal, onde a paciente deve ser vista de 15 em 15 minutos. Este trabalho leva oito horas, ou mais. Os médicos que têm consultório não têm disponibilidade de tempo ou financeira para dedicar este tempo a uma só paciente. A cesárea pode ser feita com hora marcada, é muito mais rápida.

A Deputada Ângela Guadagnin comentou diversos pontos abordados, e a inclusão de ações de educação e assistência social no escopo do relatório. O convidado salientou que a função da escola é fundamental para transmitir noções de doenças sexualmente transmissíveis e da prevenção da gestação precoce. Esta orientação deve ser dada na escola.

Discorreu ainda sobre a necessidade de se criarem programas de renda mínima para melhorar o nível social destas famílias, além de proporcionar educação para os jovens adultos. Comentou os cortes no orçamento da saúde, pois é uma área que não interessa, priorizando-se o pagamento da dívida externa. Comentou que o Governo está produzindo mais estatísticas que saúde ou educação.

O convidado elogiou a atuação da técnica do Ministério da Saúde Regina Coeli Viola, que tem profundo conhecimento do processo de criação dos comitês em todo o Brasil. Tanto a Presidente quanto a Relatoria convidaram-na a participar da elaboração do relatório final.

A Audiência Pública do dia 18 de outubro de 2000 ouviu o **Dr. Elias Rassi Neto**, Secretário de Saúde de Goiânia, representando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Ele informou que o CONASEMS participa do processo de municipalização do Brasil, sendo que a descentralização traz mudanças na assistência à saúde, em especial das gestantes. Relacionou a morte materna às mortes infantis no primeiro mês.

Quanto à morte materna, diversos aspectos são levantados pelos gestores municipais. Primeiramente, a formação profissional dos trabalhadores em saúde, principalmente dos médicos, que necessitam de cursos suplementares para atividades simples que deveriam saber enfrentar, especialmente após um curso de formação. A especialização excessiva traz o hábito de encaminhar os doentes a inúmeros outros profissionais. Existe o

despreparo na abordagem de doentes e a necessidade de atenção correta e carinhosa para as gestantes.

Julga a quantidade de médicos adequada para o país, por vezes, até maior que a necessidade. Cita o exemplo de Goiânia, que tem um médico para cada meio quarteirão, ou para 200 pessoas. Comenta a baixa qualidade do atendimento pré-natal. Na primeira consulta, a gestante não foi pesada em 45% das ocorrências, a pressão arterial não foi medida em 44%, os batimentos cardíaco-fetais não foram auscultados em 20%. Entre 20 e 40% dos casos não se fez testes de Rh, sífilis, toxoplasmose, Aids e rubéola. Ou, ainda, os exames foram feitos mas não constam dos prontuários por incapacidade de se emitirem os resultados.

Em segundo lugar, quanto ao funcionamento do sistema de saúde, é difícil o estabelecimento de vínculo

A prática de triagem e estabelecimento de cotas semelhante à do antigo INAMPS. Devem ser excluídas quando se trata de obstetrícia, sendo melhor que se pudesse fazer o parto em qualquer unidade.

O pré-natal deve ser garantido a toda gestante.

A perambulação resulta da questão das cotas, menor em municípios municipalizados.

O terceiro ponto é o mais nevrálgico. O abastecimento de medicamentos, em especial para a gravidez de alto risco tem apresentado dificuldades, em sua maioria, causadas pela lei de licitações hoje em vigor. A burocracia é muito grande, e a previsão de compra não consegue abastecer a tempo. A disparidade de preços entre os produtos leva ao cancelamento das licitações. Formação de cartel na área de medicamentos.

Quanto aos Secretários de Saúde dos Municípios, eles enfrentam dificuldades para mobilizar, especialmente os médicos, para uma mudança de postura. Estas dificuldades remontam às escolas de Medicina, onde se enfatiza o parto cirúrgico. 70 a 80% deles é feito em unidades privadas. As mulheres preferem a cesariana por questões culturais, encorajadas por comodidade dos profissionais, tanto médicos como enfermeiros.

Quanto à questão dos recursos, diz que a atenção à gestante é barata e o custo/benefício é extremamente favorável. Eles são mais escassos para outros setores.

A Relatoria enfatizou a importância da questão dos medicamentos. O Deputado Arlindo Chinaglia mostrou a deficiência do aparelho formador do médico, possivelmente vinculado às formas antigas de pagamento, que remuneravam muito melhor as cesarianas que os partos normais. O quadro cultural alia o médico à população em favor da cesariana. Indagou sobre a não-realização de exames essenciais em Goiânia, como o palestrante mencionou. Questiona, ainda, a afirmação de que não faltam recursos.

Referiu-se à grave falta de estrutura em muitos hospitais públicos, sem as menores condições para funcionar. Indagou ainda o motivo da falta de pedido dos exames, se por resistência, por falta de informação, ou simplesmente porque a iniciativa privada restringe o número de exames, excluindo a participação dos que se insubordinam contra esta determinação. Menciona exemplos de clínicas onde se contratam pessoas para reutilizar seringas descartáveis. A falta de investimento na rede pública e privada são assustadoras, além do mau uso que se faz delas.

Criticou ainda a indústria de autorizações de faculdades de medicina. Mencionou como exemplo uma faculdade do Rio Grande do Sul que é mantida por empresa de medicina de grupo. Compara, ainda, o Piso de Assistência Básica, o PAB, a uma cesta básica de 10 reais per capita, que não tem como ser ultrapassada. Criticou ainda os votos dos Ministros do Tribunal de Contas da União, muitas vezes divergentes das posições técnicas constantes dos relatórios. Um país pobre tem de saber racionalizar seus recursos. O número de médicos no Brasil é maior do que o recomendado pela OMS, a Organização Mundial da Saúde. A tendência é irem todos para as capitais, ganhando mal. Falta um plano nacional articulado de formação e fixação dos profissionais em áreas onde sejam necessários, por falta de comando.

Quanto às políticas públicas, comentou que de 1995 para 2000 os itens que aumentaram no Orçamento foram os juros e a amortização de dívidas. Os recursos para a saúde diminuíram proporcionalmente, inclusive considerando-se o aumento populacional. A Proposta de Emenda Constitucional 169 traz obrigações para estados e municípios, mas poupa o nível federal. Se

houvesse vontade política nos três níveis de governo, não haveria necessidade desta PEC.

A Presidente ressaltou a importância de se mudar a postura quanto à mortalidade. O parto normal não é somente para ter crianças saudáveis, a saúde da mulher é igualmente importante. Perguntou sobre as dificuldades de atuação dos Conselhos de Morte Materna.

Em resposta, o Dr. Rassi esclareceu que existe a falta de administradores de serviços de saúde, que cuidem de almoxarifado, transportes, insumos, no setor público. O setor privado os tem em grande número. A política salarial impede que se disputem bons profissionais com o setor privado. Criticou os critérios de produtividade, que definem que devem ser feitas 16 consultas para 4 horas de trabalho. Então, são gastos dois ou três minutos para cada paciente, que são mal atendidos e ficam retornando constantemente ao serviço. Diz que, em Goiânia, o diretor das unidades define o número de consultas por profissional, sendo que os pediatras podem ter até 50 minutos.

Criticou a prática de que a primeira informação avaliada pelo médico seja a condição do paciente: do SUS, particular ou de convênio, e de qual. A forma de remuneração pela tabela do SUS gera doença para poder originar receita. Os hospitais universitários também funcionam por procedimentos. O Comitê de Morte Materna em Goiânia não tem dificuldade de atuar. Ele investiga as mortes infantis no período neonatal, e absorverá as mortes maternas, porque são ocorrências raras.

O Deputado Geovan Freitas indagou sobre o resultado das denúncias apresentadas. Em resposta, o convidado esclareceu que todos os casos são investigados, são feitas visitas ao hospital, obstetra, parteira, pediatra da UTI, família, os prontuários são revistos. Estes resultados são importantes, pois já indicaram que o surfactante não era utilizado em crianças que necessitavam e que acabavam por morrer por este motivo, uma vez que o valor pago pela tabela do SUS era insuficiente.

A Reunião de Audiência Pública do dia 31 de outubro de 2000 ouviu a **Sra. Neide Cerqueira**, mãe de Iléia Cerqueira Lima, vítima de parada cardiorrespiratória durante procedimento anestésico durante o parto, o **Dr. Pedro Pablo Magalhães Chacel**, representante do Conselho Federal de Medicina, e o **Dr. Diaulas Ribeiro**, do Ministério Público do Distrito Federal.

Foi apresentado um vídeo mostrando a vida da vítima e de sua filha, atualmente com quatro anos, que impressionou profundamente a todos os presentes. Em seguida, a D. Neide fez uso da palavra, relatando que sua filha fez o pré-natal adequadamente, até ser internada para dar à luz. Não conseguiu localizá-la após o parto e tomou conhecimento, alguns dias depois, que ela havia sofrido parada cardiorrespiratória enquanto o anestesista estava ausente da sala. Naquele momento, ela se encontrava na Unidade de Terapia Intensiva. Procurou o diretor do hospital, que abriu uma sindicância, registrou a ocorrência na delegacia policial e no Conselho Regional de Medicina. Há um ano procurou o Pró-Vida, que prestou assistência eficiente.

Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Pedro Pablo Chacel, do Conselho Federal de Medicina. Quanto ao caso em questão, relatou que o Conselho Regional de Medicina aplicou punição ao médico, que recorreu ao Conselho Federal, tendo sido mantida a sanção. Observa que as penas são pequenas, vão de advertência até cassação, que é extremamente séria, correspondendo à pena de morte profissional. A única pena intermediária é a suspensão por trinta dias.

Os Conselhos são órgãos de fiscalização interna, acompanhando a ética e o comportamento médico. A fiscalização externa, de âmbito civil e criminal são atribuições do Ministério Público.

A questão da mortalidade materna aparece como pouco expressiva, quantitativamente, mas causa um impacto devastador sobre a família. As causas são basicamente evitáveis, causadas por erro médico – erros grosseiros de negligência, imprudência e imperícia; erro institucional – falta de recursos na instituição; erro sócio-econômico – falta de acesso aos serviços, ao pré-natal e a profissionais qualificados, más condições de vida.

Lembrou o aspecto de sub-registro e da falta de assentamentos tanto de nascimentos quanto de óbitos, além da existência de cemitérios clandestinos. A notificação é mais provável quando a morte ocorre durante a internação. Se ocorre após a paciente ter tido alta e ter sido reinternada, fica mais fácil esquecer de mencionar a condição de morte materna.

Refere que, quando presidiu o Comitê de Morte Materna do Distrito Federal, não houve receptividade por parte dos diretores dos hospitais

tendo em vista o pequeno número relativo de mortes. Os Comitês analisam os casos para esclarecê-los e não para aplicar punições.

Indagado pela Relatora quanto ao preenchimento correto das declarações de óbito, argumentou que há pouco interesse por parte dos profissionais. Foi realizado um curso de ética no Distrito Federal, com procura baixíssima. No momento, este curso é obrigatório para todos os médicos residentes, que somente obtêm o título se comprovarem que o freqüentaram.

Argumenta ainda que os atestados de óbito são mal preenchidos por desinteresse ou porque o médico não conta com dados suficientes nos prontuários, igualmente mal preenchidos. Acredita que, com modelos simplificados, as informações seriam mais confiáveis.

A reciclagem para médicos do interior reveste-se de alguns problemas uma vez que a maior parte deles não é especialista. A segunda indagação é sobre reciclagens para atuar em que tipo de condições. Não acredita que as Casas de Parto sejam a solução para o problema, se não existirem bancos de sangue, assepsia adequada, unidades de terapia intensiva. Ressaltou que um grande avanço ocorreu de modo desarmônico por incorporação de tecnologia. Assim, deve haver educação em cuidados básicos de saúde.

Quanto à proliferação das escolas médicas, o Conselho Federal de Medicina declara-se abertamente em contrário. A CINAEM aquilata a escola e o profissional, porém o Governo avalia a qualidade de ensino através de provas mal feitas, que acoberta a instrução sem a formação de atitudes. Existem escolas que instruem mais do que educam. O Provão não avalia o treinamento em serviço, o que, atualmente, é deixado para a Residência Médica. Antigamente, as faculdades ofereciam mais aos alunos.

A OAB tem exame de ordem e sem ele, não se pode advogar. O médico é somente médico, e pode existir um profissional não autorizado trabalhando com o carimbo de outro. Não existe fiscalização suficiente.

Quanto à interiorização, diz que os estados acham que necessitam de faculdades de Medicina. Porém, acredita que existem estados que necessitam de médicos. Em Roraima, formaram-se 9 alunos que foram para São Paulo fazer Residência Médica, e não se sabe quantos deles vão voltar. Neste

estado, existem 220 médicos, 80 em áreas urbanas, a maioria sem especialização, Mestrado ou Doutorado.

A Deputada Fátima Pelaes indaga sobre punição para os profissionais culpados.

A condenação do Conselho tem enorme peso. Acredita em implementar a suspensão por 30 dias. Existe um Projeto de Lei apresentado para modificar a Lei 3.1268, que trata dos Conselhos e tem 43 anos, que não representa mais a realidade. Foi prevista a fiscalização sobre planos de saúde e autoridade sobre os médicos militares. Relata que a proposição não prosperou.

Em seguida, fez uso da palavra o **Dr. Diaulas Ribeiro**, promotor responsável pelo Pró-Vida. Este projeto começou em maio de 1999, em virtude do aumento de reclamações contra profissionais de saúde, principalmente médicos. Os processos prescreviam e não se via resultado. Encarregam-se do biodireito – mudança de sexo, reprodução assistida, aborto, estupro, anencefalia, transplante de órgãos. O primeiro protocolo tratou de erro médico. Diz que, de 100 reclamações, 70 são arquivadas. Destes 30% restantes, uma grande parte é de queixas sobre gravidez e parto. Diz ser intensa a luta travada contra o corporativismo e estruturas que não se habituaram ao convívio com o Ministério Público.

Em sua atuação, mapeou os focos dos problemas e encaminhou ao Secretário de Saúde, que tem acatado as sugestões. A realidade da região do Entorno de Brasília choca e se reflete na rede de saúde. O Distrito Federal recebe doentes de todos os lugares. As mulheres são grandes vítimas, ao não terem acesso ao pré-natal, muitas doenças só poderão ser identificadas por ocasião do parto.

Dentre os erros médicos, o mais freqüente se relaciona aos critérios de internação: ela deveria ser obrigatória para todo o trabalho de parto. Tem sido seletivo pela impossibilidade de absorver a demanda, então, se definiu 6 centímetros de dilatação. A mulher então fica voltando para casa até não ter mais dinheiro para passagem, fica esperando na porta do hospital 6, 8 horas sem comer. Surgem complicações como hipoglicemia, que prolonga a internação e pode provocar lesão cerebral no feto. O Ministério Público pediu para criar formas de ajudar, alimentando estas mulheres. Como isto pode trazer complicações em

casos de cesárianas, optou-se por alimentos líquidos ou soro glicosado endovenoso.

Para combater a mortalidade materna e fetal devem ser instituídos os Comitês, além de se efetuar a comunicação ao Ministério Público. O Pró-Vida reprime erros. Comenta que os planos de saúde também acarretam problemas na rede privada pela preocupação em baratear os custos assistenciais. Comenta a política financeira para inspirar temor das cesarianas nos médicos, mas ela deve ser usada. Em alguns casos, a campanha para reduzir as cesáreas atrapalha. Muitos dos processos conduzidos pela Promotoria envolvem intervenção que demorou a ser feita, falta de sala cirúrgica, de anestesista e outros diversos fatores.

O Ministério Público sugere mudança nas instituições e nos profissionais. No início, eram 15 reclamações por semana, que se reduziram a 60 por ano no momento atual. Isto reflete a diminuição dos erros e a melhor Medicina exercida na cidade. A intenção é ser aliado dos médicos. No caso mencionado da paciente Iléia, o médico foi condenado por lesão corporal grave com dolo eventual, ou seja, ele assumiu o risco de produzir a morte. A pena máxima é de três anos, e deve se converter em pena pecuniária de 56 mil reais, ambos os padrões fixados por leis do Congresso Nacional.

A Relatoria comentou a difícil articulação entre a Secretaria de Saúde e o Ministério Público em outros estados. A Deputada Almerinda de Carvalho indaga sobre os motivos do alto índice de erros médicos.

Em resposta, o Dr. Diaulas critica a baixa qualidade dos programas de Residência Médica, inclusive pela falta de controle. Os membros dos Conselhos Regionais de Medicina são voluntários, então o trabalho é amador. Já o Ministério Público conta com equipes profissionais de peritos médicos, promotor e um bom número de pessoas para investigar.

O Dr. Pablo Chacel aquilata que os erros não aumentam. O que ocorre é a descoberta dos direitos, pelo avanço social. Diz existirem 60 processos para 5,5 milhões de procedimentos anuais. A questão é que o erro médico machuca muito, pode ocasionar morte, perdas permanentes ou incapacidades. Ressalta que, em Obstetrícia, a melhor formação não é em praticar cesarianas, é conduzir de forma correta os casos. As indicações absolutas para cesariana são sofrimento fetal agudo e em desproporção céfalo-

pélvica, cada um ocorre em 5% das gestações. Outra situação de risco é o trabalho de parto prolongado. Nos partos cirúrgicos, a mortalidade é três vezes maior que em partos normais. A Organização Mundial da Saúde tolera até 25% dos partos como cesarianas. No Distrito Federal, são 23 a 24%, portanto, dentro deste limite. No entanto, em clínicas privadas, o percentual passa de 80%.

Reforça que “natural é o parto normal”.

A Deputada Iara Bernardi indaga sobre as indenizações pagas às vítimas. Indaga também se a Secretaria de Saúde não havia percebido que as parturientes ficavam na porta do hospital sem comer. O Dr. Diaulas respondeu que o Governo do Distrito Federal paga 3 salários mínimos vitalícios para a mãe e 2 para a filha, além de R\$ 50.000,00 por danos morais, pretendendo entrar com ação regressiva contra o médico. Quanto às mães, ele ignora se as autoridades haviam notado, porém é seu dever tomar providências se existem prejuízos à população.

A Reunião de Audiência Pública de 14 de novembro de 2000 foi realizada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Foi dada a palavra inicialmente à **Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi**, Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande. Declarou que a mortalidade materna é um assunto de repercussão nacional que não será resolvida se não houver um conjunto de medidas e de esforços de todos os segmentos que participam do processo. Em Campo Grande ocorreram 128 óbitos maternos, com distribuição homogênea de seis mortes anuais. Ressalta o sub-registro de óbitos, com o mau preenchimento dos atestados. Existe a prática de encaminhamento de gestantes e de partos para Campo Grande, onde existem maiores recursos. Refere boa cobertura do pré-natal, embora muitas mulheres comecem tardiamente este acompanhamento, o que está se modificando com a atuação dos agentes comunitários e do Programa Saúde da Família. Como se verifica na maior parte dos estudos, o risco acomete mais as gestantes mais jovens e com idade mais avançada.

Refere-se à introdução, em 1996, de um campo que diz respeito ao óbito feminino em idade fértil. No entanto, o preenchimento continua insatisfatório. Referiu-se a inúmeros estudos feitos em Campo Grande que demonstram um número expressivo de óbitos não registrados. Após a implantação do Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC, que

registra a declaração de nascido vivo já na maternidade e o encaminha, a percepção da realidade se aperfeiçoou. No entanto, ainda existem problemas como a demora no envio destas informações. A Secretaria está cobrando agilidade no fluxo destas informações e suspendendo os pagamentos quando o hospital não as encaminha.

Quanto ao percentual estabelecido de 30% de cesáreas no SUS, comenta que permanecem os partos feitos e não pagos, os de pacientes particulares e de outros convênios. No município, o índice é de 49%.

Deu informações sobre o Programa Mãe Morena, de Campo Grande, que garante seis consultas de pré-natal, exames complementares de laboratórios, ultrassonografia, assistência odontológica. No sexto mês de gravidez, elas são recebidas pela maternidade onde serão atendidas para conhecer a equipe, a sala de parto, recebe orientações quanto ao cuidado com o recém-nascido, com as mamas, e quanto à amamentação. À saída, ela já tem agendadas consultas para ela, com o ano de puericultura marcado para a criança e com o teste do Pezinho feito.

A Relatoria manifestou preocupação quanto a subnotificação ou registros mal feitos, o pequeno número de Conselhos de Morte Materna em funcionamento, e satisfação quanto à notícia de reativação do Comitê Estadual. A Deputada Ângela Guadagnin indagou sobre o registro da origem dos óbitos, sobre a realização do pré-natal pelas vítimas, as complicações identificadas, e da subnotificação das mulheres reinternadas, que vão a óbito e não têm a relação com o parto ou puerpério identificada.

Em resposta, a Dra. Beatriz disse estar reestruturando o sistema de vigilância epidemiológica. No entanto, acredita que, no momento, somente a investigação de todos os casos de óbito de mulheres em idade fértil é que dará a noção do que ocorre em realidade.

A Deputada Marisa Serrano lembrou a gama de problemas envolvidos, o aborto, a gravidez precoce, a desinformação, a má qualidade do pré-natal e as subnotificações. Perguntou como obter dados mais fidedignos e como se procede em casos vindos de outros municípios, como é o procedimento, como se processa a relação com os outros prefeitos ou secretários.

A Dra. Beatriz acredita ser importante capacitar os profissionais que preenchem a declaração, o que se pode insistir junto às

Universidades e dos Programas de Residência Médica. O sistema de vigilância epidemiológica deve ser estruturado para processar os dados de modo a apontar ações que possam produzir impacto. Quanto aos óbitos de outros municípios, eles são informados à Secretaria Estadual.

O Deputado Philemon Rodrigues indaga sobre a Portaria do Ministério da Saúde a respeito do percentual de cesarianas. A Dra. Beatriz esclareceu que esta Portaria é de número 2.816, de 1996, que determina redução gradativa dos partos cesáreos, incluindo uma crítica que impede o pagamento acima de alguns percentuais. Hoje ele está em 30%. Qualquer excesso sobre este número corta o pagamento de todas as outras cesáreas. Assim, obteve-se uma redução que não é real, pois os hospitais “seguram” as contas que ultrapassam a cota, e não ocorre em pacientes de planos de saúde ou particulares. Faltam políticas para estimular o parto normal. Não foi suficiente instituir o pagamento de partos feitos por enfermeiras obstétricas. Reforça o papel dos gestores e dos conselhos para a conscientização das mulheres durante o pré-natal.

Em seguida, fez uso da palavra o **Dr. Geraldo Resende Pereira**, Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. Enfatizou a importância da presença da CPI no estado, e definiu a redução da mortalidade materna e o apoio a programas de atenção integral à saúde da mulher como prioridades de sua gestão. Citou dados nacionais e internacionais que caracterizam a morte materna como um problema de grande vulto. Ilustrou a expansão da rede assistencial e do Programa Saúde da Família no estado. Estão sendo criados pólos regionais para evitar a confluência de doentes para a capital. Estão sendo criados a Central de Regulação de Leitos e o Hospital para Assistência à gestação de alto risco. Referiu-se, ainda, ao acréscimo de recursos para obedecer à Proposta de Emenda Constitucional recentemente aprovado.

A **Dra. Nadine da Graça Pereira**, Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina pronunciou-se a seguir. Reporta-se à criação de conselhos em 1957, com o objetivo de serem julgadores e disciplinadores da profissão médica. Atualmente, estão atuando também na educação e na fiscalização. O processo, no âmbito do Conselho, é iniciado por denúncia escrita e assinada, dando origem a investigações. Todas elas são apuradas. Pode haver atuação ex-officio em caso de veiculação de notícias pela imprensa ou outro meio de comunicação. Estão sendo desenvolvidos trabalhos em conjunto com os

Comitês de Ética dos hospitais, promovida a criação de delegacias regionais no interior, que ajudarão a acelerar o andamento dos processos.

Refere a existência de um processo com cassação do exercício profissional de um médico por morte materna em decorrência de aborto. Existem outros seis em andamento. Estão sendo criadas câmaras técnicas em unidades de terapia intensiva, para fiscalizar as UTIs do estado, e está sendo criada a de ginecologia e obstetrícia. Está sendo feita campanha em prol do melhor preenchimento dos prontuários e dos atestados de óbito, que são, não somente um documento do doente como um instrumento de defesa do próprio médico.

Lembrou que, dos países que reduziram a incidência de mortes maternas, as medidas básicas adotadas foram a hospitalização da atenção ao parto, a disponibilização de bancos de sangue, o uso correto de antibióticos e o treinamento médico nas áreas de obstetrícia e anestesia. A solução passa também pelo desenvolvimento social, pela erradicação do analfabetismo, da miséria e da desnutrição e pela atenção médica competente durante o nascimento.

Em seguida, fez uso da palavra a **Dra. Sara Francisco Ricarte**, Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul. Ela assegurou que o problema deve começar a ter maior atenção por parte de sua instituição, atuando de modo preventivo. Levanta a possibilidade de atuação nas áreas civil e criminal. Civil, através de inquéritos civis, originando reparações de danos materiais e morais. Na área criminal, responsabilizando criminalmente as ausências de políticas ou de medidas, por parte das autoridades sanitárias, prestadores de serviço ou instituições.

Dispõe-se a sugerir ao Procurador-Geral de Justiça que promova o levantamento da eficiência dos comitês de morte materna do estado, além da atuação de outras entidades. Outro foco de atenção deve ser sobre os cartórios e os registros dos óbitos.

A Relatoria fez indagações quanto à incidência de gestações durante a adolescência e considerações sobre a proliferações de clínicas de aborto. Ao Secretário de Saúde, solicitou informações sobre a falta de atuação dos Conselhos, ações para reduzir as mortes maternas e sobre a questão de enfermeiras obstétricas.

A Deputada Ângela Guadagnin assinalou as dificuldades de municipalização no estado. Perguntou sobre as condições dadas para a plena implantação. Indagou ainda sobre as equipes de médicos de família, além de questionar os hospitais de referência. A Deputada Marisa Serrano indaga sobre o atendimento à população da fronteira, que vai da Bolívia e do Paraguai para ser atendida no Brasil, e do Brasil para atendimento no Paraguai. Refere-se à dificuldade dos hospitais, principalmente filantrópicos da faixa da fronteira, não têm como registrar nem atender estes estrangeiros. O mesmo ocorre com os partos. Indagou ainda sobre a suficiência dos recursos disponíveis para o ano de 2001.

O Deputado Philemon Rodrigues indagou sobre a atuação do Conselho de Medicina e do Ministério Público para coibir casos de charlatanismo e como é o procedimento em casos de profissionais oriundos de outros estados.

A Relatoria encaminhou questões sobre a especialidade ou treinamento dos médicos da saúde da família, e os avanços concretos durante o presente governo. Também indagou sobre as dificuldades de contratação de médicos.

Em resposta, o Dr. Geraldo Resende Pereira declarou já ter determinado a reativação do Comitê de Mortalidade Materna. Incluiu o índice de morte materna como indicador avaliado na concessão de prêmios para estímulo à assistência de qualidade. Será estimulado o engajamento efetivo das equipes do Programa da Saúde da Família nas ações de saúde materno-infantil.

Quanto às enfermeiras obstétricas, 22 enfermeiras farão a especialização em obstetrícia, e serão encaminhadas para os municípios-pólo e hospitais de referência para alto risco. Está sendo adotada a preocupação com o parto humanizado. Os médicos do Programa Saúde da Família são escolhidos pelo gestor municipal e passam por cursos de formação. Em alguns estados já existem programas de residência.

A dificuldade de se contratar médicos é uma realidade nacional, pois todos querem ficar nos grandes centros. Ilustra com o exemplo do Ceará, onde os médicos que vão para o interior são oriundos da Paraíba ou do Rio Grande do Sul. Denuncia que um dos primeiros cortes realizados em consequência da Lei de Responsabilidade Fiscal foi nos programas de saúde da

família. Diz que o orçamento estadual para a saúde aumentará em 2001 cerca de dez vezes em relação a 1998.

Discorreu sobre o programa de desenvolvimento de 12 pólos para atendimento às gestações de médio risco, com estrutura para referência para unidades de maior complexidade e a ampliação do Programa Saúde da Família. Declara que a saúde é uma questão suprapartidária e tem de atender igualmente a todos os municípios independente da orientação política dos prefeitos.

A Relatoria elogiou a postura democrática do Secretário de Saúde. A Deputada Marisa Serrano sugere discutir o problema do atendimento na área de fronteira com os outros estados e com outros países do MERCOSUL. Indagou também sobre a atuação do Conselho Regional de Medicina sobre os procedimentos desnecessários e quanto ao número exagerado de cesarianas. A Deputada Ângela Guadagnin indagou o que o Conselho de Medicina faz diante dos inúmeros casos de preenchimento incorreto e incompleto do atestado de óbito.

O Dr. Geraldo atribui o grande número de partos cirúrgicos à atuação da rede privada, na qual a quase totalidade ocorre desta forma.

A Dra. Nadine Pereira declara que a punição ao charlatanismo foge à alçada do Conselho, que somente faz a comunicação à Polícia Federal. Ressaltou o esforço pela imparcialidade do Conselho e lamenta a falta de remuneração para os cargos, que são totalmente voluntários. Informa que, na França, os julgamentos dos Conselhos são abertas ao público. Quanto ao preenchimento dos atestados de óbito, é necessário conscientizar o médico. É preciso buscar parcerias com o Sindicato dos Médicos. No entanto, as mudanças de atitude são lentas. Acredita que a resolução do Conselho Federal de Medicina sobre atestados de óbito pode melhorar o panorama geral. O alto índice de cesarianas também depende da conscientização dos profissionais e da qualidade da formação. O procedimento desnecessário pode sujeitar o médico às penas do artigo 42 do Código de Ética e propiciar a instauração de processo. No entanto, por vezes o profissional não tem formação para fazer parto normal, não tem paciência, ou a paciente exige a cesariana.

A Dra. Sara Ricarte acredita ser competência do Conselho Profissional a supervisão do exercício da Medicina apenas por profissional

reconhecido e habilitado. Acredita na importância da conscientização do Ministério Público para as diversas questões levantadas.

A Relatoria teceu comentários sobre a escassez de recursos e a baixa execução do orçamento da saúde. Deve haver estímulo do Governo em termos de recursos. O Deputado Benedito Dias indagou sobre ações de impacto sobre a mortalidade materna.

Em resposta, a Dra. Beatriz Dobashi acredita na redução das causas evitáveis, intensificando o programa de atenção integral à saúde da mulher. A captação precoce das gestantes, com o concurso do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários para esclarecer a necessidade de freqüentar este serviço. É importante ter um espaço para que a população possa encaminhar suas reclamações. O controle social é um grande requisito para a saúde do país. Critica o prestígio conferido às especialidades pelo aparelho formador. Os Departamentos de Saúde Coletiva, a Saúde Pública são desprestigiados. A tecnologia de ponta é privilegiada nas escolas. Não se ensina atenção básica para o aluno, sendo que 90% dos problemas de saúde podem ser resolvidos com atenção básica.

O Deputado Benedito Dias acredita que a mortalidade materna pode ser reduzida através de assistência adequada no pré-natal, da qualificação dos profissionais e do aparelhamento das instituições de assistência. Este mecanismo não funciona por falta de recursos, além do desvio de verbas.

A seqüência das Audiências Públicas no período da tarde teve participação de mais três convidados. O primeiro a fazer uso da palavra foi o **Dr. Lairson Palermo**, Superintendente do PROCON de Mato Grosso do Sul. Este informa que, desde 1995, não foi registrada nenhuma queixa de consumidor quanto a questões de mortalidade materna. Discorreu sobre os oito princípios pertinentes aos direitos do consumidor. O primeiro é a vulnerabilidade, especialmente dentre crianças, idosos, índios, doentes e rurícolas. O princípio da intervenção estatal, com controle pela administração pública e do Poder Judiciário, o princípio da transparência, que determina a informação correta e completa. O princípio de boa-fé, obrigando os fornecedores de manter dados fáticos, técnicos e científicos para sustentar qualquer tipo de oferecimento de produto ou serviço. O princípio da responsabilidade objetiva, segundo o qual a responsabilidade sobre qualquer oferta de serviço independe de culpa. No caso dos médicos, a culpa de qualquer infração cometida deverá ser estabelecida

diante do conselho profissional para depois ser instaurado o processo de infração ao Código de Defesa do Consumidor. Existe o princípio da solidariedade obrigacional, que prevê a responsabilização dos que produzem os desvios na oferta de serviço, quando vários sujeitos do mercado funcionam em cadeia. O sétimo princípio é da facilitação do acesso à Justiça, no qual o ônus da prova incumbe ao fornecedor. O último é o sancionamento das desconformidades de consumo.

Segundo sua interpretação, toda cidadã, individualmente, toda gestante está protegida pelo Código de Defesa do Consumidor. Do mesmo modo, as famílias também estão protegidas por ele. Considera essencial que se promova campanha publicitária ostensiva e clara para conscientizar as mulheres e famílias de que as cesarianas são nocivas. Acha mais eficiente a conscientização que a repressão. Sugere a interface com órgãos fiscalizadores da saúde pública para enfrentar as situações nocivas à mulher. Lembra a questão do uso da Talidomida com as graves conseqüências e a facilidade de se comprar medicamento abortivo no Brasil.

A Relatoria enfatizou a questão da necessidade de um programa de educação da população. A falta de respeito do médico pelo paciente influi no consumo de medicamentos com pouco cuidado. A justificativa de “Deus quis” impede que a mulher reclame ou procure assistência médica. A Deputada Marisa Serrano louva os resultados da campanha contra o fumo, problema que a propaganda está ajudando a reverter. Diante do aumento de recursos com a vinculação para a saúde, acredita em possibilidade de mudar o panorama sanitário atual. Perguntou quanto aos planos de saúde e sua atuação.

Em resposta, o Dr. Lairson Palermo comparou os valores das multas aplicadas pela Vigilância Sanitária, que considera irrisórios, com as aplicadas pelo PROCON, que vão de 200 a 3 milhões de UFIRs. Diz o Código de Defesa do Consumidor que o fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde deve informar, de maneira ostensiva e adequada, a este respeito, sem prejuízo da adoção de outras medidas.

O Deputado Benedito Dias reforçou que as campanhas educativas são fundamentais. A Relatoria ressaltou a importância da vontade política, lembrando a existência do PL 20 e das repercussões dos abortos clandestinos a que são impelidas numerosas mulheres. Louvou a iniciativa das enfermeiras obstétricas. Lembrou a questão do esclarecimento quanto à maior

segurança do parto normal, ao uso de preservativos e da gravidez na adolescência. O Deputado Benedito Dias lembra a busca pela cesariana para que se proceda à laqueadura.

Em seguida pronunciou-se o **Dr. Rubens Marques dos Santos**, Professor-Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Mato Grosso do Sul. Sua exposição abrangeu aspectos das mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal, da responsabilização da comunidade, alertando para a complexidade e gravidade do problema, e a informação sobre atividades desenvolvidas pela Comissão de Mortalidade Materna, de criação recente.

Ressaltou o papel da CPI em chamar a atenção para a “epidemia silenciosa” que é a morte materna. Informou que em países desenvolvidos também existe subnotificação de óbitos maternos. Os fatores que contribuíram para a redução da morte materna em países desenvolvidos foram a ampliação da assistência pré-natal; a modernização dos centros hospitalares; a evolução da antibioticoterapia; os avanços da anestesiologia; os bancos de sangue ligados a hospitais de referência; a melhor compreensão das síndromes hipertensivas da gestação. Lembra a importância da escola, inclusive como instrumento de os filhos modificarem as condutas familiares; das dificuldades sócio-econômicas, o saneamento básico e a segurança pública.

Quanto ao item do atestado de óbito que indaga sobre morte no período gravídico-gestacional, ele não é respondido em inúmeras ocasiões. Acredita ser importante se estender o período considerado de morte materna até o primeiro ano após o parto. Em áreas mais longínquas, não há cobertura constante de pré-natal, algumas contam apenas com a assistência das unidades das Forças Armadas.

As mortes maternas que ocorreram no município de Campo Grande, a maior parte veio de outros municípios distantes. Acha excelente a matriz de responsabilidades elaborada pelo Tribunal de Contas da União. A gravidez na adolescência vem crescendo. A falta de planejamento familiar leva as mulheres ao risco de se tornarem múltiparas perigosas, que deveriam ser orientadas a não mais engravidar. Comentou a falta de acesso e de cobertura ao pré-natal em cidades do interior, no Nordeste e no Norte, sendo de somente 68% na área rural, enquanto chega, na área urbana, a 91,4%. À primeira consulta comparecem 66% das gestantes. O risco reprodutivo deve ser identificado e bem conduzido, a assistência à gestante, humanizada, as unidades assistenciais

devem ser adequadas e equipadas, inclusive as casas de parto. As gestantes de risco devem ser acompanhadas quase que semanalmente, principalmente no último trimestre da gravidez. Falta pessoal, principalmente, treinado, para receber, tratar e orientar a gestante.

Ressalta as características das mulheres de maior risco. Novamente, menciona as de baixo padrão sócio-econômico, analfabetas ou semi-analfabetas, sem possibilidade de alcançar o serviço de saúde, sem esclarecimento e apoio da sociedade. A informação sobre planejamento familiar para a população, para os parentes, inclusive, é muito importante. As doenças graves preexistentes, hábitos sociais, falta de cultura. Grave também a existência de hospitais sucateados. O que o SUS paga para o hospital não é suficiente nem para manter os equipamentos funcionando. O preço para as consultas é aviltante, os procedimentos têm remuneração baixíssima. A rede de bancos de sangue está sendo montada no estado, e é um ponto crucial neste atendimento. Existem profissionais sem treinamento, médicos e técnicos.

Quanto às cesarianas, cita o Ministério da Saúde, informando que, de cada cinco laqueaduras tubárias, quatro são feitas durante a cesariana. Alguns profissionais conseguem liminar para ultrapassar o limite definido pelo Ministério, e causam prejuízo às maternidades. Enfatiza que 40% das brasileiras entre 15 e 40 anos já foram laqueadas. O uso de contraceptivos orais é feito por apenas 20% delas. Elogia o projeto do Ministério da Saúde, porém lembra que tudo depende de dinheiro.

Reforça a questão do aborto clandestino e a mortalidade vinculada à sua realização em más condições. Referiu-se à questão de cemitérios clandestinos, informando que no Paraná foram identificados quatro vezes mais cemitérios clandestinos que oficiais.

Em seguida, foi convidada a **Dra. Rosângela Barros**, do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. Ela fez menção à numerosa comunidade indígena, aos assentados, acampados, e à vasta área rural. Desde sua criação, em 1987, o Conselho tem desenvolvido atividades de defesa e proteção aos direitos da mulher. Assim, foi parceiro do Comitê de Investigação de Mortalidade Materna. Suas atividades foram interrompidas, porém, estão sendo retomadas desde 1999. Salienta a preocupação com o aumento da gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos, mães inexperientes, que queimam etapas importantes da vida, prejudicando o desenvolvimento biopsicossocial. Outro fator

relevante é a violência dentro e fora de casa. Ressalta que ignorância também é uma forma de violência.

A Relatoria manifestou a preocupação com a falta de dados sobre a questão da influência deletéria da malária sobre a gestação. Em seguida, a Deputada Ângela Guadagnin indaga se o alto índice de cesáreas é resultado do afluxo de pacientes de áreas sem assistência. Em resposta, o Dr. Rubens Marques dos Santos declarou que este afluxo é comparativamente pequeno em relação ao que ocorre em Campo Grande. A Deputada Marisa Serrano lembra que, a partir da reforma do ensino de 1996, os professores podem trabalhar com temas transversais, como educação sexual, etnia, política, meio ambiente, trânsito e o que mais a comunidade escolar deseje incluir. A dificuldade é a falta de qualificação dos professores para lidarem com temas como estes. A formação do cidadão deve permitir que ele conheça seus direitos, as realidades e possa interferir nela e mudá-la. Acredita na proposta de educação à distância para possibilitar aos professores acesso a um mínimo de informações.

O Dr. Rubens Marques dos Santos anunciou o desenvolvimento de um Projeto Ciência da Vida, que preparar o aluno para o exercício da cidadania, englobando ciência política, educação sexual, alimentar, hábitos de vida, ecologia, entre outros assuntos. Em seu último comentário, a Deputada Ângela Guadagnin reiterou que não se aceita que no terceiro milênio existam mulheres morrendo de parto.

A Relatoria teceu comentários sobre a falta de recursos para a saúde, aos problemas de execução orçamentária de programas ligados à saúde da mulher do Ministério da Saúde. Ao contrário do que a Primeira-Dama colocou em Beijing, que a ênfase deveria ser dada ao Programa Nacional de Assistência Integral à Mulher, o PAISM, é notória a falta de alocação de verbas para inúmeras atividades relacionadas, como proteção à gestante e combate à mortalidade infantil. No Plano Plurianual de 96 a 99, um dos objetivos foi aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como diminuir a mortalidade materna. Em 1995, a dotação foi de 4,64 milhões de reais, mas nada foi liberado e a rubrica ficou zerada. Em 1996, foram autorizados, 5,88 milhões e a execução foi zero. Em 1997 não houve dotação para a rubrica, e em 1998 foram autorizados 1,8 milhões de reais e também não houve execução.

A Reunião de Audiência Pública de 22 de novembro de 2000 teve como convidada a **Dra. Kátia Lemos**, Promotora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal. Esclareceu o funcionamento da Promotoria de Defesa da Saúde – a PROSUS. Sua ocupação básica é fiscalizar as políticas públicas de saúde, a prestação de serviços, enquanto a PROVIDA busca a prova penal de crimes praticados por profissionais da área da saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos e outros.

Declara que a maior parte das reclamações são fruto da inexistência da relação entre o médico e o paciente, a despersonalização do tratamento. É importante que se conte com um local ou pessoa para receber as denúncias. Acredita essencial o trabalho dos Conselhos de Saúde, mas, no Distrito Federal, existem indícios de vícios em sua constituição e de direcionamentos para que seja sancionado o que o Secretário de Saúde, que é o Presidente, deseja. Menciona a existência de uma ação civil pública movida pelo Ministério Público quanto à triagem feita nos hospitais pelos vigilantes.

Declara que a mulher está mais exposta a erros de profissionais da área de saúde, lembrando a declaração sobre eliminação de formas de discriminar as mulheres, que considera esta atitude incompatível com a dignidade humana.

Quanto à mortalidade materna, menciona a existência de problemas no planejamento familiar, assistência ao pré-natal e ao parto. Acredita que o Programa Saúde da Família do Distrito Federal é ineficaz, não existe forma de exercer controle nem sobre a qualidade nem sobre a produtividade. Denuncia a existência de programas de inseminação artificial de altíssimo custo que tem proporcionado filhos a inúmeras mulheres sem avaliar as condições sócio-econômicas da família. Cita o caso de uma mulher que teve quintuplos por inseminação artificial, e já tinha quatro filhos. Ela entrou com ação contra o Governo do Distrito Federal porque não tem como sustentá-los. Além disso, o máximo de óvulos permitidos para a implantação é de quatro. Conclui que estão sendo feitas experiências com as pacientes do Sistema Único de Saúde para orientar a prática dos consultórios.

Cita outro problema constatado com a radioterapia do Hospital de Base de Brasília, cujo equipamento emite radiação em nível acima do suportável pelo paciente. Ainda, por falta de administração adequada, cento e

oitenta mil reais em medicamentos contra o câncer foram jogados fora, o que aponta novamente para a falta de fiscalização de todos os níveis.

A respeito do programa elaborado pelo Ministério da Saúde, diz que aborda todos os aspectos relevantes. Entretanto, se a implementação se der realmente, acredita em redução significativa das mortes maternas.

A Relatoria teceu comentários sobre a questão, lembrando que a Primeira Dama, em Beijing, afirmou que o Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher – PAISM, era um objetivo maior nesta questão, e até o momento, nada ou quase nada foi feito. A Deputada Ângela Guadagnin inquiriu sobre a existência de um Comitê de Mortalidade Materna no Distrito Federal, e sobre seu funcionamento.

Em resposta, a Dra. Kátia Lemos ressaltou a preocupação com a gravidez precoce no Distrito Federal, comentando que o mínimo de planejamento permitiria que a ocorrência dos partos fosse esperada com uma aproximação aceitável. Ressalta a importância do cartão de pré-natal para que o médico que for atendê-la na hora do parto tome conhecimento do processo de sua gravidez, já que não há vínculo entre o médico e o paciente.

Observa que o SUS definha cada vez mais. Ilustra o problema da falta de vagas nas UTIs neonatais no Rio de Janeiro, resolvido com a iniciativa do estado ou município arcar com as despesas de unidades particulares. Acredita que, sem indiciar os governantes, se não se moverem ações de responsabilidade criminal, a tendência é a piora do quadro. Lembra a responsabilidade dos parlamentares em garantir verbas nos orçamentos, os Conselhos Profissionais na fiscalização do funcionamento dos serviços e dos profissionais.

Sugere que a CPI elabore um mapa da mortalidade materna e estabeleça metas para a redução da mortalidade materna nos estados, e, em conjunto com o Ministério Público, proceda à fiscalização do cumprimento deste acordo. O descumprimento vai implicar processo criminal.

Comenta que o simples ato de conferir o título de “Hospital Amigo da Criança” pelo Ministério da Saúde não garante que o atendimento é humanizado, se é correto, uma vez que ele é conferido com base em equipamentos e não em atendimento. Não existe, mais uma vez, fiscalização.

Em resposta a indagação do Deputado Geovan Freitas, esclarece que Brasília atende pessoas de todo o Brasil. Deve existir a responsabilidade de cada estado pela saúde de seus habitantes. A questão do atendimento em outras unidades da federação deve ser equacionada pelo Ministério da Saúde. Referiu-se à prática das prefeituras comprarem ambulâncias para transferir doentes, ao invés de investir em seus serviços próprios. O mesmo parlamentar ressaltou a importância do trabalho conjunto com os promotores, em busca de dados específicos, de fatos reais para buscar maior divulgação dos trabalhos.

O Deputado Benedito Dias indaga sobre as denúncias sobre a atuação do setor privado e do público, para avaliar as deficiências. Comentou sobre os valores irrisórios pagos pelo SUS aos hospitais, e da fuga de bons profissionais para as clínicas privadas. No Distrito Federal, responde a convidada, a rede da Secretaria de Saúde executa todo o procedimento obstétrico. Assim, o maior número de problemas ocorre nas unidades públicas.

A Deputada Alcione Athayde lamentou que a maioria das vagas de UTIs estejam sendo ocupadas por recém-nascidos que não deviam estar nelas, pois são vítimas de descasos no pré-natal e no parto. Ressalta os aspectos mais importantes da questão, começando pelo planejamento familiar. O ministério deve garantir o fornecimento de contraceptivos, inclusive para prevenir a morte materna. Deve ser garantida a opção para a mulher.

Em segundo lugar, o aumento no número de consultas no pré-natal não mudou absolutamente o quadro, uma vez que não houve mudança qualitativa. Considera aviltante o nível de insegurança a que se submete a mulher, que não sabe como e com quem vai ter seu filho. Em seguida, a questão dos atestados de óbito que omitem as mortes decorrentes da gestação. Acredita que se necessite de políticas públicas e de formas de responsabilizar os governantes.

A Dra. Kátia comentou alguns processos de investigação sobre gravidez em mulheres que faziam planejamento familiar no serviço público de saúde. Elas estavam em uso do Ciclo 21, um anovulatório que teve quatro lotes com problemas. No entanto, o Ministério da Saúde continuou a comprar este contraceptivo e a fornecê-lo para mulheres que estavam evitando engravidar. A questão de licitação para compra de medicamentos tem que ser melhor avaliada. Não há especificidade para licitações da área de saúde,

dificultando a compra de produtos de qualidade. Cita ainda outros problemas de material.

A Deputada Ângela Guadagnin teceu comentários sobre a falta de recursos para planejamento familiar no Orçamento da União. Acredita que a CPI deve cobrar este ponto.

A audiência Pública do dia 6 de dezembro teve como convidados a **Dra. Regina Celes de Rosa Stella**, Presidente da Associação Brasileira do Ensino Médico e Professora-Adjunta da Escola Paulista de Medicina, e o **Dr. Meraldo Zisman**, Professor Titular da Universidade Federal de Pernambuco.

A primeira expositora ressaltou a importância da formação médica como medida para corrigir os rumos da atenção à saúde. Mencionou a CINAEM, que avalia a formação médica desde 1992 por meio de diversos instrumentos, inclusive planejamento estratégico, reunindo diretores, docentes, discentes e representantes de sociedades médicas. Este estudo apontou que o médico hoje em dia é formado com um perfil totalmente desvinculado das necessidades de saúde da população. E são candidatos à residência médica. Tem havido a introdução de um sem-número de especialidades médicas, o que prejudica a formação em áreas básicas e que proporcionam embasamento para todo o resto da vida profissional. Esta observação envolve não apenas a qualificação técnica, mas também ética e humanística.

Menciona dados do Provão de 1999. 36,4% dos formandos daquele ano não haviam feito nenhum parto, 23,4% realizaram de um a quatro. Na Região Norte, mais da metade não fez parto algum. Na Região Centro-Oeste, o percentual cai para 15,3%. Isto tem correlação com o local onde o internato foi desenvolvido. Os chamados convênios com outras instituições onde é quase inexistente a supervisão por docentes, produzem este fenômeno. Na Região Norte, onde 56,5% dos alunos não fizeram nenhum parto, o internato foi feito fora da instituição. Na Região Centro-Oeste, 73,4% dos estudantes de Medicina fazem o internato nos espaços da própria instituição.

Outro problema é a inclusão de subespecialidades dividindo o tempo do internato com as disciplinas básicas, clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e pediatria. O tempo em sala de parto ou pré-natal são muito reduzidos. Aliás, existe o problema do acompanhamento do pré-natal, eles

não se consegue acompanhar a mesma gestante pelo período integral. Geralmente, os estudantes permanecem três semanas neste serviço, vêem uma infinidade de grávidas e terminam por fazer os partos de pacientes que nunca haviam visto.

Mencionou um artigo da Profa. Marilza Vieira Cunha Rudge que diz: “a organização de um serviço de assistência à mãe na gravidez e parto que visa a reduzir a mortalidade materna é responsabilidade de todos. Aos serviços universitários, de conhecimento, pesquisas e recursos, cabe um papel especial para criar modelo capaz de ser copiado e aplicado nos demais segmentos. A hierarquização do atendimento é uma das chaves e talvez a principal dos bons resultados alcançados. Este texto ilustra a experiência da Escola de Medicina de Botucatu que desenvolveu projeto de integração entre ensino e serviço com impressionante queda dos óbitos maternos. Isto mostra que é essencial a universidade se debruçar sobre os problemas reais da sociedade e introduzir seu pessoal e o ensino na rede de serviços.

Ressalta a concentração do ensino médico nos hospitais universitários, terciários e desvinculados da rede do SUS. Isto traz distorções para os alunos, que têm contato maior com casos extremamente complicados pelas características dos pacientes recebidos neste nível de complexidade. Assim, será muito mais provável que eles vejam apenas partos complicados, e, geralmente, cirúrgicos, mesmo que com indicações corretas. Acredita ser interessante que as universidades determinassem um número de partos necessário para a formação do estudante da graduação. Ressaltou que aprender Medicina é fazer.

O Ministério da Educação mostra que 93,8% dos alunos de medicina pretendem fazer residência médica. Não existem vagas para 30% destes alunos, que ficam fora do sistema de especialização, e com formação básica deficiente. O custo de formar um profissional durante os seis anos de formação médica, mais três de residência é muito alto para o país, que, no final, não conta com um contingente capaz de atender a coisas elementares. A maior parte das escolas não ensina a fazer notificação, a preencher atestado de óbito, a fazer parto. A explosão do número de escolas médicas compromete a qualidade do ensino.

Informou que existe uma proposta de diretrizes para a formação médica em estudo pela Comissão Nacional de Educação. Deve haver

participação da área da saúde nesta definição. Esta iniciativa propõe a inclusão da rede de serviços para a formação. Isto ainda contribui para a reciclagem dos profissionais da rede.

Em seguida, usou da palavra o **Dr. Meraldo Zisman**. Ele mencionou o fato de que 40% de 10 mil moças de classe média estudadas haviam engravidado dos 10 aos 14 anos. Nas classes menos favorecidas são 51% entre 14 e 18 anos. Referiu-se à altíssima taxa de cesarianas e atribui a responsabilidade à atuação dos médicos. Enfatiza a possibilidade de aumento do lucro para os hospitais que fazem estas cirurgias pela maior cobrança maior por materiais. Outra questão é a má remuneração dos convênios para as consultas, o que obriga o médico a atender uma legião diariamente. Isto induz à realização de cesarianas com hora marcada.

Acredita que a falta da mãe seja um fator gerador de violência no futuro. Recomenda reabrir as escolas de parteiras. Em países pequenos e desenvolvidos, a maioria dos partos são feitos por parteiras e práticos gerais. O pré-natal deve ser realizado perto da residência.

O Deputado Geovan Freitas teceu indagações quanto ao ensino do parto normal e da cesariana, quanto à formação do profissional de saúde. Indagou ainda sobre a possível falta de médicos para atender à população.

Em resposta, o Dr. Meraldo informou que a melhor medicina do mundo é a da Suécia, onde existem um médico para quase dez mil habitantes. No Rio de Janeiro, existe um médico para trezentos habitantes. O número de profissionais médicos não vai resolver a morbimortalidade materna. Isto será tingido com uma política social. É Importante o médico quando a gravidez ou o parto envolverem risco. Na Holanda, 95% dos partos são domiciliares. No Brasil, os médicos estão se dobrando a exigências do mercado para manter um padrão de vida compatível com a profissão.

Avalia que talvez apenas dez escolas médicas no Brasil tenham capacidade de formar estes profissionais.

O Deputado Arlindo Chinaglia lamentou que esta discussão de problemas tão antigos e óbvios esteja acontecendo ainda no raiar do século XXI. Denunciou a existência de uma escola médica vinculada à medicina de grupo e seguro-saúde no Rio Grande do Sul, indício de que a dominação do

poder econômico atingiu o aparelho formador. Ressalta que os culpados não são exclusivamente os médicos. Existe uma minoria irresponsável, venal, sem compromisso com o paciente. A estrutura está profundamente envolvida. Enfatiza o vínculo da política com a forma de conduzir a questão, associando a expansão de diversas escolas profissionais à condução partidária. O fechamento de escolas e a interrupção deste aumento desenfreado de cursos são impedidos pela cumplicidade do poder público com a rede de interesses econômicos.

A popularização dos planos de saúde é um dos maiores males cometidos contra a saúde pública no Brasil – dão esperanças ilusórias de atendimento e têm custo excessivo para os usuários. Acredita que o aumento de recursos para a saúde não é suficiente por si só, é essencial que a distribuição é polêmica. A estrutura de poder está desequilibrada em favor do Executivo. O Legislativo tem se deixado cooptar, uma vez que muitas vezes os votos são orientados sem conhecimento dos parlamentares.

Perguntou por propostas para melhorar o atendimento. Lembrou o lobby existente nas Comissões impedindo a progressão de iniciativas contrárias aos seus interesses. Quanto ao fechamento das escolas, indaga da possibilidade de se promover um encontro entre o Ministério da Saúde e o da Educação. Teme que iniciativas que barateiam o custo dos procedimentos, como o atendimento por parteiras, termine por impedir o estabelecimento da estrutura adequada. As casas de parto devem ser dentro dos hospitais, principalmente em metrópoles com grandes problemas de trânsito. O médico deve estar prontamente acessível. Indagou ainda sobre a alegada necessidade social para justificar a abertura de novas escolas médicas.

A Dra. Regina informou que se alega que isso fixaria os profissionais, o que se constatou não ocorrer. Acredita não ser essa a solução. Existem médicos em excesso. O necessário é que se determine a redução do número de vagas ou o fechamento de escolas. Existem iniciativas de estados legislarem a respeito da abertura de novas escolas médicas, que são por vezes estaduais ou municipais e passam pelos Conselhos Estaduais de Educação e não pelo MEC ou pelo Conselho Nacional de Saúde.

Lembrou o programa de interiorização de médicos e enfermeiros lançado pelo Ministério da Saúde. Enfatiza que o Ministério da Saúde deve definir claramente as necessidades de profissionais de saúde e dimensionar

a questão da formação. O erro na formação atinge não apenas a mortalidade materna como todas as áreas em que estes profissionais atuam.

O Dr. Meraldo enfatizou que o essencial é o monitoramento das parteiras ou das casas de parto. Salaria que noventa e cinco por cento dos partos são normais. Critica o surgimento de cursinhos para os concursos de Residência Médica.

O deputado Arlindo Chinaglia comentou que a estimativa de que 30% dos egressos dos cursos de formação em Medicina não conseguem vaga na Residência Médica reflete o senso de responsabilidade do estudante, que luta por melhor aprendizado. Se aprender Medicina é fazer, quando se aprende a fazer errado, não há recuperação. A Residência hoje integra a própria formação e não constitui somente uma forma de especialização.

A Deputada Alcione Athayde comentou o percentual de médicos que saem das escolas sem saber fazer parto. Comentou que muitos não sabem realizar procedimentos básicos, como anamnese, exame físico, entre outros. A especialização é precoce. Solicitou cópia do documento em discussão no Conselho de Educação sobre ensino médico.

No dia 12 de dezembro de 2000 a Comissão realizou reunião de Audiência Pública para ouvir como convidados o **Dr. Edmundo Baracat**, Presidente da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e o **Dr. Jacob Arkader**, Professor-Titular de Obstetrícia da Universidade Federal Fluminense.

O primeiro convidado informou que existe a Comissão de Mortalidade Materna da FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, com representantes de todas as regiões, que analisa, no âmbito da especialidade a mortalidade materna no país. Ela tem funções na educação continuada do médico ginecologista e obstetra, objetivando capacitar o médico para a detecção de possíveis causas destas mortes. Ela realiza cursos em conjunto com as sociedades estaduais em todo o país. Aponta as estimativas de mortes maternas no Brasil como um dos mais contundentes indicadores de baixo desenvolvimento social. Estas mortes podem ser evitadas por medidas gerenciais de baixo custo e de alto valor social. Compreende o desenvolvimento social sustentado, da erradicação do analfabetismo, da miséria e da desnutrição,

os verdadeiros causadores da predisposição à morte durante o parto. Passa ainda pela atenção médica competente.

Alinhava como medidas básicas para melhora da atenção a hospitalização, disponibilização de bancos de sangue, uso correto de antibióticos e treinamento médico em obstetrícia, neonatologia e anestesia. O pré-natal bem feito diminui em muito a mortalidade materna, assim como a redução das cesarianas. As mortes a ela associadas são redutíveis mediante indicação operatória correta, técnica cirúrgica adequada, antisepsia pré-operatória rigorosa, redução das emergências, antibiótico profilático em casos contaminados ou potencialmente, analgesia de parto e profilaxia da tromboembolia venosa.

Os fatores que diminuiriam a taxa de morte materna são a melhora da escolaridade da população, de suas condições sócio-econômicas e culturais, o planejamento familiar bem indicado, especialmente nas mulheres de risco, assistência pré-natal de qualidade, por pessoal capacitado técnica e cientificamente a prestar assistência pré-natal, assistência ao parto com qualidade, por profissionais de saúde qualificados para isto, tanto médico como enfermeiro obstétrico, bom estado nutricional.

O convidado não acredita que a mera retirada do parto do ambiente hospitalar a pretexto de humanização reduza a mortalidade materna. Citou o Diretor da Organização Mundial da Saúde, que disse, em 1998, que um investimento tão pequeno quanto 3 dólares por pessoa por ano poderia prevenir a grande parte das mortes e das seqüelas nas mães e recém-nascidos.

Foi concedida a palavra ao **Dr. Jacob Arkader**, que comentou as estimativas de 5 a 6 mil mortes maternas por ano, no Brasil. Isto significa uma morte a cada duas horas. E por trás destas mortes estão famílias destruídas e crianças órfãs, sendo o marco de imensos problemas sociais.

Declarou que estas mulheres morrem de causas evitáveis: eclâmpsia, hemorragia, infecção, complicações do aborto. Em países desenvolvidos, as mortes ocorrem por causas inevitáveis, especialmente doenças preexistentes, embolia e diabetes.

Refletindo o motivo destas mortes, apontou como causas a inadequada assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, ao planejamento familiar e por más condições sócio-econômicas. Nestas condições sobressai o abismo social, uma vez que estas mortes incidem mais nas classes menos privilegiadas.

Menciona o exemplo do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – que constitui modelo para países da América Latina e Caribe, e não consegue deslanchar especialmente na hierarquização dos programas. A porta de entrada para o sistema de saúde deve ser a unidade de cuidados primários, que deve encaminhar para unidades de referência de acordo com o risco. Relata o drama das mulheres que fazem pré-natal em uma unidade e não encontram vaga na maternidade na hora do parto. Em algumas cidades existe a Central de Vagas e Determinação de Leitos Obstétricos, que também esbarram em problemas políticos e individuais.

O Deputado Benedito Dias enfatizou a responsabilidade dos governos, municipal, Estadual e Federal, realçando a importância de se ter mecanismos harmônicos de referência. A Deputada Miriam Reid reforça a necessidade de estabelecimento de metas, com garantia de alocação de recursos e de investimento. O SUS já garante o direito, mas sugere que haja punição através da Lei da Responsabilidade Fiscal para o não cumprimento do dever. Ressalta que deve haver um esforço conjunto das três esferas de governo e um mecanismo eficaz, por parte da sociedade, para cobrar e controlar estas ações, mesmo que seja a punição ou responsabilização criminal dos responsáveis. Sugere a abertura de processo para cada caso. Pergunta aos convidados a forma mais eficaz de combater a mortalidade materna.

Em seguida, fez uso da palavra o Senador Júlio Eduardo, do Acre, que louvou os esforços da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, a FEBRASGO na realização de cursos e de programas de educação continuada. Indaga quais são as parcerias existentes entre a Federação e o Ministério da Saúde na promoção da saúde da mulher.

A Presidente, Deputada Fátima Pelaes indaga a avaliação da FEBRASGO quanto ao trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Mencionou que, quando se contar com o planejamento familiar plenamente funcionante, este quadro certamente mudará. Indaga por que não são evitadas as mortes por causas evitáveis.

O Dr. Edmundo Baracat respondeu que vem aumentando a ligação entre a FEBRASGO e a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde. Foram elaborados em conjunto manuais técnicos, como de assistência pré-natal, urgências e emergências em obstetrícia, gestação de alto risco, e violência sexual. Existe um grupo multidisciplinar na Federação para o estudo dos

direitos reprodutivos da mulher. Foram distribuídas a todos os ginecologistas e obstetras do país as normas do Ministério da Saúde para o atendimento da mulher vítima de violência sexual. Existem hoje mais de cinquenta hospitais que prestam atendimento às vítimas de estupro.

Acha louvável a iniciativa de aumentar a remuneração ao hospital que faz um mínimo de cinco consultas de pré-natal e o parto na mesma instituição. Outra atitude que merece reconhecimento é o esforço para reduzir as cesarianas. No entanto, critica que a analgesia do parto tenha sido incluída para pagamento pelo SUS às custas da redução do pagamento do hospital e dos profissionais. Declara que o Governo fez, mas tirou por outro lado.

Mencionou a existência de um curso de capacitação em assistência ao parto e de procedimentos cirúrgicos ligados ao parto, com cesariana ou fórceps. Este curso é realizado com sacrifício por falta de verbas da Federação. Refere ter tido dificuldades para viabilizar uma parceria com o Ministério da Saúde.

O Dr. Jacob Arkader acredita que a notificação compulsória da morte materna é imprescindível de ser obedecida. O Comitê de Morte materna analisa as mortes, verifica se foram evitáveis ou não, se a falha foi da assistência médica, do hospital, do paciente ou da sociedade. Sua atuação não é punitiva, e tem caráter sigiloso. No momento em que isto mude, não existirá mais nenhuma comunicação. O comitê verifica as instituições e identificam as falhas, sugerindo formas de corrigi-las. Reconhece as prioridades do Ministério da Saúde, quando argumenta que existem muito mais mortes por tuberculose, hanseníase, Aids. Reforça a sugestão de que o Ministério apóie a realização destes cursos. Lamenta que em trinta anos este indicador não tenha apresentado progressos significativos, mas considera inadmissível que continue neste patamar.

O Deputado Benedito Dias indagou se o problema seria atribuível à falta de investimento na área. Em resposta, o Dr. Arkader lembra que devem existir centros de referência, uma vez que de 10 a 15% das gestações são de alto risco. A maioria, 85% tem filhos sem grandes problemas. As mulheres de risco têm de ser identificadas no pré-natal e devem ser encaminhadas para os centros de referência. Cita o exemplo do estado do Acre. Somente a instalação de uma unidade de alto risco, com ultrassonografia, cardiotocografia, banco de sangue, anestesia, UTI neonatal e adulto. As outras maternidades se encarregam

dos partos normais. Comentou um filme a que assistiu em que uma parteira do Amapá fazia um parto pélvico em primípara, com sucesso.

A Presidente, Deputada Fátima Pelaes mencionou o trabalho das Parteiras Tradicionais desenvolvido no Amapá. Enfatizou que, apesar da pouca divulgação do trabalho da CPI, seus trabalhos constituirão um marco. O trabalho silencioso está impulsionando a implementação de ações de combate à morte materna. Reflete que é impossível que se considere natural a morte por parto, e considerar heroína a vítima. A vida deve ser preservada. Ressaltou que o Rio de Janeiro apresenta maiores índices de mortes em virtude da notificação de melhor qualidade. Já os números de Rondônia são excelentes somente em aparência, porque são o resultado da falta de acompanhamento adequado.

A Reunião de Audiência Pública do dia 5 de abril contou com a **Deputada Estadual Janete Maria G. Capiberibe**, Secretária de Estado da Indústria, Comércio e Mineração do estado do Amapá e responsável pelo Projeto Parteiras Tradicionais da Floresta. No momento, existem cerca de 948 parteiras, a maioria não alfabetizada. São mulheres simples, entre 29 e 89 anos. Seu trabalho não é remunerado. Nos locais onde atuam não existe médico. São florestas, margens de rios, periferias. A organização é em rede estadual de parteiras e em cada um dos 16 municípios do estado. Foram implementados a capacitação, o fornecimento de material para parto domiciliar e o pagamento pelos partos feitos. Como sua ocupação principal é como agricultoras e extrativistas, paga-se meio salário mínimo pelo trabalho de partejar. As aposentadas também recebem, por direito. Foi inaugurada uma Casa de Parto de parteiras, e serão construídas mais três.

Foi estabelecida parceria com a UNICEF em 1997 e houve reconhecimento do trabalho por outros países. Relatou a realização do I Encontro Internacional de Parteiras da Floresta, no marco Zero do Equador e esquina com o Rio Amazonas. Participaram parteiras do Norte e Nordeste do Brasil, Canadá, Costa do Marfim, Alemanha. A Comunidade Européia foi representada, bem como o Parlamento Europeu.

Os resultados obtidos após cinco anos de implantação são 3 Casas de Parto reconhecidas nacional e internacionalmente, além de uma melhor qualidade dos partos domiciliares. Não se conhece morte materna resultante do trabalho das parteiras. Isto se dá porque elas identificam os riscos e encaminham

as gestantes para acompanhamento especializado. A Organização Mundial da Saúde reconheceu o Amapá como o estado com menor índice de cesarianas, menos de 14% em 1.255 nascimentos.

Este projeto foi premiado como “Projeto Gestão Pública e Cidadania” pela Fundação Getúlio Vargas, BNDES e Fundação Ford e prêmio Paulo Freire de Educação e Trabalho.

Este trabalho reflete-se na auto-estima das parteiras, que têm certeza de que podem realizar um trabalho bom, pois têm o material necessário e capacitação periódica. Sabem que o governo zela por elas, e que não serão presas por exercício ilegal da profissão. Elas são cidadãs com documentação civil, acesso garantido à educação e oportunidade de trabalho e renda. Preservam a cultura local do uso de ervas, ungüentos, benzas e rezas. Os cursos incluem saudação à Natureza e a homenagem às antepassadas.

Como a maioria não é alfabetizada, os documentos são preenchidos com desenhos, como o cartão da gestante e o da criança. Elencou os itens constantes da bolsa-parteira entregue a cada profissional, que inclui guarda-chuva, lanterna, plástico para forrar o chão.

Entre as dificuldades apontadas menciona falta de sistema de acompanhamento e monitoramento dos registros de partos feitos por parteiras. Este trabalho deve ser incluído nos serviços de saúde pública. Foram relatadas dificuldades de obter cooperação em postos de saúde. O SUS não paga os partos por parteira, o que pode vir a acontecer.

A Relatoria indagou quanto às complicações do parto. Indagou ainda sobre as casas de parto, sobre o analfabetismo das parteiras, o tétano neonatal, a questão da Aids e da prostituição. Comentou-se a questão da malária como fator de morte materna. Questiona os riscos e em como são administradas as complicações. A Deputada Celcita Pinheiro pergunta como as parteiras memorizam as informações, uma vez que não sabem ler. Indaga se elas recebem gratificações das parturientes e como procedem em casos de complicação. A Relatora indaga sobre o emprego de ervas.

Em resposta, a Deputada Janete Capiberibe informa não existir registro de morte materna em partos realizados por parteiras. Elas têm referências urbanas próximas, mas só existem auxiliares de enfermagem ou agentes de saúde. As mulheres identificadas como de risco são encaminhadas

para centros urbanos onde exista a possibilidade de realizar uma cesariana, em geral para Macapá. Está sendo feito um programa para alfabetizar as parteiras. Reconhece a gravidade do problema da prostituição e existem projetos para trabalhar a questão. Reconhece a incidência altíssima de gravidez na adolescência. Em 2000, foram três partos em meninas de onze anos e quatro em meninas de doze.

Comenta o atendimento maciço de pessoas provenientes da ilha de Marajó, bastante próxima, que têm filhos no Amapá. Identificou seis mortes maternas entre 8.846 partos. Informa os procedimentos para evitar o tétano e os encaminhamentos feitos. O Deputado Benedito Dias comenta os salários pouco tentadores para os médicos se radicarem no interior. Acredita que as maternidades, nas cidades, devem ser melhoradas, e não se fazer casas de partos. A Deputada Luiza Erundina constata que o projeto é revolucionário. Relata a ocorrência de partos em calçadas, na porta de hospitais que não dispunham de leitos para acolhê-las. Não havia capacidade do Poder Público para o atendimento a essas mulheres. Em São Paulo existem casas de parto. O nascimento de uma criança é uma situação normal, uma situação de saúde.

A Deputada Iara Bernardi indaga o papel do Estado, à rede de saúde e o das parteiras. Ressalta a importância de alfabetizá-las. Indaga sobre as casas de parto, como a rede complementa o trabalho da parteira, e qual a forma de fixar o profissional em cidades pequenas. O Deputado Evandro Milhomem comenta que existem somente quarenta médicos no município de Macapá. Está se tentando contratar mais cem. As parteiras fazem o pré-natal, porque não existem médicos suficientes. É justa a reivindicação de recursos federais para o programa.

Em resposta a Deputada Janete Capiberibe informa que outras experiências subsidiam a adoção de estratégias pelo programa. Cita o exemplo do Canadá, onde existem casas de parto em Montreal, Quebec e Toronto.

A CPI deslocou-se para Audiência Pública em Porto Alegre no dia 5 de abril de 2001. O primeiro a usar da palavra foi o **Deputado Roque Grazziotin**, da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Em sua exposição, salientou que o direito à saúde é um direito humano garantido sem discriminação de nenhuma forma e sem limite de esforços por parte do governo e da sociedade.

Citou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, que garante o gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais em igualdade de condições com o homem, o documento final da Conferência Internacional da Saúde da Mulher, que atribui aos governos a responsabilidade de prover serviços de saúde integrais e de boa qualidade para mulheres, incluindo saúde reprodutiva, atendendo todo o ciclo de vida. Esta Declaração situou a saúde e direitos reprodutivos no contexto mais amplo de desenvolvimento.

Em 1996, no VIII Encontro Internacional sobre Mulher e Saúde, no Rio de Janeiro, criticou-se a globalização e as políticas econômicas que impedem a garantia de padrões mínimos de atendimento à saúde da população, especialmente das mulheres. As duas idéias básicas são a precariedade dos direitos econômicos, sociais e culturais como origem da morte materna e o reconhecimento da responsabilidade dos governos nesta ocorrência. Encaminhou dados referentes à morte de Vânia Araújo.

A Presidente, Deputada Fátima Pelaes, reportou-se à violência silenciosa que mata centenas de mulheres no Brasil, à banalização destas mortes.

Fez uso da palavra a **Dra. Lúcia Gorgen**, presidente do Comitê Estadual de Mortalidade Materna. Ela relata a história do Comitê, criado em 94 e reativado em 1999. Existem dezesseis comitês regionais de mortalidade materna e dois municipais, um em Porto Alegre e outro em Santa Cruz do Sul. Estão sendo criados comitês hospitalares, especialmente nos de referência regional. Em seu trabalho, encaminham questionamentos ao médico que atestou o óbito em casos suspeitos para esclarecer as circunstâncias de morte materna ou não.

O Comitê de mortalidade materna é um forte instrumento de análise e monitoramento da qualidade da atenção à mulher. Refere uma queda, de 86.8 por 100.000 nascidos vivos, em 1998, para 51.3 em 1999. A informação prévia para 2000 é de 45.8. As causas preponderantes são distúrbios hipertensivos, hemorragia, infecção, outras causas, em quarto lugar, e em quinto, a AIDS. Refere índice alto de cesarianas, e que não podem existir ações comuns para o estado, em virtude das diferenças locais. Está sendo trabalhada a capacitação. Serão treinados multiplicadores até atingir todos os municípios.

Ressaltou o risco inerente à função social da maternidade. Assim, assumiu também a política de combate à violência contra a mulher.

Em seguida, o **Dr. Sérgio Martins Costa**, representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO – fez sua exposição. Salientou o fato de que a FEBRASGO foi a primeira Organização Não-Governamental a levantar a questão da mortalidade materna no Brasil, no início da década de 70. Enfatiza que o problema é mais agudo onde é menos provável que seja acuradamente medido. Isto ocorre nos índices oficiais do Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Acredita que no Sul, o fator de correção deve ser um, ou seja, não existe sub-registro no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Analisando o desempenho de países desenvolvidos, lembra que a instalação de bancos de sangue, o uso de antibióticos, a hospitalização no atendimento do parto e o treinamento médico na área de obstetrícia ou anestesia são os fatores que mais reduzem a morte materna.

Deve também ser melhorada a escolaridade da população, implementar o planejamento familiar, prestar assistência ao pré-natal e parto com qualidade, melhorar o estado nutricional da população e melhorar o treinamento dos profissionais de saúde. A FEBRASGO colabora com o Ministério da Saúde na educação médica e assessoramento a gestores do SUS. São realizados cursos itinerantes de prevenção à mortalidade materna.

Ressalta a dificuldade do Ministério da Saúde de distribuir os manuais a todos os médicos que atendem mulheres no país, enquanto a FEBRASGO conseguiu distribuir o manual de urgências e emergências obstétricas para todos os seus sócios.

Em seguida, fez sua explanação a **Dra. Regina Goulart Nogueira**, Coordenadora-Geral da Coordenadoria Estadual da Mulher. Este órgão foi criado para assessorar o governo estadual nas políticas referentes à questão de gênero. A desigualdade de gênero perpetua a construção e a manutenção dos números de morte materna. Ela é uma expressão da vontade política de governo. Salienta a importância da participação da mulher nos Conselhos de Saúde e de Mortalidade Materna.

Refere-se a dois casos ocorridos, Vânia Araújo Machado e Sandra Noronha. A primeira, atendida em hospital privado, e a segunda,

portadora de anemia falciforme, vítima de negligência. Denuncia a atitude de profissionais que encaram a palavra da mulher como de não valia, e por condutas de homicídio, de falta de responsabilidade.

O Comitê de mortalidade Materna deve ser uma instância de referência para mulheres, que conte com a representação nos movimentos sociais e tenha a responsabilidade de julgar, além de investigar e orientar. Reforça que não apenas as políticas públicas é que reduzirão a mortalidade materna, também a conscientização da sociedade de que a mulher morrer de parto não é natural, banal, e que 90% destas mortes podem ser evitadas.

A Relatora, Deputada Elcione Barbalho, ressalta a necessidade de acompanhamento no puerpério, a questão das enfermeiras obstétricas. A Deputada Ângela Guadagnin fez menção ao projeto do Deputado Eduardo Jorge sobre atendimento à anemia falciforme. Indagou sobre o contato entre a FEBRASGO e os municípios. Inquiriu sobre a investigação de renda, escolaridade, pré-natal nas mortes maternas.

Em resposta, os palestrantes informaram que os contatos são feitos através do Ministério da Saúde. Quanto aos detalhamentos, estão sendo implantadas estas discriminações.

Em seguida, pronunciou-se a **Dra. Ivete Cristina Cantil**, representante do Hospital Nossa Senhora da Conceição junto à Comissão de Mortalidade Materna. Ela ressalta a importância de as instituições onde as mulheres se internam ou dão à luz sejam vinculadas aos comitês municipais e estaduais. Em seu hospital foi criado a Comissão Hospitalar de Morte Materna. Lembra a falta de conscientização do médico que assina o atestado de óbito de identificar as mortes maternas para que ele possa ser resgatado, estudado e avaliado. Refere a capacitação de seu hospital como referência para gestações de risco, e da pequena incidência de mortes evitáveis. Ressente-se da falta de encaminhamento a um serviço de planejamento familiar, e quer que este encaminhamento seja garantido.

Esta Relatoria teceu indagações sobre o funcionamento dos Comitês. Em resposta, a Dra. Lúcia esclareceu a participação dos movimentos de mulheres, ampliando a participação de novos elementos, de categorias profissionais. O Deputado Benedito Dias solicita sugestões para o relatório. A Deputada Ana Corso indaga sobre a responsabilidade dos procedimentos do

parto. Indaga sobre o caso específico de Vânia. A Deputada Yeda Crusius lembrou a importância da sociopatia ligada à morte por parto.

Em resposta, a Dra Lúcia Gorgen aponta o papel eminentemente técnico dos comitês. Eles devem ser dinâmicos. O Dr. Sérgio menciona caso de uma cidade no interior do Paraná com alta incidência de mortes por eclâmpsia. O Comitê visitou esta cidade, e descobriu que só existia um médico trabalhando, um clínico que tinha de atender a todas as especialidades. Ele recebeu um kit para tratamento de eclâmpsia, foram estabelecidas referências para outra cidade de médio porte e não ocorreu mais nenhuma morte em dois anos. O caráter do comitê é de detectar, é educativo e não punitivo ou corporativo. No Paraná detectou-se que em 86% das mortes a causa era médica. Discorre sobre o diagnóstico inverídico, que pode ser resultado de internação em outra unidade com intervalo muito longo após o parto.

Levantou ainda o problema da população procurar o hospital terciário ao invés de em unidades não especializadas, sobrecarregando unidades de referência com casos desprovidos de risco. A Deputada Ângela Guadagnin indaga sobre a capacitação do médico, sobre a interiorização dos profissionais para fazer tudo, sobre se eles recebem o preparo para isto, para fazer partos normais e outros complicados. Em resposta, o Dr. Sérgio lamenta a abertura irresponsável de faculdades de Medicina. Não existem vagas nas residências médicas para todos os médicos formados. No Nordeste ou Norte, os médicos exercem a Ginecologia e Obstetrícia sem a formação devida, entanto, entretanto, aptos para fazê-lo. Criticou o modelo educacional que abre faculdades de medicina em cidades em que não existem professores com formação adequada, onde não existe pós-graduação.

A Dra. Regina enfatizou a questão da desigualdade no tratamento das pessoas e da desigualdade de gênero. Enfatiza a importância do Comitê de Mortalidade Materna estar aberto para o movimento de mulheres, especialmente para garantir seu objetivo, que é educar. Diz que ele deve avançar neste papel, ser investigativo, e avançar no julgamento dos erros e negligências. Denuncia a falta de interesse e de ensino nas universidades quanto ao preenchimento do atestado de óbito. Chama a atenção para a importância de se valorizarem as decisões dos Conselhos e se respeitarem suas determinações.

A Deputada Ângela Guadagnin comentou a previsão de o Ministério da Saúde pagar os procedimentos de alta complexidade. No entanto,

ações de assistência básica, como as que prevê o Piso de Assistência Básica, o PAB, são financiadas desde 1998 com 10 reais por habitante. A tabela do SUS também não é reajustada desde 1994. Criticou a desvinculação das decisões da realidade. Deve ser explicitada a responsabilidade dos hospitais.

A Dra. Ivete Cantil comenta que o aforisma “gravidez não é doença” é verdadeiro, embora a gravidez apresente riscos. A detecção deles depende de estudo e atualização constante. É essencial a educação continuada tanto médica como de todos os profissionais que atuam no pré-natal. Aos gestores cabe amarrar as referências. Ressalta a importância de que no programa de humanização do Atendimento à Gestante, Parto e Puerpério, que inclui o pré-natal, hospitais de médio e alto risco, tem de existir qualificação banco de sangue, comissão de infecção, capacitação contínua. A referência tem de ser claramente explicitada, o que é ainda um processo muito difícil de executar.

Em seguida, manifestou-se a **Dra. Maria Luiza Jaeger**, Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Ela enfatizou que para qualquer ação é necessário um movimento coletivo e solidário entre os órgãos públicos e prestadores de serviço, órgãos profissionais, trabalhadores de saúde, conselhos, movimentos, organizações não-governamentais. A política de atenção integral à saúde da mulher tem de ser implantada. Enfatiza a necessidade da formação mais humanizada, que leve ao acolhimento e à qualidade. Deve ser discutida a formação dos profissionais pelas universidades.

O gestor estadual deve discutir com os municípios como garantir atenção integral à população, a organização dos serviços e das referências regionais. Foi feita uma pesquisa sobre a situação de todos os hospitais, e foram fechados diversos deles por falta de condições de funcionamento. Acredita que os outros gestores devem fazer o mesmo.

Sugere que, por ocasião do cadastramento das pessoas jurídicas seja também promovida a avaliação da condição de funcionamento dos serviços. Reforça a necessidade de discutir a tabela do SUS e de mais recursos para a área da saúde. A área de média complexidade, em que está o pré-natal, parto, é a que tem menos recursos. O registro dos óbitos tem de ser melhorado.

Em seguida, pronunciou-se a **Dra. Soraia Schmidt**, Presidente do Comitê Municipal de Mortalidade Materna de Porto Alegre. Em sua exposição, mostrou o trabalho desenvolvido. O Comitê de Porto Alegre tem a

participação de movimentos sociais, como a Federação Gaúcha de Mulheres, do Fórum de Mulheres, da Comissão de Direitos da Mulher. Ressalta a ênfase na identificação dos casos. Ressalta a subnotificação de cerca de 50%. Antes da existência do Comitê, o coeficiente era de 60/100.00 nascidos vivos. Depois de sua instalação, em 95, com a municipalização do Sistema de Informações sobre Mortalidade, o coeficiente foi para 120. Agora, apresenta redução – em 99, de mais ou menos 60, e em 2000, perto de 50.

Ressalta a importância de infecções como principal causa de óbito, seguidas pelas hemorragias. A doença hipertensiva da gestação tem apresentado tendência contínua à diminuição. A avaliação inclui também as mortes tardias, que são muito grandes. Comenta a maior associação com cesarianas. Pondera que se o Comitê assumir caráter punitivo, ele perde sua função maior, que é a preventiva. Refere que sua cobertura de pré-natal e de exames é de 60 a 70%. Ainda não é o suficiente para reduzir a mortalidade.

Enfatiza que a maioria das mortes maternas ocorre no momento do parto. Assim, realça a importância do pré-natal para detectar riscos e propiciar a intervenção antes do agravamento de condições. As gestações de alto risco não passam de 20%.

Esta Relatoria indagou sobre estimativa de aborto, a incidência de infecções por partos, cuidados no pré-natal para evitar as hemorragias, funcionamento de bancos de sangue. A Deputada Iara Bernardi ressalta a importância de investimentos na mulher, reconhecida inclusive pelo Banco Mundial, porque a mulher consegue mudar a realidade. O Governo não vem cumprindo sua parte na participação do financiamento tanto da saúde como da educação. Os prefeitos estão tentando discutir linha de financiamento e de créditos, problemas sérios dos municípios. O Governo pretende obrigar os municípios, com base na Lei da Responsabilidade Fiscal, que eles façam o saneamento financeiro. Assim, deve faltar dinheiro para saúde, educação e investimentos sociais. Não se cumprem as metas relacionadas à educação, determinadas na Lei do FUNDEF, nem com a saúde.

Levanta a questão do aborto e da abordagem do problema com relação à Igreja. O Deputado Ivan Paixão reconhece avanços do sistema público de saúde. Lembra a instituição da CPMF e a substituição de fontes de recursos. Denuncia a retirada de 1 bilhão e 276 milhões do total pelo Ministério da Fazenda. Ressalta o SUS como proposta de consenso. Reforça o aumento de

impostos, cuja participação no PIB passou de 26 para 32,5%, e não houve aumento correspondente para o financiamento da saúde. Discorreu sobre a disparidade de distribuição de renda. Denuncia distorções na aplicação da Lei do FUNDEF. Lembra a disparidade dos valores atribuídos pelo SUS e a consequência possível de discriminação de suas usuárias.

A Deputada Ângela Guadagnin indagou sobre os cursos de capacitação e sobre as características dos hospitais de referência para as diversas regiões que ainda estão em gestão das ações básicas. Indaga sobre diagnóstico e tratamento da AIDS para gestantes e nascituros. Ressalta a informação de que o número de curetagens serve como indicador da ocorrência de abortos, ainda menor do que a realidade. Os abortos ocorrem em circunstâncias de gravidez indesejada, e seria eliminado se todas as mulheres tivessem acesso e condições de fazer planejamento familiar.

O Deputado Geovan Freitas lembra a lei de responsabilidade fiscal que pode prendê-los em caso de não cumprimento de suas disposições. Pede sugestões para ações a serem sugeridas pela CPI. A Relatoria teceu indagações sobre a identificação de grupos de risco para morte materna, a falta de confirmação de óbitos e sobre os esforços para melhorar o preenchimento das declarações de óbito. Indaga como o município encara a assistência à saúde diante da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A Dra. Maria Luiza Jaeger lembra o desvio de recursos do Orçamento da Seguridade Social. Comenta o ônus da PEC da Saúde, que acaba por onerar os municípios e estados. Critica a redução de cesáreas para pagamento, pois elas continuam sendo feitas, embora não estejam sendo cobradas. Enfatiza a importância da conscientização das mulheres em relação ao risco das cesarianas. Fala da importância da formação de enfermeiras obstétricas. A questão do aborto aparentemente cresceu em virtude da notificação melhor. Quanto à infecção hospitalar, deve ser exigida a existência de comissões de infecção hospitalar nos hospitais e nas unidades ambulatoriais.

Diz ainda ter estimulado a rediscussão dos cursos na área de saúde e da formação multiprofissional. Quanto à Lei de Responsabilidade Fiscal, critica o impedimento de contratações. Diz que saúde se faz com gente. Quanto maior o número de equipamentos, maior a necessidade de pessoal, e de pessoal qualificados. Esta questão estrangula os municípios. Assim, surge o processo de terceirização, de desqualificação dos trabalhadores de saúde, de

dificuldade de remuneração, dos agentes de saúde das equipes de saúde da família.

O Deputado Benedito Dias formulou questões sobre os casos de aborto, se existe investigação dos motivos de sua realização. A Dra. Soraia esclareceu que em muitas das vezes, o diagnóstico aparece nas necrópsias. Quanto às cesáreas, o hospital guarda as autorizações e cobra posteriormente. O SINASC mostra que a taxa de cesarianas tem aumentado no país. Tem importância a propaganda para incentivar o parto normal.

Quanto às ecografias, não existe serviço que aceite fazer pela tabela do SUS – 3 reais, segundo ela. Os únicos que fazem são os universitários. Não se pode falar em melhor qualidade na assistência à saúde se não houver aumento de verba. A Dra. Maria Luiza Jaeger informa que o perfil das mulheres vítimas de morte materna são casadas, têm menos de 30 anos e renda baixa.

No período vespertino, os trabalhos prosseguiram ouvindo em primeiro lugar o **Dr. Mário de Oliveira Smith**, representante do Hospital Femina junto à Comissão de Mortalidade Materna de Porto Alegre. Relata a redução das mortes por infecção graças ao trabalho da Comissão de Infecção Hospitalar. Estão sendo diminuídos os casos relacionados à hipertensão. Sugeriu a organização dos serviços no município. Em seguida, pronunciou-se o **Dr. Sérgio Moreira Espinosa**, chefe da Maternidade de Alto Risco do Hospital Nossa Senhora da Conceição, ressalta a formação do médico para “salvar vidas” e o lado alegre da obstetrícia, que é a festa do nascimento. Acredita que a CPI deve ser mais útil para evitar novas mortes do que para identificar culpados. Reforça a importância da educação na saúde reprodutiva e redução do aborto. O maior problema é cultural. Comenta a maior incidência de gravidez entre adolescentes e a progressão da AIDS. Associa altas taxas de morte à falta de assistência pré-natal. Critica a ampliação da tecnologia de ponta em detrimento das necessidades reais do país.

Em seguida, a **Dra. Enid Backes**, Coordenadora do Fórum Municipal da Mulher de Porto Alegre, fez sua exposição. Iniciou dizendo que um dos motes do movimento feminista tem sido tornar visível o que é invisível na história da sociedade. Isto inclui a morte materna, o trabalho feminino, a violência contra a mulher. Reforça a importância dos seis pontos da Plataforma de Beijing, que incluiu a educação, saúde, trabalho, mídia e meio ambiente. Discorda quanto

à necessidade de conscientizar apenas às mulheres sobre os riscos da cesariana, mas que isto deve ser feito também em relação aos médicos. O filho, que deveria ser da sociedade, é considerado um bem particular da mulher. As mulheres não têm “culpa” de engravidarem. Os Comitês não devem ser punitivos.

Foi ouvido em seguida o **Sr. Marcelo D’ Elia Branco**, esposo de Vânia Araújo Machado, vítima de morte materna. Relata que a companheira teve uma gravidez normal. O parto foi prolongado, e houve demora na indicação da cesariana. Não havia anestesista no hospital. A criança nasceu em estado grave e morreu quarenta dias depois. A mãe desenvolveu hemorragias e sofreu oito cirurgias. Em seguida, desenvolveu dificuldades respiratórias, atribuídas a varicela. Ela veio a falecer por encefalite por varicela. Relatou a indignação da família e conhecidos.

A sindicância concluiu pela evitabilidade da morte do bebê, mas não da mãe. Denuncia a tendência do hospital de responsabilizar exclusivamente o obstetra. A família foi impedida de acompanhar a sindicância, mas quer que a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Ministério Público tomem providências. Diz que o médico erra, sim. Acredita na importância das Comissões terem leigos, uma vez que quando são tem médicos, nunca se conclui nada. Eles são donos do saber.

Referiu-se à luta de Vânia no movimento de mulheres. Esta é uma questão simbólica. Indaga da co-responsabilidade do hospital na morte. Indaga sobre a severidade da punição aplicada ao médico que faz abortos, em comparação a este que provoca a morte da mulher e de seu filho.

Em seguida, pronunciou-se o **Sr. Fernando Moreira**, esposo da professora Sandra Noronha, vítima de morte materna. Ela era portadora de anemia falciforme. Ela era militante do Movimento Negro. Aos cinco meses de gestação, começou a sentir dor abdominal, atribuída a infecção. Começou a ser tratada, mas a suspeita de cálculo biliar só foi levantada muito depois. Foi submetida a cirurgias, mas terminou por morrer. Diz que os médicos têm de atentar para as diferenças entre os seres humanos, que têm especificidades diferentes. Quer que a morte da esposa não tenha sido em vão. Sugere o alerta para o risco da anemia falciforme em gestantes.

A Relatoria indaga sobre a negligência e solicitou aos membros da CPI médicos que elaborassem questões técnicas. A Deputada

Ângela Guadagnin comentou a necessidade de um hospital de referência ter como característica atender a casos de maior complexidade. Comenta a dificuldade de financiamento e a necessidade de vontade política, além da redução de recursos federais destinados à saúde. Elogia a colocação da Dra. Enid de “capacitar o poder público com a visão de gênero”. Comentou aspectos do atendimento.

O Deputado Geovan Freitas sugere que sejam convocados os médicos envolvidos no caso de Vânia. Salienta o receio de denunciar os médicos. O Sr. Marcelo Branco diz que o relatório da sindicância do hospital foi direcionado juridicamente para incriminar o médico ou os visitantes da doente. Queixa-se da inércia da equipe do hospital, que diante das suspeitas de complicação não tomou atitude alguma. Deve existir política pública para partos seguros. O Deputado Benedito Dias e a Deputada Ângela Guadagnin fizeram indagações sobre os dois casos. O Sr. Fernando Moreira enfatizou que se anemia falciforme fosse impedimento para que as portadoras engravidassem, a raça negra estaria extinta do Brasil, já que sua incidência é extremamente alta entre a população brasileira.

O Deputado Ivan Paixão teceu inquirições técnicas a respeito de como reduzir mortes por infecção, hemorragia e hipertensão, responsáveis por mais de metade dos casos de morte materna. Em resposta, o Dr. Sérgio acredita que é indispensável introduzir o aspecto de humanização na formação médica. Deve ser enfatizado o risco que representa a gravidez em mulheres falcêmicas. Ressalta a importância de educar a população e os profissionais para identificar os riscos da gravidez, e para consolidar programas de planejamento familiar. Quanto à infecção, salienta a influência dos fatores socioeconômicos e dos riscos sociais que agravam a infecção. As que resultam de abortos são muito mais graves. As hemorragias também têm repercussão menos dramática em mulheres bem nutridas.

A Deputada Yeda Crusius diz que o Rio Grande do Sul recebeu em 2000, um bilhão e 124 milhões do SUS. Indaga se está sendo destinado adequadamente para as questões de saúde da mulher. Acredita que deve ser especificada a necessidade para estas ações sem deixar que falta recurso para as demais. A Presidente indaga sobre o andamento dos casos no Ministério Público, no Conselho de Medicina e a atuação do Comitê de Mortalidade Materna. O caso de Sandra não foi investigado. O caso de Vânia

estava aguardando o relatório da Comissão de Sindicância para dar a forma juridicamente correta para a Justiça.

O Dr. Mário Smith informa que todas as mortes maternas ocorridas em Porto Alegre são analisadas. Acredita que o caso de Vânia seria caso de encaminhamento ao CRM, e que o de Sandra é uma causa indireta. A Deputada Ângela Guadagnin declara que, quando foi prefeita de São José dos Campos, fez um projeto de saúde da mulher, de planejamento familiar, acompanhamento de gravidez de alto risco e indesejadas. Declara-se contra o aborto. O Dr. Mário comentou o perfil das mortes maternas em 1998 e 1999. Refere em 1999 cinco casos de infecção puerperal. Assim, está sendo incentivado o trabalho da comissão de infecção hospitalar. Relata diminuição de mortes por doenças hipertensivas. A Dra. Enid Backes defende o respeito pela decisão individual sobre aborto, e não aceita sua criminalização. Acredita que o dinheiro da saúde é bem aplicado no rio Grande do Sul. No entanto, é necessário maior investimento. Louva a atuação da Bancada Feminina no Congresso.

Em seguida, ocorreu sessão reservada para avaliação do caso de Vânia.

No dia 17 de abril de 2001, a CPI recebeu em Audiência Pública a **Dra. Leda Lúcia Couto Vasconcelos**, Diretora-Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ela iniciou sua explanação definiu quatro linhas de ação como principais.

A primeira é a mais importante, a garantia de assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Este segmento envolve por volta de 75% das causas diretas de óbito materno.

A segunda linha é a prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento de doenças. Isto está relacionado às causas obstétricas indiretas.

A terceira linha é a fiscalização dos que podem estar contribuindo para aumento deste indicador, ou seja, dos prestadores de serviço.

A última questão é a que se refere à fidedignidade dos dados. Comentou o efeito dos dados distorcidos na alteração dos indicadores.

Menciona a classificação da UNICEF – taxa alta, 800/100.000 nascidos vivos, intermediária, entre 100 e 150; baixa, 35 a 70. Em países desenvolvidos, não mais do que 10.

Teceu comentários sobre a saúde suplementar, que, antes da Lei 9.656, de 1998, cujo setor não tinha regulamentação há 40 anos. A lei está coibindo abusos anteriores, limitação das internações e obstáculos ao acesso. A Agência Nacional de Saúde Suplementar é ainda mais recente, do início de 2000. Assim, dispõe ainda de dados muito incipientes.

Quanto à assistência, a Lei 9.656 define que o plano-referência deve incluir os partos, e todas as operadoras têm este tipo de plano. O artigo 18 prevê prioridade para marcação de consultas, exames e outros procedimentos para emergências, urgências, pessoas com mais de 65 anos, gestantes, lactantes e crianças de até 5 anos. Além disto, a mesma lei obriga o atendimento de urgência nos casos de complicação do processo gestacional. Por último, cita a Resolução nº 10, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar, que estabelece que o segmento obstétrico compreende toda a cobertura hospitalar como todos os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto. Esta análise mostra que a legislação engloba a garantia da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Com relação à questão preventiva, a Agência está tentando mudar o foco de ação das operadoras, centradas na doença. Referiu-se à instalação de um “call center” para encaminhar as dúvidas, queixas e questionamentos. Haverá ação conjunta com o Conselho Federal de Medicina, Agência de Vigilância Sanitária, com o Ministério Público e outros órgãos do Ministério da Saúde para resolver as questões encaminhadas.

Informa que até o momento, existe um total de 32 mil planos comercializados. São 19.032 planos ativos com cobertura para obstetrícia. O total de usuários cadastrados até o momento está em 28 milhões. Destes, 5.152.946 têm cobertura para obstetrícia, sendo que 55% são do sexo feminino. De 18 a 49 anos, existem 1.592.010 mulheres. Reconhece que estes dados são extremamente insuficientes. Pretende incluir as informações de óbito no cadastro para facilitar o processo de investigação posterior.

Foram realizadas várias reuniões com o Conselho Federal de Medicina, que resultou em resolução que dispõe sobre a designação de

médico responsável pelo fluxo de informações sobre assistência médica prestada aos usuários dos planos de saúde.

Desta maneira, acredita estar prevendo formas de enfrentar as questões levantadas inicialmente nestas quatro vertentes.

A Deputada Iara Bernardi, presidente da Sessão, pediu esclarecimentos sobre o “call center” e sobre que tipo de dados serão coletados. Indaga ainda se existe dificuldade de fornecimento de informações, por restrição do Conselho Federal de Medicina. A Deputada Celcita Pinheiro solicita aprofundamento a respeito da questão das urgências e da fiscalização. A Deputada Ângela Guadagnin menciona a frequência de denúncias que os planos de saúde têm carência para atendimento à gravidez e ao parto.

Em resposta, a Dra. Leda esclareceu que o “Call center” estará funcionando no fim de maio. Deve haver uma rede secundária de suporte para esclarecer de qualquer forma uma resposta. Isto inclui o suporte de um médico regulador. Será uma rede para disponibilizar informações e esclarecimentos.

Reafirma a questão do sigilo contornada pela Resolução que obriga as operadoras a ter um coordenador médico de informações, que as repassará para os médicos responsáveis. Embora a Deputada Iara Bernardi tenha questionado que os dados seriam estatísticos e não pessoais, a Dra. Lúcia informou ter havido questionamento sobre este envio de dados. Disse ainda que estão sendo selecionados algumas doenças, como câncer de colo uterino e de mama, diabetes, epidemias, para acompanhar as ações de prevenção, que as seguradoras deveriam atender.

A Deputada Almerinda Carvalho mencionou caso ocorrido com se esposo, quando o plano de saúde exigia que fosse transferido de hospital assim que ultrapassou a fase de emergência. A Deputada Iara Bernardi inquiriu sobre o ressarcimento ao SUS por parte das empresas, que constantemente entram com recursos para não fazer este pagamento. Indaga a respeito do atendimento às gestantes, que podem ser atendidas e transferidas para as unidades com quem tem convênio.

A Dra. Leda reconheceu a pertinência das observações e afirmou que o processo de fiscalização será aprimorado. Pretende-se transformar as operadoras dos planos privados de assistência à saúde como os reais

responsáveis pela saúde dos seus beneficiários. A filosofia é a responsabilização das operadoras. Não serão exigidas apenas as garantias financeiras, mas também as assistenciais. Serão estabelecidos parâmetros de qualidade, produção, e eleger algum deles com evento sentinela.

A Deputada Iara Bernardi comentou que os planos privados de saúde são campeões em reclamações. A convidada esclareceu que o setor de telefonia as tem em maior número. Salientou a Deputada Iara Bernardi que a questão da saúde é extremamente mais grave do que não se ter telefone, com o que a depoente concorda. Indagou, ainda, se a agência pretende repassar dados concretos e corretos para os comitês municipais e estaduais de mortalidade materna, que deles necessitam. Perguntou sobre a forma de relacionamento com os municípios, onde as prestadoras atuam e como será a descentralização da agência.

A Dra. Leda acredita ser importante discutir o assunto com o Comitê Nacional. Informa que existe um processo descentralizado através dos núcleos de fiscalização, existentes em cada estado. Os dados coletados, sem identificação das pessoas, serão públicos. Imagina que possa haver integração destes núcleos com os comitês.

A Audiência Pública do dia 25 de abril de 2001 teve como convidado o **Dr. Arlindo de Almeida**, Presidente da ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

Esta associação congrega os planos de saúde de maneira ampla. Eles se expandiram na década de 60, quando a Volkswagen se instalou no Brasil, e São Bernardo do Campo só tinha 6 médicos para atender a milhares de trabalhadores. Formou-se então uma associação de médicos.

As seguradoras trabalham mais à base de custeio de procedimentos, e têm pequena participação no setor. As empresas de medicina de grupo contam com cerca de 850 empresas, têm serviços próprios, mais de 300 hospitais e cerca de 18 milhões de associados. Os serviços de autogestão pública têm cerca de 10 milhões de usuários. No total, são 40 milhões de usuários, $\frac{1}{4}$ da população brasileira. A maior clientela é dos convênios com empresas.

As seguradoras e as medicinas de grupo têm fins lucrativos, e as de autogestão, não.

Referiu-se aos hospitais privados e Santas Casas de Misericórdia, que também criaram seus planos, a maioria coletivos ou com empresas. Existem críticas maiores para planos individuais (20% dos usuários).

Enfatizou a atenção especial dada ao acesso fácil para o atendimento ambulatorial aos usuários, com vistas a evitar complicações que evoluam para a internação. Diz existirem 40 programas de medicina preventiva, como obesidade, hipertensão, pré-natal, programas pré-nupciais, orientação e ações de planejamento familiar. A média é de 10 consultas de pré-natal por gestante, não contando os retornos. Em todos os casos, os partos são hospitalares, são feitos todos os exames recomendados, não existe restrição.

No setor de medicina de grupo ocorrem 330.000 partos por ano. O percentual de cesarianas é de 80%, estando no momento em 62,86%. A tentativa de controle está sendo feita através da conscientização dos profissionais médicos. A prática deriva da conveniência do médico ou da paciente. Pediu alguns dados, e detectou que, em 30.200 partos cujos dados conseguiu recuperar, identificou 9,94 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, um índice que considera aceitável, semelhante ao dos Estados Unidos ou Inglaterra.

A Deputada Ângela Guadagnin indagou sobre convênios para parto e pré-natal. Em resposta, o convidado informou que a maioria dos usuários (32 milhões) pertence a convênios coletivos, que não colocam esta exigência. Nos planos individuais, ela é de 10 meses.

A Deputada Miriam Reid mostrou-se estarrecida com o índice de 62% de cesarianas. Comentou sobre a “cultura da cesárea” e indagou sobre formas de conscientizar pacientes e profissionais do seu risco. O Deputado Ivan Paixão perguntou sobre a remuneração da tabela, citando o caso dos Estados Unidos, que premia os hospitais menos intervencionistas. Indaga se existem estímulos para diminuir o percentual de cesarianas. A Deputada Iara Bernardi indagou sobre a relação com os comitês de mortalidade, se existe a comunicação dos dados.

Em resposta, o Dr. Arlindo informou que as empresas se relacionam através dos hospitais. Sempre há a investigação obrigatória, concordando que o número de cesarianas é assustador. Aventou ainda motivos econômicos que contraindicam a prática, aumentam os custos e os riscos para o

bebê, (também coberto) que pode apresentar prematuridade, síndrome da membrana hialina ou outros distúrbios.

Informou que a maioria dos planos de saúde faz “pacotes” com o mesmo preço para qualquer tipo de parto. Salienta que se o parto for realizado com a equipe de plantão no hospital, aumenta a chance de se ter um parto normal. Por outro lado, se o parto for feito pelo pré-natalista, a tendência é aumentar o número de cesarianas. Refere reclamações das entidades médicas sobre os “pacotes”. O Deputado Ivan Paixão comentou o recurso à cesárea para realizar laqueaduras, aumentando o índice de esterilização. O convidado concorda, lembrando a existência da prática da cobrança por fora. A Deputada Iara Bernardi sugeriu melhorar a notificação do setor de planos privados de saúde.

Em Reunião de Audiência Pública em 8 de maio de 2001 foram ouvidas as **Dras. Solange Bentes Jurema**, Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, e **Clair Castilho**, Conselheira do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

A primeira ressaltou que as mortes maternas acometem “mulheres saudáveis, no auge de suas vidas reprodutivas, com potenciais de vida que são subitamente perdidos com a morte prematura por causa quase sempre evitável”. Isto denota falta de assistência de saúde a tempo e compatível. Salienta a desintegração familiar que a morte materna provoca, e a geração de meninos de rua conseqüente. Chama a atenção para a desigualdade, pois as mortes se concentram nas camadas mais pobres.

Em seguida, a Dra. Clair reconheceu a importância da convocação da CPI para o movimento de mulheres. Comentou aspectos do Dossiê de Mortalidade Materna elaborado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. A morte materna é um indicador sensível das condições de vida da população e reflete a desarticulação, a desorganização e a qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Ressalta a precocidade da iniciação sexual no Brasil, hoje incluindo a faixa de 10 a 15 anos. Ressalta que os índices de morte materna não sofreram alterações, apesar da tecnologia médica, de assistência ao pré-natal, parto e puerpério ter evoluído.

Lembra que a morte materna é a mais subinformada, onde se omite mais ser decorrente de complicações na gestação, parto ou puerpério. Existe ainda o sub-registro do óbito. Enquanto compõe as últimas causas de mortes nos países desenvolvidos, no Brasil, inclui-se entre as dez primeiras.

Enfatiza a participação do aborto como a terceira causa de morte materna. Isto justifica a luta na questão de legalização do aborto e da implementação dos serviços de atendimento ao aborto legal, por estupro e risco iminente de vida para a mãe. A grande participação de causas diretas demonstra assistência de má qualidade.

A oportunidade da atenção é essencial, como o acesso ao serviço de saúde, discutidos na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, surge a questão do aborto como demonstração da falência assistencial, uma vez que o planejamento familiar é direito garantido pela Constituição de 88 e existe lei complementar a regulamentar os procedimentos. Além disto, resta a analisar a influência da cesariana no país. Ela é utilizada como forma de realizar laqueadura tubária. O momento do parto não é determinado de forma natural, ele é acordado segundo necessidades ou decisões do hospital, médico, enfermagem, entre outras coisas.

Os fatores que contribuem para a morte materna são orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais. Menciona a idade materna, assistência pré-natal e qualidade da assistência, referência e contra-referência e via de parto. As multíparas com mais de 35 anos são mais propensas às síndromes hemorrágicas. A maior parte das mulheres que morrem de morte materna fizeram pré-natal. 56,5% compareceram, contra 17,4% que não fizeram. Então, conclui-se que a qualidade da assistência é um ponto básico a reformular, e depende da instituição e do profissional que presta o atendimento. Menciona a dificuldade de obtenção de sangue e derivados como despreparo das instituições. Existe uma grande lacuna na formação obstétrica, especialmente na formação obstétrica básica, existe uma medicalização e sofisticação tecnológica para casos raros. A linha básica de atendimento é encarada com descaso na formação de recursos humanos para a saúde. As escolas médicas e de enfermagem devem rever o conteúdo de obstetrícia. Os procedimentos básicos não estão sendo ensinados. Falta pessoal qualificado para evitar morte por hemorragia na duas horas após o parto, falta de pessoal, de equipamento, de comissões de infecção hospitalar, de atendimento de qualidade e de acesso. Conclui-se que falta implementação da rede de saúde.

Comenta a Recomendação ° 3, de 4 de abril de 2001, do Conselho Nacional de Saúde, no sentido de realizar seminário sobre política de anticoncepção no SUS.

Em seguida, a Deputada Jandira Feghali indaga a visão do Conselho sobre a política de gênero em saúde, sobre a realidade concreta do Brasil. Quer uma análise das políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

A Dra. Solange Bentes Jurema constata a dificuldade de se fazer com que projetos e políticas cheguem na ponta do Município. Existe a intenção política de fato, existem os planos, mas estas políticas enfrentam dificuldade de chegar aos municípios. Não sabe qual a repercussão ou o estágio atual. Acredita que deve incentivar o funcionamento articulado dos conselhos para fiscalizar as políticas do interesse das mulheres.

A Dra. Clair Castilho analisa a causa do entrave para as políticas públicas, e por que não ocorre o atendimento à saúde da mulher no nosso país. Aponta a influência do Banco Mundial na definição das estratégias. Um de seus documentos de 1993, "Investindo em Saúde" recomenda um pacote de ações para países de renda média, como o nosso, do qual constam atividades básicas em relação à saúde da mulher, como planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico-uterino. Para o adulto, ações basicamente educativas para hipertensão e diabetes. Para as crianças, as doenças respiratórias no inverno, as gastroenterites no verão, vacinação. Estas são as ações constantes no Orçamento do Ministério da Saúde. Ele cumpre um receituário que não foi determinado pelo perfil epidemiológico da população brasileira, que deveria ser o principal instrumento para planejamento em saúde. As ações, assim, são focalizadas, fragmentadas, para resolver alguns casos emergenciais.

Por este motivo, não se consegue implantar o PAISM. As ações de saúde da mulher estão sendo diluídas dentro do Programa de Saúde da Família, que é apresentado como estruturante do SUS, quando não é. Ele não permite a construir a rede básica de atenção, pois pode funcionar em qualquer lugar.

O SUS, entretanto, depende de estruturação da rede básica, da territorialização, do agendamento das consultas, dos sistemas locais de saúde com referência e contra-referência. É necessário o acompanhamento e avaliação dos índices de morbimortalidade, locais, regionais e nacionais. Não se consegue

fazer isso porque existe apenas um conjunto de ações fragmentadas. O foco é o município, porém não existem diretrizes nacionais para orientar sua ação. É possível que cada um deles faça saúde da mulher de um jeito, ou notificando doenças de outro, fazendo vigilância epidemiológica somente para outras.

O Estado não tem funcionado adequadamente como instância intermediária na rede de cumprimento de diretrizes do SUS, simplesmente repassa verbas e faz coisas pontuais. O país sofre de uma perversão absoluta, pois, em vez da política econômica ser subordinada às sociais, as verdadeiras razões de ser do Estado, elas é que se subordinam à política econômica. Somente o pagamento dos encargos financeiros da União, que são o serviço e os juros da dívida representam 144 bilhões de reais, 39% do Orçamento Geral da União. Este encargo financeiro, que não paga o principal da dívida, sozinho, representa sete anos do orçamento total do Ministério da Saúde.

O Programa Saúde da Família é um programa focalizado, pois prioriza populações de risco, de baixa renda. Como elas estão sendo a maioria, ele vai ser universalizado. Então, sua focalização se dará através da diminuição da oferta de serviços. Aí, podem desaparecer as principais ações de saúde da mulher.

É imperioso se debater a questão da política do Governo na questão econômica que impede a implementação das políticas sociais. Existem impedimentos antropológicos e culturais na questão, e uma das mais brutais é o patriarcalismo, a expropriação do corpo da mulher pelo complexo médico-industrial-hospitalar e a medicalização do corpo feminino.

A Deputada Jandira Feghali comentou que a análise do orçamento da saúde comparada ao PIB e ao incremento de arrecadação de contribuições sociais e impostos. O orçamento é decrescente, apesar de ser um pouco maior em números absolutos. Questiona a existência de programas de governo ou apenas de campanhas focalizadas.

Em resposta, a Dr. Clair declara que o que existe concretamente como programa de saúde são os pontos receitados pelo Banco Mundial. O Programa Saúde da Família não é estruturante, mas um programa vertical. E está ocorrendo a perda de espaço e de abrangência. Esta Relatoria teceu comentários sobre a influência do Banco Mundial sobre as decisões brasileiras. A Dra. Solange informa a reivindicação de se expandir o contingente

técnico do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, que conta apenas com dez técnicas e três consultoras. No Chile, por exemplo, existe o Ministério da Mulher, com quatrocentos funcionários, e no de Costa Rica, noventa.

A Dra. Clair salienta o caráter pluripartidário da CPI e do movimento feminista. O feminismo é um movimento político que visa a libertar o feminino. A saúde é questão fundamental. As mulheres são colocadas como cidadãs de segunda classe, que não têm direito a ter direitos.

A convidada para a Audiência Pública do dia 9 de maio de 2001 foi a **Dra. Ana Maria Costa**, Coordenadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Na oportunidade, apresentou uma pesquisa de avaliação nacional sobre a assistência à saúde das mulheres. Sua finalidade é suprir a sociedade de informações que subsidiem processos de intervenção e de redirecionamento de práticas. A amostra estudada foi de 113 municípios.

Referiu-se inicialmente à concentração de consultas no pré-natal, que consiste no número de consultas feitas durante o período gestacional. Refere o aumento de consultas em 98 em virtude da inclusão do piso de atenção básico, o PAB. O número médio de consultas por mulher aumentou entre 1995 e 1998. Ocorreu aumento de 4.2 na oferta de consulta pré-natal. Este número se mantém constante na Região Norte e aumentou nas outras regiões. Quanto aos demais procedimentos com consultas de enfermagem, exames laboratoriais, práticas educativas, eles aumentaram em quase seis vezes.

Uma constatação das mais relevantes é o fato de que as mulheres comparecem ao pré-natal, e o fazem antes dos 3 meses, 66% das mulheres chegam ao serviço antes dos 3 meses de gravidez. Agregando o início aos 4 a 6 meses, a quantidade é de quase 80% delas chegando a tempo de sofrer alguma intervenção. Segundo o IBGE, o número de visitas é alta, em mais do que 4. A população rural comparece aos serviços, embora com menos intensidade que a urbana, mas busca o parto institucional.

Empregando os fatores de correção de 3 ou 2,5 os óbitos maternos chegam a 150 por cem mil nascidos vivos. Houve um decréscimo em todas as regiões, mantendo-se nas regiões Centro-Oeste e Sul.

Analisando o perfil de mulheres com alto risco para morte materna, que são as que têm 6 filhos ou mais. As mulheres no pré-natal têm mais contato com o médico que com a enfermeira. Isto demonstra a subutilização

desta profissional pelo sistema de saúde. O acesso ao médico aumenta segundo o grau de educação, até atingir a exclusividade em detrimento dos outros profissionais.

O parto é um evento institucionalizado e mais realizado por médicos. Eles se incorporam de forma maciça no setor público, como técnicos e enfermeiros, de 80 a 92. Porém, a seguir, a incorporação se faz no setor privado. Fala sobre o número de atividades dos médicos, 30%, três, 28%, mais de quatro, 58%, mais de três. Somente 16% dos médicos brasileiros têm apenas uma atividade. Ressalta a questão da sobrevivência do profissional médico.

Na Região Norte existem 6.344 médicos, 77% deles nas capitais. No Nordeste são mais de trinta mil, 75% nas capitais. A Região Sudeste concentra 59% do total de médicos brasileiros, também concentrados em capitais. No Centro-Oeste, que tem somente 6,3% dos médicos brasileiros, o mesmo ocorre. 61% dos médicos brasileiros estão nas capitais.

Analisando o perfil dos especialistas envolvidos no óbito materno, clínicos gerais, medicina interna, médico geral e comunitário e gineco-obstetra, informa que 3,3% dos médicos especializados em medicina interna na região Norte. Os clínicos estão no Sudeste, bem como os médicos ginecologistas-obstetras e os de medicina geral e comunitária. Os obstetras praticamente não existem na Região Norte. Os cardiologistas, os intensivistas predominam também no Sudeste. Os infectologistas, no entanto, apesar de também concentrados no Sudeste, também são mais freqüentes no Norte. Já os hematologistas e cirurgiões-gerais também se concentram no Sudeste. Conclui mostrando a necessidade de redimensionar os recursos humanos em saúde, garantindo ao cidadão acesso às diversas especialidades médicas e aos diversos serviços.

Comenta, a seguir, a necessidade de se avançar no conceito de óbito materno, incluindo a questão da violência. Propõe a adoção de caráter mais permanente de gestão dos Comitês de Morte Materna, articulados com os processos de controle social, fortalecendo a intervenção dos Conselhos de Saúde na questão. Eles devem abandonar o caráter eminentemente técnico. Enfatiza que a melhora da notificação não tem sido homogênea no país, mas restrita a gestões mais comprometidas com a saúde. Sugere que a CPI proponha uma melhora no sistema de informações, inclusive realizando a vigilância sistemática de óbito das mulheres.

Chama a atenção para o aborto como realidade oculta. Menciona estudos de Salvador e Pernambuco, que reforça o seu status de primeira causa de óbito de mulheres. Citando o Comitê de Salvador, enfatiza que a investigação identificou quatro vezes mais casos de morte materna que os notificados. Reforça a deficiência das práticas contraceptivas e o pouco acesso aos serviços de saúde como Indutores do aborto.

Esta Relatoria salientou a desigualdade regional, sempre a Região Norte como a que sofre as maiores dificuldades. A Deputada Ângela Guadagnin aponta os fatores de risco de baixa escolaridade e renda. Comenta o mau atendimento pré-natal em virtude do alto número de consultas e o alto número de eclâmpsias. A Deputada Celcita Pinheiro tece comentários a respeito da importância da educação para a construção da cidadania. Traça paralelos com a dificuldade do financiamento. Reforça a importância das políticas públicas.

Em suas palavras finais, a Dra. Ana Costa lamenta a banalização da morte materna como inerente à maternidade e a pouca divulgação dada pela mídia à CPI.

CAPÍTULO X - CONCLUSÕES

A mortalidade materna deve ser encarada como afronta a um direito humano. Isto porque ela pode ser facilmente modificada com a adoção de estratégias pouco dispendiosas e, no mais das vezes, óbvias. Pelo mundo todo, o padrão de seus determinantes se reproduz.

Por não se tratar de um problema exclusivo da área de saúde, e sim uma questão social extremamente ampla, as estratégias identificadas para combatê-la envolvem várias frentes.

Primeiro, sua redução passa pelo reconhecimento e valorização da mulher na sociedade. No desenrolar dos trabalhos da CPI e o aprofundamento das reflexões, as questões foram se tornando mais complexas. Como diz Carlos Matus, “por que aceitamos a marginalidade como um sistema de vida, como parte da paisagem social? Como nasce a crise da família? Como é gerada a cultura de um povo? Por que se produz o desequilíbrio entre acumulação econômica e acumulação cultural? Por que um grande percentual da população, que é marginal, não tem peso político, se o sistema é democrático? Qual o alcance da nossa democracia?”. Estas reflexões são perfeitamente aplicáveis à situação que estudamos durante este mais de ano de trabalho.

Ficou evidente que as vítimas são, em sua maioria, como em todo o mundo, mulheres de baixa renda e pouca escolaridade. É primordial que todas as iniciativas de erradicação da pobreza tenham reforço para alcançar o sucesso. Do mesmo modo, a erradicação do analfabetismo e o acesso amplo à educação redundam em benefícios inquestionáveis. A ponderação desfavorável desta balança para o segmento feminino reflete a correlação de forças que prevalece em nossa sociedade. É fundamental que as mulheres tenham acesso à sua condição de cidadãs em plenitude.

Nossa obrigação é identificar formas de combater estas distorções. Para isso, são necessárias intervenções sanitárias, educacionais e sócio-econômicas, medidas mais eficazes quando implementadas simultaneamente. Temos claro que a CPI sozinha não tem como promover a mudança social profunda que é necessária para se eliminar a pobreza, a

desigualdade, a exclusão, a violência. Mas nosso trabalho de conscientização será uma ferramenta valiosíssima para alavancar este processo. Como citou a Dra. Regina Nogueira em Audiência Pública, segundo Foucault, o primeiro ponto para se poder tratar as questões é reconhecê-las. Estamos, sim, trabalhando neste sentido. Este aprimoramento do panorama nacional de mortes maternas é um objetivo constante que permeou todas as nossas discussões.

No mundo, como um todo, um quarto das mortes decorre de hemorragias pós-parto. Infecções somam 15%; complicações de aborto, 13%; distúrbios hipertensivos, 12%; trabalho de parto prolongado, 8%. 20% são devidas a causas preexistentes, ou indiretas, sendo algumas das mais importantes, a anemia, malária, hepatite, cardiopatias e Aids. Destas mortes, 90% são evitáveis, e, em sua maioria, por meio de uma melhor assistência à saúde. Conclui-se que o melhor acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério é essencial.

Isto reforça a importância de ser resgatado o enfoque da atenção integral à saúde da mulher, como já se propôs desde o surgimento do PAISM, criado há mais de quinze anos, e que nunca alcançou o impacto esperado por desinteresse absoluto em sua implementação.

A inclusão da saúde da mulher em atividades como Programa Saúde da Família ou Agentes Comunitários deve ser um reforço, mais um instrumento para promover o acompanhamento mais próximo e de aumentar as chances do encaminhamento aos serviços de forma precoce. Não pode, de forma alguma, ser encarado como panacéia ou substituto para ações regulares de saúde integral, estas, ainda, dependentes de uma ampla organização dos serviços.

Esta estratégia ajuda, mas é paliativa. O Sistema Único de Saúde precisa ser estruturado, equipado e capacitado para prestar atendimento pleno e de qualidade para todos os cidadãos. No que diz respeito à Saúde da Mulher, é essencial que se resgatem as premissas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, incorporando-as à atenção prestada em todos os níveis do sistema.

A pouca renda implica má qualidade de vida. A falta de saneamento básico, a má alimentação, levando a déficits nutricionais e anemia, a pouca disponibilidade de dinheiro para o transporte até os serviços de saúde

criam um ambiente adverso para a gestação. Crescimento econômico desigual, pouca oportunidades de emprego, exclusão social – estes são fatores que surgiram com clareza influenciando o panorama das mortes maternas.

Por outro lado, hábitos como tabagismo e etilismo, o aumento da violência contra a mulher e a incidência de outras doenças, muitas das quais preveníveis, como malária, Aids e doenças sexualmente transmissíveis, traduzem um risco maior para a morte para a mãe e seu filho, e são sensíveis à intervenção.

As medidas propostas pelo Ministério da Saúde enfocam adequadamente muitos dos problemas básicos envolvidos. Porém, não deve haver solução de continuidade entre ações em desenvolvimento. A falta de continuidade em todos os níveis tem reflexos extremamente prejudiciais sobre qualquer programa implantado. Elas precisam ser permanentes. A capacidade dos municípios absorverem a atenção à saúde deve ser considerada e o suporte para que possam desenvolver suas ações da forma ideal deve ser permanente.

O impacto de medidas acertadas para serem adotadas por uma rede desarticulada e despreparada para absorver estas normas pode redundar inexistente. O apoio aos gestores locais para assumirem a condução da saúde é essencial, não apenas sob o ponto de vista técnico, mas segundo aspectos gerenciais.

Por exemplo, o caso dos manuais de urgência e emergência materna. Houve grande dificuldade de fazer com que eles chegassem a todos os médicos que atendem mulheres no Brasil. A identificação de entraves operacionais como este é muito importante para aprimorar o funcionamento pleno do sistema. Acreditamos até que, por sua dificuldade de serem contactados, estes profissionais seguramente necessitam muito mais destes manuais do que os especialistas, que mantêm contato regular com sua Sociedade, e terão imenso ganho com sua leitura.

A descontinuidade política nas administrações municipais desmantela programas em andamento, muitos deles com excelentes resultados e grande aderência da população. O interesse da comunidade deve se sobrepor à rivalidade partidária ou a conflitos entre administrações que se sucedem.

Surge como complicador a dificuldade em incorporar novas ações, especialmente em saúde e educação. A formação do profissional médico

deve ser voltada para as necessidades do país, para a humanização do atendimento, para a priorização da ética no exercício da profissão.

O treinamento dos profissionais envolvidos com o atendimento na rede de saúde deve ser cuidadoso, com ênfase tanto nos aspectos técnicos como éticos. Isto envolve desde o atendimento humanizado até o cumprimento de rotinas como preenchimento de prontuários e de documentos como cartão da gestante e atestados de óbito.

A falta de mecanismos de avaliação e controle por parte dos gestores é prejudicial ao SUS. Devem ser estabelecidos parâmetros para aferir os progressos e acompanhar as mudanças em eventos selecionados, especialmente no que se refere à morte materna. A morte perinatal também deve ser monitorada, promovendo-se acompanhamento em conjunto.

É necessário garantir recursos para equipamentos, organização da logística de transporte e de localização de vagas, além da disponibilização adequada de recursos como bancos de sangue e Unidades de Terapia Intensiva para adultos e neonatos.

O aborto clandestino surge como consequência da discussão ampla sobre a falta de um planejamento familiar no país. O acesso aos diversos métodos de anticoncepção e a informações sobre seu uso correto devem ser franqueados a toda a população que demande, com a maior urgência.

Neste esforço para reduzir a gravidez na adolescência, uma grande causa de morte materna e de abortos (além do aumento do risco de transmissão de AIDS), vemos como imprescindível a atuação da escola, levando conhecimentos sobre saúde reprodutiva como conteúdos transversais do ensino.

A divulgação sobre o direito à assistência pré-natal de qualidade é essencial. Sugere-se a adoção de divulgação permanente nos diversos meios de comunicação – além de outros veículos - sobre rotinas de um pré-natal de qualidade, sinais de alerta para a gestante e meios de encaminhar denúncias ou reclamações.

Por isso, recomenda-se aos Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e aos Conselhos Regionais que zelem efetivamente pelo cumprimento de disposições legais e éticas que determinam, em primeiro lugar, um atendimento humano, além de fugir da negligência, imperícia ou imprudência.

No caso das mortes maternas, ocorrem casos de negligência e imperícia. Pesa também a omissão no preenchimento correto dos prontuários, dos atestados de óbito, que causam prejuízo no acompanhamento destes óbitos, e são também infrações tanto legais quanto éticas. A este propósito, para garantir a qualidade do preenchimento das declarações de nascidos vivos e a qualidade e rapidez no encaminhamento das declarações de óbito, a CPI apresenta dois Projetos de Lei, em anexo.

A qualidade das escolas que formam médicos e enfermeiros deve ser revista, excluindo-se as pouco qualificadas. O aparelho formador deve proceder à reformulação de suas premissas de ensino, privilegiando dotar o país de profissionais sintonizados com as necessidades brasileiras. A ênfase na especialização e na tecnologia deve ser dada por fases posteriores da formação, especialmente na Residência Médica. Entendemos que a formação básica já é extremamente extensa e deve ser sólida, inicialmente, nas quatro áreas básicas.

Recentemente, o Ministério da Educação decidiu, por Portaria do Ministro, suspender temporariamente o recebimento de pedidos de credenciamento de instituições de ensino superior; autorização de cursos superiores e de habilitações; remanejamento de vagas e autorização de campus e cursos fora da sede. Este é um primeiro passo importante para possibilitar um aprimoramento da qualidade da formação que se oferece no país.

Além disto, deve ser dada ênfase à formação e capacitação de enfermeiros obstétricos. É de grande valia o treinamento de enfermeiros obstétricos para a humanização do pré-natal e parto. No entanto, o número destes profissionais ainda está longe de ser o ideal. Algumas iniciativas têm mostrado bons resultados, como treinar parteiras práticas. Reconhece-se que, enquanto não se atinge o ideal, deve-se melhorar ao máximo o recurso disponível e possível no momento. Isto foi bem ilustrado com a experiência das Parteiras da Floresta. O projeto procura proporcionar a capacitação possível a um contingente extremamente precário, porém disponível. Com entusiasmo, têm sido obtido um progresso em seu treinamento. No entanto, a luta por conseguir quadros realmente de qualidade técnica não pode ser abandonada.

A falta de profissionais em áreas rurais suscitou a discussão sobre formas de melhor distribuí-los no país. O Ministério da Saúde lançou o programa de interiorização para médicos e enfermeiros. Uma das propostas

interessantes também é a prestação de serviço civil para os recém-formados. Existem proposições neste sentido em tramitação, e a CPI pede urgência para sua apreciação.

A valorização dos profissionais de saúde deve ser contemplada. Os trabalhadores de saúde devem receber remuneração adequada e receber instruções e insumos suficientes para o bom desempenho de suas tarefas. Isto pressupõe melhor nível de remuneração, que certamente produzirá uma necessidade menor de dupla (ou múltipla) militância por parte dos médicos. A revisão dos valores pagos pelos procedimentos também é primordial para que o sistema consiga o equilíbrio. A falta de reajuste nos valores da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde é um entrave dos mais expressivos na consecução dos objetivos de qualidade no atendimento.

Há necessidade de se assegurar a disponibilidade de recursos (medicamentos, exames, transporte, sangue, pessoal), instrumentos (desde balanças e esfigmomanômetros até aparelhos de ultrassonografia) e instalações (UTIs, leitos, salas de parto) para o atendimento adequado. É essencial que se fortaleçam os bancos de sangue e se reforce o estímulo à doação.

O afluxo de pacientes de outros municípios (ou das periferias) e de outros estados para centros melhor equipados acarreta transtornos para a programação de atendimento. A discussão das formas de compensar este atendimento precisa ser melhor definida no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Deve ser estimulada a formação de consórcios para que sejam supridas estas deficiências. O sistema de referência e as centrais de vagas são imprescindíveis para organizar o atendimento à parturiente ou à gestante de risco.

Outra preocupação prática associada é facultar transporte para acesso aos serviços do pré-natal e à maternidade. Um dos grandes problemas levantados para o acesso aos serviços é a dificuldade de transporte. É importante que se visualize uma forma de equacionar o problema de acordo com as peculiaridades de cada local.

O trabalho dos Comitês de Morte Materna está se mostrando sumamente importante para desvendar a trama das mortes maternas. No momento, sua atuação é essencial, inclusive na ação política e na

mobilização da sociedade. Enquanto o sistema de vigilância não for confiável, o que deve levar muitos anos para acontecer, a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil é instrumento indispensável para, melhor conhecendo o problema, traçar estratégias de alcance cada vez maior. No momento, a atuação dos Comitês é muito pontual e precisa ser estendida para todo o país. Apresentamos como sugestão que eles ampliem o escopo de sua investigação, incorporando as mortes neonatais e as seqüelas provocadas nas parturientes. Isto resultará no embasamento dos serviços oferecidos, e na identificação e punição dos responsáveis pelas mortes maternas.

Por outro lado, o caráter não punitivo torna sua ação mais frágil. A maior interação com o Ministério Público pode ser uma solução para punir os erros e reparar – na medida do possível - os danos. Esta discussão esbarra no problema da concepção original destes Comitês como educativos.

O controle social é ferramenta imprescindível para a consolidação de um sistema democrático. Deve ser priorizada a capacitação dos Conselheiros de Saúde para uma participação cada vez mais consciente. É importante que os Comitês de Morte Materna integrem os Conselhos de Saúde.

A comunidade deve contar com instâncias onde possa apresentar suas reivindicações e queixas. Existe a sugestão de se instalar ouvidorias no SUS, ligadas aos Conselhos. Elas podem ser criadas também nas unidades assistenciais. Existe iniciativa parlamentar a respeito de Ouvidorias do SUS, para a qual pediremos urgência.

O Ministério da Saúde vem realizando avaliação dos serviços prestados aos usuários de forma amostral, o que tem produzido bons resultados em termos de combate às fraudes. Recebemos informações sobre as irregularidades apontadas e sobre as providências que foram adotadas, especialmente o encaminhamento ao Ministério Público.

Deve ser criado um mecanismo de proteção aos órfãos por causas maternas, com vistas a evitar a desagregação da família, que sempre se observada nesta situação. Do mesmo modo, pode ser considerada a criação de mecanismos de proteção à gestante de risco pelas áreas de assistência Social.

Deve ser exigida a implantação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar como forma de reduzir as complicações por infecção

secundária, que, com freqüência, levam à morte, em todas as unidades do país, sob pena de descredenciamento do SUS.

A discussão de formas de reduzir a violência assume relevância significativa. Particularmente no que diz respeito à mulher gestante, a covardia destes ataques causa revolta ainda maior. Outra questão que sugere o abandono moral e material das vítimas de morte materna é a característica de grande parte delas ser solteira e não ter companheiro fixo, além de serem chefes de família e auferirem renda irrisória.

Podemos observar facilmente que a legislação brasileira já reconhece os direitos básicos relativos à maternidade e os que constam dos acordos internacionais ratificados pelo Brasil. O problema aparece quando se olha para a implementação de medidas efetivas que garantam o cumprimento de direitos sociais constantes desses textos, como nutrição adequada, assistência médica e hospitalar eficiente e mesmo o direito à informação sobre os direitos reconhecidos. Ou seja, são dois campos deficientes: políticas públicas e divulgação de informações.

Devemos acrescentar que, no âmbito das relações exteriores do Brasil, a Organização das Nações Unidas, através de suas diferentes agências especializadas, disponibiliza recursos financeiros para a aplicação em programas de saúde e educação. São fundos liberados mediante a apresentação de programas específicos. Também nesse caso, a deficiência maior que se percebe é a ausência de informações transparentes sobre quais os fundos internacionais que o País hoje recebe e como são aplicados.

Este Relatório foi amplamente debatido. Sua repercussão e a conquista do que foi proposto dependem visceralmente da adesão maciça de toda a sociedade. Este movimento é que conferirá força e legitimidade às nossas conclusões e reforçará a necessidade de que sejam adotadas as iniciativas sugeridas para reduzir a morte das mães brasileiras. O encaminhamento a diversas instâncias certamente repercutirá muito positivamente sobre o drama da morte materna.

Já foi dito incontáveis vezes que o esforço para evitar estes óbitos tem custo baixo e um retorno social imenso. Não precisamos mais nada para apostar na importância de nossa atividade.

Quanto aos casos de morte e o caso da gravíssima seqüela deixada, apreciados por esta CPI, consideramos que ilustram bem a profunda repercussão destas ocorrências sobre a estrutura familiar. Os depoimentos foram chocantes. A avaliação de inúmeros registros de atendimentos prestados em unidades de assistência pôde, também, desvendar situações de negligência absoluta, a falta de comprometimento com a ética e com o respeito à vida, e, muitas vezes, um profundo desconhecimento de rotinas essenciais para conduzir desde questões banais até condições de extrema gravidade. O despreparo dos profissionais ficou patente pela análise dos documentos que eles próprios produzem e que chegaram às nossas mãos. É indispensável que, não apenas os casos que puderam ser divulgados, como todos os demais, sejam investigados à exaustão, possibilitando servirem de exemplo e de aprendizado para que outros episódios semelhantes não venham a ocorrer. Da mesma forma, a identificação dos culpados e a correção dos fatores deficientes, bem como a punição dos responsáveis são passos essenciais para consolidar a política de se evitar as mortes maternas no Brasil.

Sentimos, também, que as esferas de atuação para resolver o problema são diferenciadas. As mudanças mais profundas, que implicam uma reestruturação da sociedade, sem dúvida nenhuma, serão alcançadas somente com a soma de muitos outros esforços, uma vez que derivam de condicionantes históricos. O nosso trabalho será somado a este esforço.

Reconhecemos, no entanto, que reduzir somente àquelas inevitáveis todo o contingente de mortes maternas que acontecem no país depende do desenvolvimento social, da eliminação da miséria, da melhora da qualidade de vida, de renda, de emprego, de nutrição, de educação. Depende, essencialmente, do reconhecimento do valor da mulher na sociedade e da atribuição a ela de poder e de cidadania.

Muito importante, ainda, é que se enfatize que, para que se alcance este objetivo, fundamental é que exista a determinação política para fazê-lo, com a implementação de políticas públicas de saúde e a alocação de recursos para conduzi-las.

RECOMENDAÇÕES DA CPI

Diante de todas as avaliações aqui apresentadas, sugerimos aos Parlamentares integrantes desta CPI que este Relatório seja encaminhado às instâncias competentes, para conhecimento e adoção de providências. Encaminhamos, também, sob a forma de Indicação, as recomendações aqui listadas aos órgãos competentes do Poder Executivo Federal. São eles:

- 1. Presidência da República;**
- 2. Ministério da Saúde;**
- 3. Ministério da Educação;**
- 4. Ministério da Previdência e Assistência Social;**
- 5. Ministério da Justiça;**
- 6. Ministério Público da União.**

Para conhecimento, divulgação e adoção de medidas:

- 7. Gestores estaduais e municipais de saúde;**
- 8. Conselhos Federal e Regionais de Medicina;**
- 9. Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem;**
- 10. Conselho Nacional de Saúde;**
- 11. Mesa da Câmara dos Deputados;**
- 12. Mesa do Senado Federal;**
- 13. Comissão de Seguridade Social e Família.**

1. Presidência da República

Conferir à saúde a prioridade que ela merece, inclusive na alocação de recursos suficientes. A retribuição pela prestação de serviços é irrisória e constitui uma das causas maiores do desinteresse na prestação de serviços à população. A saúde é prioridade eleita na Constituição, e deve ser apoiada com a garantia dos recursos necessários para desenvolver suas ações na extensão prevista na Carta Magna.

Definir políticas públicas que assegurem efetivamente os direitos reconhecidos em acordos e declarações internacionais assinadas pelo Brasil.

Promover o combate intensivo e sistemático à violência.

Não ratificar a Convenção no. 183 da OIT.

Promover a ampla divulgação dos atos internacionais que o Brasil assina, tanto os de caráter vinculante quanto as declarações.

Desenvolver programas que garantam à mulher uma nutrição adequada durante a gravidez e a amamentação, conforme dispõe a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, uma inserção adequada na sociedade, proporcionando educação, assistência social e oportunidades de trabalho.

Identificar os grupos de maior vulnerabilidade para que constituam prioridade nas políticas públicas de saúde, assistência e educação.

Dar efetividade e publicidade aos programas de redução da mortalidade materna, estabelecendo prazos para o cumprimento das metas estabelecidas nos compromissos políticos firmados nas conferências internacionais. Divulgar e garantir os direitos da população aos métodos de planejamento familiar e à assistência pré-natal.

Dar publicidade aos recursos internacionais recebidos (fontes e valor recebido) e à sua forma de aplicação, quanto a programas em desenvolvimento e metas estabelecidas.

Realizar campanha nacional de divulgação do princípio

básico que norteia todos os compromissos internacionais sobre a matéria: a reprodução é uma função social que deve ser protegida pela sociedade.

2 . Ao Ministério da Saúde

A necessidade óbvia de mais recursos para a saúde é um ponto convergente de todas as declarações e de todas as situações estudadas. Porém, tendo em vista as limitações que o Governo vem enfrentando em ampliar suas fontes permanentes de recursos, impõe-se que se atue no sentido de evitar o desperdício dos recursos existentes, tanto pela racionalização de procedimento quanto pelo combate sistemático às ações estabelecidas com o propósito de lesar o Erário.

Em paralelo a este combate ao desperdício e às fraudes, o aumento real de recursos é necessidade real e sentida por todas as esferas que trabalham no setor saúde brasileiro.

É urgente o reajuste da Tabela de Procedimentos do SUS e a atualização do valor dos tetos da municipalização. Os valores irrisórios expõem os usuários do SUS a um paradoxo de ter direito garantido mas não financiado, à discriminação e ao desamparo.

Devem ser garantidos os recursos necessários para a condução das questões de saúde sem soluções de continuidade.

Viabilizar a consolidação das estratégias em andamento para que não sejam interrompidas em face de novas orientações políticas. Assegurar a permanência das políticas instituídas para que não exista retrocesso nas conquistas já alcançadas.

Intensificar o estímulo à implantação de Comitês de Morte Materna em todos os estados e municípios. Acreditamos ser interessante associar a ele o estudo das mortes neonatais, de causas comuns às mortes maternas - principalmente por assistência de má qualidade, e o das seqüelas produzidas em parturientes ou neonatos em decorrência de falhas no atendimento.

Retomar com urgência as concepções do PAISM, resgatando a visão integral das necessidades femininas.

Agilizar o fornecimento dos métodos e a capacitação das unidades para conferir a atenção necessária para todas as usuárias do SUS, priorizando o planejamento familiar como instrumento indispensável para evitar a morte materna e a ocorrência de aborto.

Facilitar o acesso aos métodos de esterilização cirúrgica masculina – vasectomia.

Tornar mais transparentes as ações que desenvolve, mantendo detalhamento apropriado para possibilitar a identificação dos gastos orçamentários com ações dirigidas à mulher, à criança, e, principalmente, permitindo avaliar a execução e os resultados destas ações.

Criar um serviço de Disque-Denúncia para Mortalidade Materna, Perinatal e seqüelas de partos, uma vez que não existem ainda Comitês de Morte Materna funcionando em todas as cidades.

Divulgar os resultados do último Fórum Nacional de Morte Materna e definir e divulgar a data do próximo, uma vez que se prevê sua realização de dois em dois anos.

Apoiar o aprimoramento dos sistemas de referência nos níveis de maior complexidade.

Apoiar o fortalecimento e o equipamento da hemorrede e das unidades de cuidados intensivos.

Exigir a formação e funcionamento de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todas as unidades assistenciais, sujeitando aquelas que descumprirem ao descredenciamento do SUS.

Aprimorar as formas de compensação entre os municípios que absorvem a demanda dos demais, estimular a formação de consórcios.

Intensificar a parceria com sociedades profissionais, inclusive a FEBRASGO – Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – para apoiar a formação e capacitação de profissionais no país, inclusive financiando a realização de cursos.

Criar rubrica específica para capacitação da equipe de saúde diversa do repasse da municipalização.

Estimular o aprimoramento de questões gerenciais do Sistema Único de Saúde, como aquisição de medicamentos e equipamentos, garantindo a qualidade e constância de oferta.

Aprimorar sistemas de avaliação de qualidade e desempenho da assistência prestada pelo setor privado e planos de saúde. O atendimento deve ser fiscalizado, inclusive quanto à altíssima taxa de cesarianas.

Apoiar a formação e capacitação de enfermeiros obstétricos e ampliar sua atuação no SUS.

Distribuir os manuais técnicos e normas de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, inclusive de risco, para todas as equipes de profissionais de saúde.

Enfatizar a capacitação de profissionais de saúde e dos membros dos Conselhos de Saúde.

Incluir na rotina mais uma consulta de puerpério para avaliar o pós-parto, determinar o risco reprodutivo e aconselhar o método anticoncepcional adequado.

Definir rotinas para acompanhamento e detecção de hemorragias nas duas primeiras horas após o parto.

Identificar fatores de risco para chamar a atenção junto aos profissionais de saúde. Como exemplo, mencionamos a anemia falciforme e a malária, ainda bastante negligenciadas.

Apoiar a execução de ações que organizem o acesso aos serviços, como a criação de centrais de vagas, aquisição de meios de transporte que possibilitem o deslocamento entre o domicílio das parturientes ou entre unidades para referência.

Apoiar a definição da rede de referência para gravidez de alto risco.

Enfatizar a importância de se promover a busca ativa e vigilância dos casos de risco, além de gestantes e puérperas.

Aperfeiçoar a formação de gerentes e promover o desenvolvimento organizacional da rede pública de saúde.

Monitorar a qualidade do atendimento, inclusive no setor privado e nos planos de saúde.

Exigir que a morte materna seja evento de notificação compulsória, aplicando sanções para a desobediência.

Divulgar com maior abrangência os dados sobre Casas de Parto e enfermeiros obstétricos atuantes no país, para que se possa avaliar melhor as vantagens advindas de sua atuação.

Aprimorar os sistemas e procedimentos de vigilância epidemiológica.

Promover ampla estratégia de orientação ao público-alvo, como:

- **campanhas no rádio e na televisão sobre pré-natal, sua importância e parâmetros para avaliar a qualidade, detalhando as ações imprescindíveis, como avaliação de pressão arterial, peso, edemas, entre outros;**

- **divulgar a importância do reconhecimento de fatores de risco como anemia falciforme, malária, curto intervalo interpartal, anemia e desnutrição, dentre outros, para as gestantes;**

- **divulgar o direito aos serviços de planejamento familiar, democratizar o acesso a eles e aos métodos mais adequados para cada casal;**

- **implantar e divulgar formas e locais para encaminhar reclamações, inclusive nas unidades de saúde.**

3. Ao Ministério da Educação

Estimular a erradicação do analfabetismo no país.

Estimular a ênfase em temas de saúde reprodutiva como conteúdos transversais do ensino.

Estabelecer critérios mais rigorosos para credenciamento de Cursos de Medicina.

Rever os parâmetros da formação profissional do médico, enfatizando a coerência com o perfil e as necessidades sanitárias do país.

Promover estratégias de interiorização de profissionais recém-formados, como estimular o serviço civil ou internato rural.

Instituir a obrigatoriedade de reciclagem periódica para todos os profissionais e definir formas de avaliar o cumprimento desta determinação.

Estimular a implantação de cursos permanentes, educação à distância, tele-educação, identificando métodos para avaliar esta forma de atualização.

Avaliar rigorosamente os novos cursos de Medicina, as instalações e corpo docente antes de autorizar seu funcionamento, abandonando a avaliação *a posteriori*, que traz prejuízos em especial para os alunos.

A qualidade das escolas que formam médicos e enfermeiros deve ser revista, excluindo-se as pouco qualificadas. O aparelho formador deve proceder à reformulação de suas premissas de ensino, privilegiando dotar o país de profissionais sintonizados com as necessidades brasileiras. A ênfase na especialização e na tecnologia deve ser dada em fases posteriores da formação, especialmente na Residência Médica. A formação básica já é extremamente extensa e deve ser sólida, inicialmente, nas quatro áreas básicas.

Definir o Conselho Nacional de Saúde ou um conselho misto, composto por representantes do CNS e CNE como instância máxima para autorizar criação de novos cursos médicos.

Fechar imediatamente os cursos de baixa qualidade, cogitando da possibilidade de substituí-los por outros com características adequadas para uma boa formação.

Realizar avaliação técnica dos egressos da Residência Médica.

Exigir um número mínimo de procedimentos supervisionados por tutor para habilitar à formatura em Medicina.

Enfatizar durante o curso de Medicina a importância do atestado de óbito e das notificações, incentivando seu preenchimento correto. Encarecer ainda o valor da participação nos sistemas de vigilância epidemiológica, ressaltando o valor de notificar corretamente outros agravos previstos na legislação.

Promover a capacitação dos profissionais de enfermagem, especialmente em Obstetrícia.

Identificar e qualificar as parceiras práticas.

4 . Ao Ministério da Previdência e Assistência Social

Estimular a execução de políticas para inclusão social, especialmente para grupos de risco para mortalidade materna - gestantes de baixa renda e baixa escolaridade.

Estimular o incremento da atuação e cobertura dos serviços em áreas periféricas em grandes cidades.

Instituir Programa de Renda Mínima para gestantes, estudando a possibilidade de vinculá-lo à frequência no pré-natal.

Instituir a distribuição de passes ou passe livre no transporte coletivo para garantir a frequência ao pré-natal.

Criar mecanismos de proteção e assistência aos órfãos e famílias.

5. Ministério da Justiça

Fortalecer a estrutura do Conselho Nacional de Direitos da Mulher.

6. Ministério Público da União

Criar, em todos os Ministérios Públicos Estaduais, instâncias destinadas a receber denúncias de serviços de saúde, especialmente no atendimento à saúde da mulher.

Recomendações para adoção de providências:

7. Aos gestores estaduais e municipais de saúde

Deve-se atentar para o fato de que o descumprimento da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que prevê o encaminhamento trimestral ao Conselho de Saúde o relatório detalhado sobre montante, fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas, oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, implica crime de responsabilidade.

Garantir o atendimento às gestantes de risco em unidades de maior complexidade.

Buscar a formação de consórcios para garantir a referência dos casos de risco, dispor de unidades de cuidados intensivos, tanto para mães quanto para recém-nascidos e contar com estoque de sangue adequado.

Equipar os hemonúcleos e as unidades de terapia intensiva, dotando-os de pessoal capacitado para desenvolver um trabalho de qualidade.

Fortalecer a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente na elaboração dos planos de saúde e no acompanhamento da aplicação dos recursos.

Aprimorar as formas de aquisição de medicamentos e equipamentos, garantindo qualidade e constância.

Reforçar a formação de Comitês de Mortalidade Materna e implementar suas recomendações. Procurar ampliar o alcance de sua atuação, associando a investigação das mortes perinatais e das seqüelas provocadas nas parturientes.

Estabelecer a Central de Vagas.

Exigir a criação e funcionamento de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar nas unidades assistenciais sob pena de descredenciamento.

Capacitar toda a equipe de saúde na humanização do atendimento (desde a recepção até enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros).

Estimular a capacitação e formação de profissionais enfermeiros obstétricos para o acompanhamento da gestação, aborto, parto e pós-parto.

Criar mecanismos de encaminhamento de denúncias sobre atendimento – ouvidorias, disque-denúncia ou semelhantes, vinculados aos Conselhos, Comitês ou às Secretarias.

Capacitar os profissionais para um atendimento de melhor qualidade técnica, inclusive as parteiras práticas.

Resgatar a visão do PAISM, com a concepção de atenção integral à saúde da mulher.

Exigir o preenchimento do Cartão da Gestante e o acompanhamento do trabalho de parto através do partograma.

Promover a busca ativa e a vigilância de gestantes.

Identificar as áreas de maior vulnerabilidade e nelas incrementar o trabalho assistencial e de saúde.

Identificar as gestantes de risco e incluí-las em visitas mais freqüentes do Programa Saúde da Família.

Facilitar o transporte das gestantes às unidades de pré-natal e maternidades.

Fiscalizar o atendimento prestado pelo setor privado, conveniado e planos de saúde.

Aprimorar os sistemas e procedimentos de vigilância epidemiológica.

Aprimorar os mecanismos de avaliação dos serviços.

Incluir como rotina mais uma consulta de puerpério para avaliar o pós-parto, determinar o risco reprodutivo e aconselhar o método anticoncepcional adequado.

Definir rotinas para acompanhamento e detecção de hemorragias nas duas primeiras horas após o parto.

Identificar fatores de risco para gravidez prevalentes na região e chamar a atenção dos profissionais e da população, como, por exemplo, malária ou anemia falciforme.

Promover orientação ao público-alvo sobre importância e qualidade do pré-natal, divulgando fatores de risco especialmente prevalentes na região.

Promover informação e garantir acesso aos meios de planejamento familiar, facultando o acesso aos meios cirúrgicos de esterilização masculina - vasectomia.

Criar e divulgar serviços de encaminhamento de denúncias ou reclamações de atendimento.

8. Aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina

Tratar com maior rigor a apuração das mortes maternas.

Atuar com mais firmeza em relação à negligência dos profissionais médicos no preenchimento de prontuários e dos atestados de óbito.

Instituir sanções intermediárias para casos de mau preenchimento de prontuários e das Declarações de Óbito.

Acompanhar o ensino médico, zelando para que a graduação tenha boas condições técnicas, formando profissionais preparados para prover atendimento de qualidade.

Combater a abertura de faculdades de medicina sem condições de preparar profissionais compatíveis com as necessidades sanitárias básicas do país.

Exigir que os profissionais médicos cumpram o dever de notificar corretamente os agravos e preencham os atestados de óbito e os prontuários de maneira correta, enfatizando o descumprimento como infração legal e ética e aplicando as penas correspondentes.

Avaliar os serviços prestados pelas unidades públicas e privadas, inclusive pelas conveniadas e pelos planos de saúde.

9. Aos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem

Estimular a capacitação e formação de profissionais enfermeiros obstétricos para o acompanhamento da gestação, aborto, parto e pós-parto.

Tratar com maior rigor a apuração das mortes maternas.

Acompanhar o ensino da enfermagem obstétrica, zelando para que a graduação tenha boas condições técnicas, formando profissionais preparados para prover atendimento de qualidade.

Exigir que os profissionais de enfermagem cumpram o dever de preencher os prontuários de maneira correta, enfatizando o descumprimento como infração legal e ética e aplicando as penas correspondentes.

Avaliar os serviços prestados pelas unidades públicas e privadas, especialmente pelas unidades conveniadas e planos de saúde.

10. Conselho Nacional de Saúde

Ampliar a estratégia de capacitação dos conselheiros de saúde, inclusive na programação e acompanhamento da aplicação de recursos.

Acompanhar o cumprimento da determinação de incluir a morte materna como evento de notificação compulsória.

11. Mesa da Câmara dos Deputados

Implementar um debate público, plural e democrático em torno da questão do aborto no Brasil, enfocando em especial os projetos mencionados às páginas 67 e 68.

Foram identificadas diversas proposições que afetam favoravelmente a questão da mortalidade materna. Esta CPI pede urgência na sua apreciação. São elas:

PLC 059, de 1999, que “estende os direitos assegurados à trabalhadora gestante, nos casos de morte desta, a quem detiver a guarda de seu filho”.

PL 1.919, de 1991, que “cria o Programa Nacional para Atividades de Extensão Universitária em Saúde, na Amazônia Legal”.

PL 856, de 1999, que “institui o Serviço Civil Profissional e dá outras providências”.

PL 253, de 1999, que “dispõe sobre ouvidorias do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências”.

PL 1.542, de 1991, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do exame de prevenção do Câncer ginecológico para as funcionárias públicas federais”.

PL 2.942, de 1997, que “institui, no Sistema Único de Saúde – SUS, o Programa de Prevenção e Assistência Integral às Pessoas Portadoras do Traço Falciforme e com Anemia Falciforme, e dá outras providências”.

PL 362, de 1995, que “dispõe sobre o estímulo à guarda e adoção de criança ou adolescente órfão ou abandonado”.

PL 3.888, de 1997, que “dispõe sobre a aplicação de penalidades aos responsáveis e às instituições de saúde e de proteção social, públicas e privadas, bem como aquelas conveniadas com o Sistema Único de Saúde – SUS”.

PL 2.038, de 1996, que “institui o Programa de Alimentação para Gestantes – PAGES”.

PL 066, de 1999, que “dispõe sobre a criação de programa de orientação sexual, de prevenção das DST/AIDS e do uso abusivo de drogas e dá outras providências”.

PL 434, de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do ensino sobre as drogas entorpecentes e psicotrópicas e sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e Aids a nível do primeiro e segundo graus de ensino e nos cursos de formação de professores e dá outras providências”.

PL 3.099, de 2000, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da disciplina “Orientação Sexual” nos currículos de quinta e sexta séries do ensino fundamental das escolas públicas e privadas”.

PL 3.995, de 1997, que “dispõe sobre a inclusão obrigatória da disciplina “Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis, Formas de Contágio e Prevenção” no currículo da escola fundamental”.

PL 3.340, de 2000, que “determina que a criação de novos cursos superiores de Direito dependerão de parecer da Subseção da OAB, e de cursos de Odontologia, Medicina, Psicologia e Veterinária, de parecer da representação local dos respectivos Conselhos Regionais de Classe e dá outras providências”.

PL 3.265, de 1997, que “proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos, e dá outras providências”.

PL 2.852, de 2000, que “dispõe sobre a concessão de licença especial para gestante em situação de risco e dá outras providências”.

PL 0092, de 1999, que “dispõe sobre o exercício da Medicina, a organização e atuação dos Conselhos de Medicina e dá outras providências”.

PL 0020, de 1991, que “dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previstos no Código Penal pelo Sistema Único de Saúde”.

PL 1.135, de 1991, que “suprime o artigo 124 do Código Penal Brasileiro”.

PL 3.985, de 1997, que “altera o artigo 37 da Lei 9.394, de 1996, visando o atendimento de obrigações internacionais do Estado Brasileiro”.

PL 1.641, de 1999, que “dispõe sobre o controle do uso da talidomida”.

PL 18, de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de exames de identificação de hemoglobinopatias nas maternidades e estabelecimentos congêneres e dá outras providências, e PL 56, de 1999, apensado, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de exames de identificação de hemoglobinopatias nas maternidades e estabelecimentos congêneres e dá outras providências”.

PL 3.991, de 2.000, que “dispõe sobre a assistência pré-natal às gestantes e a realização obrigatória de exames complementares, e dá outras providências”.

PL 3.175, de 1997, que “dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia”.

12. Mesa do Senado Federal

Conceder urgência para apreciação do PLC 104, de 2000, que “institui o Programa de Diagnóstico e Prevenção de Anomalias Fetais”.

13. Comissão de Seguridade Social e Família

Acompanhar a implementação do que está sendo recomendado neste Relatório.

Acompanhar a evolução do fenômeno da mortalidade materna no Brasil.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2001

(Da CPI da Mortalidade Materna)

Insere dispositivos no Código Penal para tipificar a conduta do não preenchimento correto de prontuários médicos e declarações de óbito.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguintes art. 269-A:

“Art. 269-A Nas mesmas penas incorre o médico que não preencher os prontuários e as declarações de óbito em conformidade com os dispositivos que regem a espécie.”

Art. 2º. Esta lei entra em vigor trinta dias após a data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Durante os trabalhos da CPI, muito se discutiu a respeito da dificuldade em se saber a causa dos óbitos das mulheres, para podê-los associar

ou não à mortalidade materna. O que ocorre, atualmente, é uma sucessão de falhas que culminam na impossibilidade de conhecimento da realidade. Os prontuários nos hospitais são mal preenchidos e, por causa disso, os médicos não declaram a causa básica da morte.

Assim, tomemos como exemplo, uma jovem que morre de infecção e que ninguém fica sabendo sua real *causa mortis*, se o óbito se deu em decorrência de complicação de aborto ou por qualquer outro motivo alheio à maternidade.

Dessa forma, evidencia-se a dificuldade em se fazer programas preventivos, já que os dados necessários são desconhecidos.

Para que esse quadro mude, é de importância fundamental que os médicos passem a preencher os prontuários e as declarações de óbito de forma correta, como dispõe a legislação que rege a espécie.

Somente com esta providência, associada à obrigação dos cartórios colocarem a causa básica da morte nas certidões de óbito, e de remeterem tais informações às Secretarias Municipais de Saúde, é que o país passará a ter a real noção, não apenas do quadro da mortalidade materna, mas também de tantos outros.

Pela relevância das inovações ora propostas, contamos com o apoio dos ilustres Pares para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em de de 2001.

Deputada FÁTIMA PELAES
Presidente da CPI da Mortalidade Materna

Deputada ELCIONE BARBALHO
Relatora

PROJETO DE LEI Nº , DE 2001

(Da CPI da Mortalidade Materna)

Altera dispositivos da Lei nº 6.015 de 31/12/73.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 2º O *caput* do art. 49 e o item 8º do art. 80 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 49. Os oficiais do registro civil remeterão à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dentro dos primeiros 8 (oito) dias dos meses de janeiro, abril, julho e outubro de cada ano, mapa dos nascimentos, casamentos e óbitos ocorridos no trimestre anterior. No mesmo prazo, remeterão também às Secretarias de Saúde do Município a que pertencem, informações sobre os nascimentos e óbitos ocorridos no período, bem como suas causas.”

.....
Art. 80.
8º) se a morte foi natural ou violenta, as causas básicas e antecedentes, e o nome dos atestantes.”

Art. 2º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Durante os trabalhos da CPI, muito se discutiu a respeito da dificuldade em se saber a causa dos óbitos das mulheres, para podê-los associar ou não, à mortalidade materna. O que ocorre, atualmente, é uma sucessão de

falhas que culminam na impossibilidade de conhecimento da realidade. Os prontuários nos hospitais são mal preenchidos e, por causa disso, os médicos não declaram a causa básica da morte.

Assim, tomemos como exemplo uma jovem que morre de infecção, e que ninguém fica sabendo sua real *causa mortis*, se o óbito se deu em decorrência de complicação de aborto ou por qualquer outro motivo alheio à maternidade.

Dessa forma, evidencia-se a dificuldade em se fazer programas preventivos, já que os dados necessários são desconhecidos.

A obrigação dos cartórios colocarem a causa básica da morte nas certidões de óbito, e de remeterem tais informações às Secretarias Municipais de Saúde seria de primordial importância para que o país começasse a ter a real noção, não apenas do quadro da mortalidade materna, mas também de tantos outros.

Evidentemente, as alterações que precisam ser realizadas não são apenas na lei que dispõe sobre os registros públicos. Há que se obrigar, também, os médicos a preencherem os prontuários e as declarações de óbito da forma correta, providência essa, que já foi tomada com a apresentação de outro projeto de lei, nos termos do inciso I do art. 7º da LC 95/98.

Pela relevância das inovações ora propostas, contamos com o apoio dos ilustres Pares para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada FÁTIMA PELAES
Presidente da CPI da Mortalidade Materna

Deputada ELCIONE BARBALHO
Relatora

REQUERIMENTO**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Requer o envio de Indicações ao Poder Executivo, relativas à adoção de recomendações da CPI destinada a investigar a incidência de mortalidade materna no Brasil.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex^a. sejam encaminhadas ao Poder Executivo as Indicações em anexo, sugerindo a diversos Ministérios a adoção de recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Sugere a adoção de recomendações da
CPI da Mortalidade Materna.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República:

A Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil identificou na gênese do problema, não somente aspectos de saúde, mas de educação e de inserção social. Reconhecemos que esforços vêm sendo empreendidos para reduzir as desigualdades no país, No entanto, encaminhamos algumas sugestões que julgamos essenciais para um melhor enfrentamento do problema.

Conferir à saúde a prioridade que ela merece, inclusive na alocação de recursos suficientes. A retribuição pela prestação de serviços é irrisória e constitui uma das causas maiores do desinteresse na prestação de serviços à população. A saúde é prioridade eleita na Constituição, e deve ser apoiada com a garantia dos recursos necessários para desenvolver suas ações na extensão prevista na Carta Magna.

Definir políticas públicas que assegurem efetivamente os direitos reconhecidos em acordos e declarações internacionais assinadas pelo Brasil.

Viabilizar a consolidação das estratégias em andamento para que não sejam interrompidas em face de novas orientações políticas. Assegurar a permanência das políticas instituídas para que não exista retrocesso nas conquistas já alcançadas.

Promover o combate intensivo e sistemático à violência.

Não ratificar a Convenção no. 183 da OIT.

Promover a ampla divulgação dos atos internacionais que o Brasil assina, tanto os de caráter vinculante quanto as declarações.

Desenvolver programas que garantam à mulher uma nutrição adequada durante a gravidez e a amamentação, conforme dispõe a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, uma inserção adequada na sociedade, proporcionando educação, assistência social e oportunidades de trabalho.

Promover a efetiva proteção à mulher e à família.

Identificar os grupos de maior vulnerabilidade para que constituam prioridade nas políticas públicas de saúde, assistência e educação.

Dar efetividade e publicidade aos programas de redução da mortalidade materna, estabelecendo prazos para o cumprimento das metas estabelecidas nos compromissos políticos firmados nas conferências internacionais, e divulgar os direitos da população aos métodos de planejamento familiar e à assistência pré-natal.

Dar publicidade aos recursos internacionais recebidos (fontes e valor recebido) e à sua forma de aplicação, quanto a programas em desenvolvimento e metas estabelecidas.

Realizar campanha nacional de divulgação do princípio básico que norteia todos os compromissos internacionais sobre a matéria: a reprodução é uma função social que deve ser protegida pela sociedade.

Atuar no sentido de evitar o desperdício dos recursos existentes, tanto pela racionalização de procedimento quanto pelo combate sistemático às ações estabelecidas com o propósito de lesar o Erário.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Sugere a adoção de recomendações da
CPI da Mortalidade Materna.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde:

Tendo em vista a conclusão dos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil, ressaltamos os esforços envidados por esta Pasta no equacionamento do problema. No entanto, sugerimos a adoção das seguintes providências, julgadas por esta Comissão como essenciais para a redução do problema em nosso país:

É óbvia a necessidade de maiores recursos para a saúde, inclusive para o cumprimento dos mandamentos constitucionais. Deve ser garantido o aporte total de recursos necessários para a condução das questões de saúde sem soluções de continuidade e para o aperfeiçoamento constante dos serviços prestados à população.

Atuar no sentido de evitar o desperdício dos recursos existentes, tanto pela racionalização de procedimento quanto pelo combate sistemático às ações estabelecidas com o propósito de lesar o Erário.

Reajustar a Tabela de Procedimentos do SUS e o valor dos tetos da municipalização. Os valores irrisórios expõem os usuários do SUS a um paradoxo de ter direito garantido mas não financiado, à discriminação e ao desamparo.

Viabilizar a consolidação das estratégias em andamento para que não sejam interrompidas em face de novas orientações políticas. Assegurar a permanência das políticas instituídas para que não exista retrocesso nas conquistas já alcançadas.

Intensificar o estímulo à implantação de Comitês de Morte Materna em todos os estados e municípios. Acreditamos ser interessante associar a ele o estudo das mortes neonatais, de causas comuns às mortes maternas - principalmente por assistência de má qualidade, e o das seqüelas produzidas em parturientes ou neonatos em decorrência de falhas no atendimento.

Retomar com urgência as concepções do PAISM, resgatando a visão integral das necessidades femininas.

Agilizar o fornecimento dos métodos e a capacitação das unidades para conferir a atenção necessária para todos os usuários do SUS, priorizando o planejamento familiar como instrumento indispensável para evitar a morte materna e a ocorrência de aborto.

Facilitar o acesso aos métodos de esterilização cirúrgica masculina – vasectomia.

Tornar mais transparentes as ações que desenvolve, mantendo detalhamento apropriado para possibilitar a identificação dos gastos orçamentários com ações dirigidas à mulher, à criança, e, principalmente, permitindo avaliar a execução e os resultados destas ações.

Criar um serviço de Disque-Denúncia para Mortalidade Materna, uma vez que não existem ainda Comitês de Morte Materna funcionando em todas as cidades.

Divulgar os resultados do último Fórum Nacional de Morte Materna e definir e divulgar a data do próximo, uma vez que se prevê sua realização de dois em dois anos.

Apoiar e estimular o aprimoramento dos sistemas de referência nos níveis de maior complexidade.

Apoiar o fortalecimento e o equipamento da hemorrede e das unidades de cuidados intensivos.

Exigir a formação e o funcionamento de Comissões de Infecção Hospitalar em todas as unidades assistenciais, sujeitando aquelas que descumprirem ao descredenciamento do SUS.

Aprimorar as formas de compensação entre os municípios que absorvem a demanda dos demais e estimular a formação de consórcios.

Intensificar a parceria com sociedades profissionais, inclusive a FEBRASGO – Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – para apoiar a formação e capacitação de profissionais no país, inclusive financiando a realização de cursos.

Criar rubrica específica para capacitação da equipe de saúde diversa do repasse da municipalização.

Estimular o aprimoramento de questões gerenciais do Sistema Único de Saúde, como aquisição de medicamentos e equipamentos, garantindo a qualidade e constância de oferta.

Aprimorar sistemas de avaliação de qualidade e desempenho da assistência prestada pelo setor privado e planos de saúde. O atendimento deve ser fiscalizado, inclusive quanto à altíssima taxa de cesarianas.

Divulgar o progresso da implantação das Casas de Parto e sua atuação no SUS.

Apoiar a formação de enfermeiros obstétricos e ampliar sua atuação no SUS.

Distribuir os manuais técnicos e normas de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, inclusive de risco, para todas as equipes de profissionais de saúde.

Enfatizar a capacitação de profissionais de saúde e dos membros dos Conselhos de Saúde.

Incluir nas atividades de rotina mais uma consulta de puerpério para avaliar o pós-parto, determinar o risco reprodutivo e para aconselhamento anticoncepcional adequado.

Definir rotinas para acompanhamento e detecção de hemorragias nas duas primeiras horas após o parto.

Identificar fatores de risco para chamar a atenção junto aos profissionais de saúde. Como exemplo, mencionamos a anemia falciforme e a malária, ainda bastante negligenciadas.

Apoiar a execução de ações que organizem o acesso aos serviços, como a criação de centrais de vagas, aquisição de meios de transporte que possibilitem o deslocamento entre o domicílio das parturientes ou entre unidades para referência.

Apoiar a definição da rede de referência para gravidez de alto risco.

Enfatizar a importância de se promover a busca ativa e vigilância dos casos de risco, além de gestantes e puérperas.

Aperfeiçoar a formação de gerentes e promover o desenvolvimento organizacional da rede pública de saúde.

Monitorar a qualidade do atendimento, inclusive no setor privado e nos planos de saúde.

Exigir que a morte materna seja evento de notificação compulsória e aplicar sanções para a desobediência.

Divulgar com maior abrangência os dados sobre Casas de Parto e enfermeiros obstétricos atuantes no país, para que se possa avaliar melhor as vantagens advindas de sua atuação.

Aprimorar os sistemas e procedimentos de vigilância epidemiológica.

Promover ampla estratégia de orientação ao público-alvo, como:

- campanhas no rádio e na televisão sobre pré-natal, sua importância e parâmetros para avaliar a qualidade, detalhando as ações imprescindíveis, como avaliação de pressão arterial, peso, edemas, entre outros;

- divulgar a importância do reconhecimento de fatores de risco como anemia falciforme, malária, curto intervalo interpartal, anemia e desnutrição, dentre outros, para as gestantes;

- divulgar o direito aos serviços de planejamento familiar, democratizar o acesso a eles e aos métodos mais adequados para cada casal;

- implantar e divulgar formas e locais para encaminhamento de reclamações, inclusive nas unidades de saúde.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Sugere a adoção de Recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Educação:

No decorrer dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil, identificamos algumas formas de atuação dessa Pasta que repercutiriam de forma extremamente benéfica em aspectos graves da questão. Assim, sugerimos a adoção das seguintes providências:

Persistir no estímulo à erradicação do analfabetismo no país.

Estimular a ênfase em temas de saúde reprodutiva como conteúdos transversais do ensino.

Estabelecer critérios mais rigorosos para o credenciamento dos Cursos de Medicina.

Rever os parâmetros da formação profissional do médico, enfatizando a coerência com o perfil e as necessidades sanitárias do país.

A qualidade das escolas que formam médicos e enfermeiros deve ser revista, excluindo-se as pouco qualificadas. O aparelho formador deve proceder à reformulação de suas premissas de ensino, privilegiando dotar o país de profissionais sintonizados com as necessidades brasileiras. A ênfase na especialização e na tecnologia deve ser dada em fases

posteriores da formação, especialmente na Residência Médica. A formação básica já é extremamente extensa e deve ser sólida, inicialmente, nas quatro áreas básicas.

Promover estratégias de interiorização de profissionais recém-formados, como estimular o serviço civil ou internato rural.

Instituir a obrigatoriedade de reciclagem periódica para todos os profissionais e definir formas de avaliar o cumprimento desta determinação.

Estimular a implantação de cursos permanentes, educação à distância, tele-educação, identificando métodos para avaliar esta forma de atualização.

Avaliar, rigorosamente, os novos cursos de Medicina, as instalações e corpo docente antes de autorizar seu funcionamento, abandonando a avaliação *a posteriori*, que traz prejuízos em especial para os alunos.

Definir o Conselho Nacional de Saúde ou um conselho misto, composto por representantes do Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Educação como instância máxima para autorizar a criação de novos cursos médicos.

Fechar imediatamente os cursos de Medicina de baixa qualidade, cogitando da possibilidade de substituí-los por outros com características adequadas para uma boa formação.

Realizar avaliação técnica dos egressos da Residência Médica.

Exigir um número mínimo de procedimentos supervisionados por tutor para habilitar à formatura em Medicina.

Incentivar a ênfase, durante o curso de Medicina, sobre a importância do atestado de óbito e das notificações, incentivando seu preenchimento correto. Encarecer o valor da colaboração com os sistemas de vigilância epidemiológica, ressaltando o valor de notificar corretamente os agravos previstos na legislação.

Promover a capacitação dos profissionais de enfermagem, especialmente em Obstetrícia.

Estimular a identificação e qualificação das parteiras práticas.

Sala das Sessões, em de de 2001.

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Sugere a adoção das recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Previdência e Assistência Social:

No decorrer dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil identificamos alguns itens, relacionados à esfera de atuação dessa Pasta, cuja implementação representa benefício significativo para os envolvidos neste problema. Assim, sugerimos:

Estimular a execução de políticas para inclusão social, especialmente para grupos de risco para mortalidade materna - gestantes de baixa renda e baixa escolaridade.

Estimular o incremento da atuação e da cobertura dos serviços em áreas periféricas em grandes cidades.

Instituir um Programa de Renda Mínima para gestantes, estudando a possibilidade de vinculá-lo à frequência no pré-natal.

Instituir a distribuição de passes ou passe livre no transporte coletivo para garantir a frequência ao pré-natal.

Criar mecanismos de proteção e assistência aos órfãos e famílias.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI de Mortalidade Materna)**

Sugere a adoção de recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Morte Materna no Brasil.

Excelentíssimo Senhor Ministro da Justiça:

A Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil identificou como bastante positiva a atuação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. No entanto, diante da vastidão de problemas envolvidos com a situação da mulher, principalmente em questões relativas à saúde e à violência, e na relevância dos serviços que ela presta, sugerimos que esta instância tenha sua estrutura e seu contingente técnico reforçados em todo o país.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

REQUERIMENTO

(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer o envio de Indicação ao Procurador-Geral da República, relativa à criação, nos Ministérios Públicos Estaduais, de instâncias para receber denúncias referentes aos serviços de saúde, especialmente da saúde da mulher.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex^a. seja encaminhada ao Procurador-Geral da República a Indicação em anexo, sugerindo a criação, nos Ministérios Públicos Estaduais, de instâncias para receber denúncias referentes aos serviços de saúde, especialmente da mulher.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI de Mortalidade Materna)**

Sugere a criação, nos Ministérios Públicos Estaduais, de instância destinada a receber denúncias referentes aos serviços de saúde, especialmente da saúde da mulher.

Excelentíssimo Senhor Procurador-Geral da República:

A Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil identificou como bastante positiva a atuação do Ministério Público do Distrito Federal, que conta com uma instância especialmente destinada a receber denúncias referentes a serviços de saúde. Foram constatados inúmeros exemplos de benefícios para os usuários conseqüentes à sua ação. Desta maneira, sugerimos implantar estas instâncias em todos os Ministérios Públicos Estaduais, em especial voltadas para denúncias quanto ao atendimento à saúde da mulher.

Sala das Sessões, em de de 2001 .

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

REQUERIMENTO**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Requer urgência para a apreciação do Projeto de Lei Complementar nº 059, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei Complementar nº 059, de 1999, que “estende os direitos assegurados à trabalhadora gestante, nos casos de morte desta, a quem detiver a guarda de seu filho”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO

(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 1.919, de 1991.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 1.919, de 1991, que “cria o Programa Nacional para Atividades de Extensão Universitária em Saúde, na Amazônia Legal”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 856, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa,
requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno,
urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 856, de 1999, que “institui o
serviço Civil Profissional e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 253, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 253, de 1999, que “dispõe sobre ouvidorias do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 1.542, de 1991.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 1.542, de 1991, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do exame de prevenção do Câncer ginecológico para as funcionárias públicas federais”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 2.942, de 1.997.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 2.942 de 1.997, que “institui, no Sistema Único de Saúde – SUS, o Programa de Prevenção e Assistência Integral às Pessoas Portadoras do Traço Falciforme e com Anemia Falciforme, e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 362, de 1995.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 362, de 1995, que “dispõe sobre o estímulo à guarda e adoção de criança ou adolescente órfão ou abandonado”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.888, de 1997.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.888, de 1997, que “dispõe sobre a aplicação de penalidades aos responsáveis e às instituições de saúde e de proteção social, públicas e privadas, bem como aquelas conveniadas com o Sistema Único de Saúde – SUS”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 2.038, de 1996.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 2.038, de 1996, que “institui o Programa de Alimentação para Gestantes – PAGEST”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 066, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa,
requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno,
urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 066, de 1999, que “dispõe
sobre a criação de programa de orientação sexual, de prevenção das
DST/AIDS e do uso abusivo de drogas e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 434, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 434, de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do ensino sobre as drogas entorpecentes e psicotrópicas e sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e Aids a nível do primeiro e segundo graus de ensino e nos cursos de formação de professores e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.099, de 2000.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.099, de 2000, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da disciplina “Orientação Sexual” nos currículos de Quinta e Sexta séries do ensino fundamental das escolas públicas e privadas”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.995, de 1997.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.995, de 1997, que “dispõe sobre a inclusão obrigatória da disciplina “Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis, Formas de Contágio e Prevenção” no currículo da escola fundamental”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Requer urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.340, de 2000.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.340, de 2000, que “determina que a criação de novos cursos superiores de Direito dependerão de parecer da Subseção da OAB, e de cursos de Odontologia, Medicina, Psicologia e Veterinária, de parecer da representação local dos respectivos Conselhos Regionais de Classe e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.265, de 1997.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.265, de 1997, que “proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos, e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 2.852, de 2000.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 2.852, de 2000, que “dispõe sobre a concessão de licença especial para gestante em situação de risco e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 0092, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 0092, de 1999, que “dispõe sobre o exercício da Medicina, a organização e atuação dos Conselhos de Medicina e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 0020, de 1.991.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 0020 de 1.991, que “dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento dos casos de aborto previstos no Código Penal, pelo Sistema Único de Saúde”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 1.135, de 1991.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa,
requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno,
urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 1.135, de 1991, que “suprime o
artigo 124, do Código Penal Brasileiro”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.985, de 1.997.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.985 de 1.997, que “altera o artigo 37 da Lei 9.394, de 1996, visando o atendimento de obrigações internacionais do estado Brasileiro”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 1.641, de 1999.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa,
requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno,
urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 1.641 de 1999, que “dispõe
sobre o controle do uso da talidomida”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
dos Projetos de Lei nº 0018 e 0056 de
1.999, apensados.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação dos Projetos de Lei nº 0018 e 0056 de 1.999, apensados, que dispõem “sobre a obrigatoriedade da realização de exames de identificação de hemoglobinopatias nas maternidades e estabelecimentos congêneres”, e dão outras providências.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.991, de 2.000.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa, requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno, urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.991 de 2.000, que “dispõe sobre a assistência pré-natal às gestantes e a realização obrigatória de exames complementares e dá outras providências”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO
(Da CPI da Mortalidade Materna)

Requer urgência para a apreciação
do Projeto de Lei nº 3.175, de 1.997.

Senhor Presidente:

Representando um terço dos membros desta Casa,
requeremos a V. Exa., nos termos dos arts. 153 e 154 do Regimento Interno,
urgência para a apreciação do Projeto de Lei nº 3.175 de 1.997, que “dispõe
sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia”.

Sala das Sessões, em de agosto de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

REQUERIMENTO**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Requer o envio de Indicação à Comissão de Seguridade Social e Família relativa ao acompanhamento da implementação das recomendações da CPI da Mortalidade Materna e da evolução do fenômeno no país.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeremos a V. Ex^a. seja encaminhada à Comissão de Seguridade Social e Família a Indicação em anexo, sugerindo o acompanhamento da implementação das recomendações da CPI da Mortalidade Materna e da evolução do fenômeno de morte materna no país.

Sala das Sessões, em de de 2001.

Deputada Fátima Pelaes
Presidente

Deputada Elcione Barbalho
Relatora

INDICAÇÃO Nº , DE 2001**(Da CPI da Mortalidade Materna)**

Sugere que a Comissão de Seguridade Social e Família acompanhe a implementação das recomendações da CPI da Mortalidade Materna e a evolução do fenômeno no país.

Excelentíssima Senhora Presidente:

Tendo em vista a conclusão dos trabalhos da CPI Destinada a Investigar a Incidência da Mortalidade Materna no Brasil, levantou-se o problema da dificuldade de acompanhar a adoção de suas recomendações e de persistir acompanhando a evolução destas mortes no país. Isto é fundamental para avaliar o impacto originado por este trabalho.

Como a maior parte dos temas enfocados guarda estreita relação com os tratados por esta Comissão Permanente de Seguridade Social e Família, sugerimos que este acompanhamento, bem como o acompanhamento sistemático do fenômeno da mortalidade materna no Brasil, sejam levados a efeito por este órgão técnico.

Sala das Sessões, em de de 2001.

Deputada Fátima Pelaes

Presidente

Deputada Elcione Barbalho

Relatora

CAPÍTULO XI - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENCAMINHADOS

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO
DESTINADA A INVESTIGAR A INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE MATERNA
NO BRASIL. **(CPI MORTALIDADE MATERNA)**

VOLUME I	
Nº	DOCUMENTOS
1.	Autuação do Processo.
2.	Termo de Abertura.
3.	Requerimento do Autor da CPI
4.	Ofício nº 730-L-PFL/2000, de 12/04/2000, do Deputado Inocêncio Oliveira, Líder do PFL, indicando a Deputada Almerinda de Carvalho, para ocupar o cargo de 1º Vice-Presidente da CPI.
5.	Of. /A/PSB/175/00, de 13/04/00, do Deputado Alexandre Cardoso, Líder do Bloco PSB/PCdoB, comunicando a indicação da Deputada Jandira Feghali como membro titular da CPI.
6.	Of. nº 117/00, de 04/04/00, do Deputado Odelmo Leão, Líder do PPB, indicando o Deputado Dr. Benedito Dias, para concorrer à vaga de 3º Vice-Presidente da CPI.
7.	Of. s/nº, de 27/04/00, do Deputado Aécio Neves, Líder do PSDB/PTB, indicando a Deputada Fátima Pelaes, para o cargo de Presidente da CPI
8.	Of. nº 312/PT, de 13/04/00, do Deputado Aloizio Mercadante, Líder do PT, indicando a Deputada Iara Berardi, para ocupar o cargo de 2º Vice-Presidente da CPI.
9.	Ofício nº 921-L-PFL/00, de 16/05/00, do Deputado Inocêncio Oliveira, Líder do PFL, indicando para integrar a CPI, como membro suplente, a Deputada Laura Carneiro, em substituição ao Deputado Joel de Hollanda.
10.	Espelho da Comissão SGM-COMPI (de 01/06/00).
11.	Of. /A/PSB/193/00, de 24/05/00, do Deputado Alexandre Cardoso, Líder do Bloco PSB/PCdoB, indicando a Deputada Telma de Souza (PT/SP) como membro suplente da CPI.
12.	Doc. da SGM, comunicando o afastamento, por 120 dias, do Deputado Raimundo Colombo, para tratar de interesses particulares.
13.	Espelho da Comissão, SGM-COMPI, de 05/06/00.
14.	Ato da Presidência de 14/03/2000.
15.	Ato da Presidência de 13/04/2000.
16.	Espelho da Comissão.
17.	Lista de Presença de 13/04/2000.

18.	Comunicação da Secretaria da CPI de 17/04/00.
19.	Lista de Presença de 27/04/00, da 1ª reunião.
20.	Nota Taquigráfica nº 0373/00, de 27/04/00.
21.	Ata da 1ª reunião, realizada em 27/04/00.
22.	Comunicação da Secretaria da CPI, de 19/04/00.
23.	Of. nº 001/Pres., de 27/04/00, ao Senhor Flávio Freitas Faria, Diretor da Consultoria Legislativa, solicitando a designação de dois Consultores Legislativos.
24.	Comunicação da Secretaria da CPI de 28/04/00.
25.	Lista de Presença de 03/05/00 - 2ª Reunião.
26.	Folha de Votação, eleição do Presidente e Vice-Presidentes, datada de 03/05/00.
27.	Nota Taquigráfica nº 0403/00, de 3/5/00, eleição do Presidente e dos Vice-Presidentes.
28.	Ata da 2ª reunião.
29.	Ofício Circular nº 001/00-Pres., de 3/5/00, encaminhado a todos os Secretários Estaduais de Saúde, solicitando informações sobre o funcionamento dos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna e os dados disponíveis nas Secretarias de Saúde referentes às ocorrências de Mortalidade Materna.
30.	Ofício nº 176, de 4/5/00, do Sr. Flávio Freitas Faria, Diretor da Consultoria Legislativa, indicando a Dra. Mariza Mendes Lacerda Shaw para prestar o necessário assessoramento técnico à Deputada Elcione Barbalho e aos demais membros da CPI.
31.	Lista de Presença da 3ª Reunião, em 10/05/00 - Elaboração do Roteiro de Trabalhos.
32.	Roteiro de Trabalhos da Deputada Elcione Barbalho.
33.	Requerimento nº 02/2000 da Sra. Maninha Raupp, solicitando seja convidada a comparecer à CPI, em reunião de audiência pública, a Dra. Solange Bentes Jurema, Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.
34.	Requerimento nº 03 de 2000, da Sra. Angela Guadagnin, solicitando seja formulado convite à Rede Saúde para que seja apresentada nesta CPI o dossiê sobre a mortalidade materna, que será lançado neste mês naquela entidade.
35.	Requerimento nº 4/2000,, das Senhoras: Elcione Barbalho e Fátima Pelaes, requerendo sejam convidadas para esta Comissão as Sras. Ana Cristina Tanaka, Pesquisadora, e Tânia Lago do Ministério da Saúde, a fim de que exponham suas experiências nessa área.
36.	Requerimento nº 5/2000, da Deputada Jandira Feghali, requerendo a convocação da Dra. Carmem Ataíde dos Santos, Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
37.	Requerimento nº 06/2000, da Deputada Jandira Feghali, requerendo seja convocada a Sra. Fátima Oliveira, Rede Feminista de Saúde com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
38.	Requerimento nº 07/2000, da Deputada Jandira Feghali, solicitando a convocação do Dr. Abdo Kexfe, Conselho Regional de Medicina/RJ, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
39.	Requerimento nº 08/2000, da Deputada Jandira Feghali, requerendo a convocação de representante do Ministério Público, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
40.	Requerimento nº 09/2000, da Deputada Jandira Feghali, solicitando a convocação de

	representante do Ministério da Saúde, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
41.	Requerimento nº 10/2000, de 10/05/00, da Deputada Jandira Feghali, a convocação de representante do CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
42.	Requerimento nº 11/2000, da Deputada Jandira Feghali, solicitando a convocação de representante do CONAS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
43.	Requerimento nº 12/2000, da Sra. Alcione Athayde, requerendo seja convidada para esta CPI, o Dr. Aníbal Faundes da FEBRASGO - Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, a fim de que exponha suas experiências dessa área.
44.	Requerimento nº 13/00, da Deputada Iara Bernardi, para que seja convidado o Professor Rui Laurenti, Pesquisador, especialista na área de mortalidade materna.
45.	Requerimento nº 14/00, da Deputada Iara Bernardi, para que sejam convidados a Dra. Leila Linhares, advogada; a Sra. Sônia Corrêa, membro da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, como também representante do Conselho Estadual de Mortalidade Materna de Pernambuco.
46.	Requerimento nº 16/00, dos Deputados Dr. Rosinha, Angela Guadagnin, Iara Bernardi, para que a CPI solicite aos Comitês Estaduais sobre Mortalidade Materna, em atividade, cópia dos relatórios circunstanciados com todos os estudos de caso acompanhados pelos Comitês. Que apresentem cópias dos relatórios apresentados desde a criação do Comitê, para que os membros da CPI conheçam a evolução histórica destes dados.
47.	Roteiro complementar de atividade elaborado pelo Deputado Eduardo Barbosa.
48.	Requerimento nº 21/00, da Deputada Jandira Feghali, solicitando seja expedido pela Presidência da CPI requerimento de informação ao Ministério da Saúde solicitando os seguintes esclarecimentos: 1) nome das instituições conveniadas ao Sistema Único de Saúde que apresentaram irregularidades no preenchimento dos relatórios das pacientes atendidas por ocasião do parto; e 2) tipo de irregularidades apresentadas.
49.	Nota Taquigráfica 0466/00 de 10/05/00 – elaboração do Roteiro de Trabalho da Comissão - 3ª reunião.
50.	Ata da 3ª reunião, em 10/05/00.
51.	Comunicação de 10/05/00 da Secretaria da Comissão.
52.	Of. nº 002/Pres., de 10/05/00, à Senhora Tânia Lago, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher, solicitando sejam encaminhados a esta CPI 50 exemplares das publicações referentes ao tema da CPI.
53.	Termo de Juntada.
54.	Exemplar de "Assistência Pré-Natal"
55.	Exemplar de "Gestação de Alto Risco".
56.	Termo de Seguimento.

VOLUME II

Nº	DOCUMENTOS
01	Lista de Presença de 11/05/00, 4ª Reunião.
02	Requerimento nº 16/00, da Deputada Miriam Reid, solicitando seja agendado pela CPI a participação do CEDIM (Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro).
03	Nota Taquigráfica nº 0483/00, de 11/05/00.
04	Ata da 4ª Reunião de 11/05/00
05	Of. nº 04/00-Pres., de 11/05/00, convidando a Dra. Ana Cristina D'Andretta Tanaka para participar da reunião de audiência pública do dia 16/05/00.
06	Of. 05/00-Pres., de 11/05, convidando a Dra. Tânia Lago para participar de reunião de audiência pública, dia 16/05/00.
07	Lista de Presença de 16/05/00 - da 5ª Reunião.
08	Requerimento nº 19/00, da Deputada Elcione Barbalho, solicitando seja realizada reunião de audiência pública com o Dr. José Aristodemo Pinotti.
09	Requerimento nº 20/00, da Deputada Fátima Pelaes, solicitando seja realizada viagem desta CPI ao Estado do Amapá, para que seja conhecida a realidade do trabalho realizado pelas parteiras naquele Estado..
10	Nota Taquigráfica nº 0500/00, de 16/05/00.
11	Ata da 5ª Reunião, dia 16/05/00.
12	Ofício-Circular nº 002-Pres., de 16/05/00, a todos os Presidentes de Comitês de Mortalidade Materna, solicitando cópias dos relatórios circunstanciados com todos os estudos de caso acompanhados por aqueles Comitês.
13	Ofício nº 03/00-Sec., de 16/05/00, ao Sr. Silvio Avelino, solicitando seja autorizada a despesa com passagem aérea para o Dr. Aníbal Faundes, Professor da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
14	Ofício nº 002/00-Sec, de 16/05/00, solicitando seja autorizada a despesa com passagem aérea para o Dr. Abdu Kexse, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro.
15	Of. nº 07/00-Pres., de 16/05/00, ao Dr. Abdu Kexse, convidando-o para participar de reunião de audiência pública, dia 23/05/00.
16	Of. nº 08/00-Pres., de 16/05/00, à Dra. Solange Bentes Jurema, convidando-a para participar de reunião de audiência pública dia 23/05/00.
17	Cartão de gestante, documento remetido pelo Ministério da Saúde.
18	Of. s/nº, de 15/05/00, da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, enviando dados do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.
19	Comunicação da Secretaria da CPI, de 17/05/00.
20	Ofício GAB/DEP/KA/Nº 052/2000, de 18/05/00, da Deputada Kátia Abreu, enviando à CPI dados e informações sobre mortalidade materna, fornecidas pelo Sr. Cláudio Duarte da Fonseca, Secretário de Políticas Públicas do Ministério da Saúde.
21	Of. nº 009/00-Pres, de 18/05/00, ao Sr. Diretor da Secretaria de Comunicação Social, Ronaldo Paixão, solicitando sejam amplamente propagadas todas as atividades da CPI.
22	Of. nº 10/00-Pres., de 18/05/00, ao Dr. Aníbal Faundes, Professor Titular de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, convidando-o para participar de reunião de audiência pública dia 30/05/00.
23	Ofício/GAB nº 553/00, de 18/05/00, da Conselheira Márcia Rosa de Araújo do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, acusando recebimento de correspondência desta CPI e confirmando a presença do Presidente da CREMERJ, em reunião de audiência pública dia

	23/05/00.
24	FAX da Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Dra. Solange Bentes Jurema, justificando-se por não poder aceitar o convite para participar de reunião de audiência pública.
25	Lista de Presença de 23/05/00, da 6ª Reunião.
26	Requerimento nº 22/00, da Deputada Elcione Barbalho, solicitando que a Câmara dos Deputados instale linha telefônica "0800" para o recebimento de denúncias referentes à questão da mortalidade materna para que seja convidado o Professor Rui Laurentis, Pesquisador, especialista na área de mortalidade materna.
27	Requerimento nº 17/00, da Deputada Marisa Serrano, solicitando seja convidado o Dr. Hélvio Bertolozzi, especialista da Comissão de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, para expor as experiências daquela Comissão na CPI em reunião de audiência pública.
28	Requerimento nº 18/00, da Deputada Marisa Serrano, solicitando seja convidado para reunião de audiência pública o Professor Ricardo Fescina, Especialista da Organização Panamericana de Saúde.
29	Nota Taquigráfica nº 0537/00, de 23/05/00.
30	Ata da 6ª reunião, de 23/05/00.
31	Of. nº 13/00-Pres., de 23/05/00, ao Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando abertura de uma linha direta (0800) - Disque Denúncia CPI da Mortalidade Materna.
32	Of. nº 12/00-Pres., de 23/05/00, ao Ministério da Saúde, José Serra, solicitando as seguintes informações: a) Nome das instituições conveniadas ao Sistema Único de Saúde que apresentaram irregularidades no preenchimento dos relatórios das pacientes atendidas por ocasião do parto; e b) tipo de irregularidades apresentadas.
33	Ofício Circular nº 003/00-Pres, de 24/05/00, a todos os Secretários Estaduais de Saúde, reiterando os termos do Ofício-Circular nº 001/00-Pres, datado de 03/05/00.
34	Ofício nº 036/2000, de 22/05/00, do Secretário Estadual de Saúde do Piauí, informando existirem 8 comitês regionais de mortalidade e os mesmos estão em dificuldade de enviar dados solicitados pela CPI.
35	Anexo ao Ofício nº 036/2000, de 22/05/00, demonstrativo dos óbitos maternos ocorridos nos anos 1997, 1998 e 1999, Secretaria de Saúde do Piauí.
36	Ofício nº 05/00-Sec, de 25/05/2000, ao Diretor do DECOM, Sr. Sílvio Avelino, solicitando seja autorizada a despesa com passagem aérea para a Dra. Maria José de Oliveira Araújo, da Rede Feminista de Saúde.
37	FAX de 26/05/00, do Comitê de Mortalidade materna de Goiânia enviando dados da mortalidade materna em Goiás entre 1989 e 1999.
38	Termo de Seguimento.

VOLUME III	
Nº	DOCUMENTOS
01	Autuação
02	Lista de Presença de 30/05/00, 7ª Reunião – Audiência Pública e votação de requerimentos.

03	Requerimento nº 23, de 30/05/00, da Deputada Jandira Feghali, requerendo a convocação da Dra. Ana Cristina Silva, Diretora do Hospital Luís Palmiere, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre o tema tratado por esta CPI.
04	Requerimento nº 24, de 30/05/00, da Deputada Jandira Feghali, requerendo a convocação da Sra. Ziralda Leocádio de Andrade, submetida a uma cesariana no Hospital Louis Palmiere, resultado de uma gravidez psicológica.
05	Requerimento nº 25, de 30/05/00, da Deputada Jandira Feghali, requerendo a convocação da Dra. Maria Amélia Barreto Peixoto, Coordenadora da de Defesa da Infância e Juventude do Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro.
06	Requerimento nº 26, de 30/05/00, da Deputada Jandira Feghali, requerendo seja expedido pela Presidência da CPI, requerimento de informação ao Ministério da Saúde, solicitando os seguintes esclarecimentos: 1) Relação das instituições conveniadas ao Sistema Único de Saúde, em todo o Brasil, com respectivo número de leitos destinados a atendimento obstétrico; e 2) Relação dos hospitais federais, estaduais e municipais, em todo o Brasil, com respectivo número de leitos destinados a atendimento obstétrico, de 1995 a 1999.
07	Requerimento nº 27, de 30/05/00, da Deputada Elcione Barbalho, requerendo seja requisitado junto ao Departamento de Comunicação da Casa, profissional da área de Comunicação para prestar assessoria de imprensa à CPI.
08	Requerimento nº 28, de 30/05/00, do Deputado Eduardo Barbosa, requerendo que sejam convocado pela CPI os Senhores Secretários de Estado de Saúde dos Estados cujos comitês estaduais de controle de redução de mortalidade materna não tenham atendido, até o dia 05/06/00, as solicitações de fornecimento de dados sobre as ocorrências de mortalidade materna.
09	Requerimento nº 29/00, de 30/05/00, do Deputado Eduardo Barbosa, solicitando seja apreciado pelo Plenário desta CPI, Roteiro Complementar de Atividades, em anexo.
10	Requerimento nº 30, de 30/05/00, do Deputado Júlio Delgado, requerendo sejam convidadas para participarem de reunião de audiência pública todas as entidades privadas de planos de saúde.
11	Requerimento nº 31, de 30/05/00, do Deputado Dr. Rosinha, requerendo a formação de uma Subcomissão para visitar o Estado da Bahia, onde deverão buscar todos os dados, informações e arquivos sobre mortalidade materna.
12	Nota Taquigráfica nº 0597/00, de 30/05/00.
13	Ata da 7ª Reunião, 30/05/00.
14	Ofício 470/2000-GAB/SES, de 19/05/00, do Deputado Jofran Frejat, Secretário de Saúde do DF, remetendo, em anexo, cópias dos dados de mortalidade materna exercício 1998.
15	Of. 16/00-Pres., de 30/05/00, convidando o Dr. Rui Laurenti, Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde da USP, para comparecer na reunião de audiência pública do dia 06/06/00.
16	Of. Nº 04/00-SEC, de 30/05/00, ao Diretor do DECOM, Sr. Silvio Avelino, solicitando seja autorizada a despesa com passagem aérea para o Dr. Rui Laurenti.
17	Of. Nº 06/00-SEC, de 30/05/00, ao Diretor do DECOM, Sr. Silvio Avelino, solicitando seja autorizada a despesa com passagem para o Dr. José Aristodemo Pinotti.
18	Of. Nº 17/00-Pres., de 31/05/00, ao Exmo. Sr. Deputado Sérgio Cabral Filho, Presidente da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, solicitando autorizar a realização de audiência pública naquela Casa Legislativa, dia 20/06/00.
19	Of. Nº 18/00-Pres., de 31/05/00, a Exa. Sra. Deputada Graça Pereira, Presidente da Comissão Permanente de Assuntos da Mulher da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, solicitando apoio de infra-estrutura para a CPI, durante a audiência pública dia 20.05.00.
20	Of. Nº 138/00, de 02/06/00, da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, enviando material sobre o funcionamento dos comitês de prevenção à mortalidade materna e outros dados do Estado de Santa Catarina.

21	Documento “Programa de Atenção à Saúde da Mulher, Sub-Programa de Prevenção à Mortalidade Materna no município de São Paulo, Relatório sobre o ano 1996.
22	Of. Nº 2713/00/CESP/DSC/SES/MS, de 26/05/00, do Dr. Izaías Pereira da Costa, Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, remetendo dados do Comitê Estadual de Mortalidade materna do Estado de Mato Grosso do Sul.
23	Of./MBII/Nº 04/00, de 26/05/00, da Secretaria de Saúde e Saneamento do Acre, remetendo dados sobre o funcionamento do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.
24	Of. Nº 956/2000/GS, de 16/05/00, da Secretaria de Saúde do Paraná, remetendo dados sobre o funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna, com material elaborado para o Seminário dos dez anos dos Comitês de Mortalidade Materna (1989/1998)
25	Ofício nº 20/00-Pres., de 05/06/00, convidando o Dr. Gilberto Tanos Natalini, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.
26	Of. Nº 22/00-Pres., de 05/06/00, do Dr. José Aristodemos Pinotti, convidando-o para a reunião de audiência pública, dia 13/06/00.
27	Ofício/SESAN/GASEC/Nº 543/00, de 30/05/00, da Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins, remetendo dados sobre o Comitê Estadual de Mortalidade Materna.
28	Lista de Presença da 8º reunião, dia 06/06/00.
29	Requerimento nº 32, 06/06/00, da Deputada Jandira Feghali, requerendo a convocação da Sra. Lúcia Souto, ex-Deputada Estadual e Presidente da CPI que investigou a incidência de mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, para comparecer em reunião de audiência pública desta CPI.
30	Requerimento nº 33/00, da Deputada Marisa Serrano, requerendo seja realizada audiência pública desta CPI, no Estado de Mato Grosso do Sul.
31	Requerimento nº 34/00, da Deputada Lúcia Quinan, requerendo seja convidado para participar de reunião de audiência pública desta CPI, o Secretário de Saúde de Goiás, Dr. Elias Rassi.
32	Nota Taquigráfica nº 0644/00, de 06/06/00.
33	Ata da 8º Reunião, de 06/06/00.
34	Of. Nº 21/00-Pres., de 06/06/00, à Dra. Leila Linhares, convidando-a para participar de reunião de audiência pública dia 20/06/00.
35	Of. nº 23/00-Pres., de 06/06/00, à Dra. Lígia Doutel de Andrade, Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro, convidando-a para participar de reunião de audiência pública.
36	Of. nº 24/00-Pres., de 06/06/00, à Dra. Carmem Athayde dos Santos, Diretora do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães do Rio de Janeiro, convidando-a para comparecer em reunião de audiência pública desta CPI, dia 20/06/00.
37	Of. Nº 25/00-Pres., convidando a Dra. Sonia Correia para participar da reunião de audiência pública dia 20/06/00.
38	Of. nº 26/00-Pres., de 06/06/00, ao. Exmo. Sr. Procurador do Ministério Público Estadual, convidando-o para participar de reunião de audiência pública dia 20/06/00.
39	Of. nº 27/00-Pres., de 06/06/00, à Dra. Ana Cristina Silva, Diretora do Hospital Luis Palmiere, convidando-a para participar de reunião de audiência pública dia 20/06/00.
40	Of. nº 28/00-Pres., de 06/06/00, à Dra. Lúcia Souto, Presidente do Grupo Executivo de Agenda 21, convidando-a para participar de reunião de audiência pública, dia 20/06/00.
41	FAX de 06/06/00, da Deputada Maria de Lourdes Abadia, encaminhando Of. GP-O/MA/1715/00, de 01/06/00, no qual o Presidente da Casa, Michel Temer, designa a referida parlamentar para missão oficial no período de 05 a 09 de junho de 2000.
42	Of. EB 048/00, de 06/06/00, do Sr. Angelo B. M. de Andrade, Chefe de Gabinete da Deputada Elcione Barbalho, comunicando que a referida parlamentar, no período de 05 a 09 de junho, estará em missão oficial na Assembléia Geral as Nações Unidas, conforme cópia do Of. GP-

	O/MA/1693/00, de 30/05/00, do Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados.
43	Of. nº 1713/00-SABS, de 05/06/00, do Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros, Secretário de Estado de Saúde, reiterando informações sobre o Comitê Estadual de Mortalidade materna de Goiás.
44	Of. nº 527/00, do Secretário de Saúde da Bahia, respondendo o Ofício-Circular nº 001/00-Pres., da Presidência desta CPI.
45	Ofício nº 615/GAB 213/00, de 07/06/00, da Deputada Ana Catarina, solicitando à Presidência desta CPI que sejam justificadas as suas ausências nas reuniões dos dias 27/04, 23/05, 24/05 e 06/06/2000, por estar em missão oficial no Estado do Rio Grande do Norte.
46	FAX da Sra. Maria Goretti Moraes, Presidente do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Estado do Rio Grande do Norte, enviando dados referentes às mortes maternas de residentes no Rio Grande do Norte no período de 1980 a 1999.
47	Of. nº 185/CONASEMS, de 08/06/00, do Dr. Gilberto Tanos Natalini, agradecendo o convite da CPI para reunião de audiência pública e indicando a Dra. Maria Teresa Porto para representar o CONASEMS na referida reunião.
48	Ofício S/GS nº 1355/2000, de 05/06/00, do Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, respondendo o Ofício Circular 003/00-Pres., de 24/05/00.
49	Of. nº 024/00, de 16/05/00, do Dr. Rui Gilberto Ferreira, Presidente do Comitê Estadual de Investigação de Morte Materna do Estado de Goiás, respondendo ao Ofício Circular nº 001/00-Pres., de 03/05/00.
50	Of. nº 33/00-Pres., de 09/08/00, ao Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando seja prorrogado o prazo de funcionamento desta Comissão por 60 (sessenta) dias, até 10/11/00.
51	FAX nº 218, de 09/06/00, da Sra. Lúcia de Fátima Miranda Santos, Chefe de Gabinete da Secretaria Executiva da Saúde Pública do Estado do Pará, referindo-se ao Ofício Circular 003/00-Pres., de 03/05/00.
52	Ofício nº 728/00-SESA, de 08/06/00, do Dr. Lineu da Silva Fagundes, Secretário de Saúde do Amapá, referindo-se ao Ofício Circular nº 001-Pres., de 03/05/00, enviando dados disponíveis da mortalidade materna, período 1990 a 1998.
53	Comunicação da Secretaria da Comissão sobre a reunião do dia 13/06/00.
54	Of. nº 054/2000, de 12/06/00, da Sra. Patrícia Lima, Chefe de Gabinete da Deputada Alcione Athayde, justificando a ausência da parlamentar às reuniões dias 23/05, 30/05, 06/06 e 13/06/2000.
55	Termo de Seguimento.

VOLUME IV

VOLUME IV	
Nº	DOCUMENTOS
01	Lista de Presença dia 13/06/00.
02	Termo de Reunião, dia 13/06/00.
03	Ofício nº 98/GASS/SESAU, de 13/06/00, da Dra. Claudete Martins de Lima, gerente do GASS/SESAV, Secretaria de Saúde de Rondônia, respondendo o Ofício Circular nº 003/00-Pres., de 24/05/00.

04	Ofício nº 29/00-Pres., de 13/06/00, ao Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando justificar as faltas dos Deputados participantes da Comitiva que se deslocará para reunião de audiência pública no Rio de Janeiro, dia 20/06.
05	Ofício nº 30/00-Pres., de 13/06/00, ao Primeiro Secretário da Câmara dos Deputados, Deputado Ubiratan Aguiar, solicitando justificar as faltas dos funcionários participantes da Comitiva que se deslocará para reunião de audiência pública no Rio de Janeiro, dia 20/06.
06	FAX de 12/06/00, do Dr. Aristodemo Pinotti, agradecendo o convite recebido da CPI para participar de reunião de audiência pública.
07	Ofício/O/CMMI/Nº 01/00, de 13/06/00, da Secretaria de Saúde de Tocantins, em resposta ao Ofício Circular nº 002/00-Pres., desta CPI, assinado por Sr. João Bosco de Oliveira, Presidente do Comitê de Mortalidade materna e Infantil de Tocantins, informando que o Comitê encontra-se em fase de estruturação, não sendo possível remeter os dados solicitados.
08	Of. SES nº 0802/2000, de 29/05/00, do Dr. Adelmo Carneiro Leão, Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, prestando informações sobre o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna no Estado de Minas Gerais.
09	Of. 897/GAB/SESS/ACRE, de 06/06/2000, da Secretaria de Saúde e Saneamento do Acre, encaminhando informações sobre o funcionamento do Comitê Estadual de Mortalidade materna do Acre.
10	Ofício nº 814-Req 432GS, de 05/06/2000, da Secretaria de Saúde de Sergipe, atendendo Of. Circular 001/00-Pres., e enviando Relatório do Comitê Estadual de Mortalidade Materna daquele Estado.
11	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Armando José, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
12	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado João Peixoto da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06..
13	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Cory Pillar, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
14	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Carlos Minc, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
15	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Átila Nunes, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
16	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Chico Alencar, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
17	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Cosme Sallas, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
18	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Carlos Correia, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
19	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Dica, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
20	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Cida Diogo, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
21	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Blandino Amaral, da Assembléia

	Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
22	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Roberto Dinamite, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
23	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Paulo Pinheiro, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
24	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Cidinha Campos, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
25	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Paulo Ramos, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
26	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Uzias Mocotó, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
27	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Sivuca, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
28	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Pedro Augusto, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
29	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Walney Rocha, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
30	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Sérgio Cabral Filho, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
31	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Solange Amaral, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
32	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Pedro Fernandes, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
33	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Washington Reis, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
34	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Tânia Rodrigues, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
35	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Renato de Jesus, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
36	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Wolney Trindade, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
37	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Albano Reis, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
38	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Sula, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.

39	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado André Ceciliano, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
40	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Aparecida Gama, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
41	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Alice Tamborindaguy, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
42	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Andreia Zito, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
43	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Alessandro Calazans, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
44	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado André Luiz, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
45	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Alberto Brisola, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
46	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Jorge Picciani, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
47	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Fábio Raunheltti, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
48	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Edmilson Valentim, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
49	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Paulo Melo, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
50	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Nelson Gonçalves, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
51	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Farid Abraão David, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
52	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Edson Albertassi, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
53	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Hélio Luz, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
54	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Elder Dantesi, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
55	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Henry Charles, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.

56	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Geraldo Moreira, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
57	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Eraldo Macedo, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
58	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Ismael de Souza, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
59	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Jamil Haddad, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
60	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Graça Matos, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
61	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Emani Boldrin, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
62	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Graça Pereira, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
63	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Arthur Messias, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
64	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Cladeci, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
65	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Carlos Dias, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
66	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Magaly Machado, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
67	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Nilton Salomão, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
68	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado José Cláudio, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
69	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Manoel Rosa, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
70	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Núbia Cozzolino, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
71	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado José Divino, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
72	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Marco Figueiredo, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.

73	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Mário Luiz, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
74	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Junior do Posto, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
75	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Marquinho Mendes, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
76	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Paulo Albernaz, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
77	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, ao Deputado Laprovita Vieira, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
78	Ofício-Circular nº 004/00-Pres., de 15/06/2000, à Deputada Magaly Machado, da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, convidando-a para participar da reunião de audiência pública no dia 20/06.
79	Termo de Juntada de 15/06/00.
80	Bioética e as Mulheres, documento encaminhado pela Dra. Ana Cristina Tanaka, Pesquisadora e Professora da USP.
81	Of. GAB 189/2000, de 12/06/00, do Sr. Vanilton Bezerra Pinto, Chefe de Gabinete do Deputado Júlio Delgado encaminhando cópia do ofício GP/O/MA/1344/00, do Presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Michel Temer, designando o referido parlamentar para participar da 88ª Reunião da Conferência do Trabalho, dia 10/06/00.
82	Ofício 0418/SEMSA/00, de 19/06/00, da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, Dr. Abel Martinez Dominguez, informando dados da paciente Visceralda Leocádio de Andrade e informando não poder comparecer à reunião de audiência pública do dia 20/06/00, realizada pela CPI.
83	Of. nº 07/00-Sec, de 19/06/00, da Secretaria da CPI, ao Dr. Silvio de Paula Borges, Diretor da Coordenação de Audiovisual, solicitando 10 (dez) fitas cassetes.
84	Lista de Presença da reunião de 20/06/00.
85	Nota Taquigráfica 0774/00, da reunião de 20/06/00.
86	Ata da 9ª Reunião , dia 20/06/00.
87	Ofício GDPP 039/2000, de 19/06/00, do Deputado Paulo Pinheiro, ao Presidente do CREMERJ, comunicando grave denúncia sobre o atendimento materno-infantil no Rio de Janeiro.
88	Doc. Da Prefeitura do Rio de Janeiro, com dados de óbitos, maternos ocorridos nos anos 1996/1999.
89	Cópia do Projeto de Lei da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, que autoriza o Poder Executivo a celebrar convênio com as prefeituras municipais do Estado do Rio de Janeiro.
90	Doc. do Deputado Paulo Pinheiro, comunicando denúncia ao Procurador-Geral de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.
91	Termo de Seguimento.

VOLUME V	
Nº	DOCUMENTOS
01	Of. nº 31/00-Pres., de 28/06/00, ao Dr. José Luís Pinaud, Secretário de Estado de Justiça do Rio de Janeiro, solicitando cópias dos prontuários da Sra. Vicalda Leocádio de Andrade, enviadas à 72ª Delegacia de Polícia, pelo Secretário Municipal de Saúde, Dr. Abel Martinez Dominguez no dia 13/03/00.
02	Of. GAB nº 1303/2000, de 15/06/00, do Dr. José Eduardo Martins Gonçalves, Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, respondendo o Ofício-Circular nº 003/00-Pres, desta CPI.
03	Of. nº 32/00-Pres., de 29/06/00, ao Coronel PM Josias Quintal de Oliveira, Secretário de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, solicitando cópias dos prontuários da Sra. Vicalda Leocádio de Andrade, enviadas à 72ª Delegacia de Polícia, pelo Secretário Municipal de Saúde, Dr. Abel Martinez Dominguez no dia 13/03/00.
04	FAX do Comitê Estadual de Mortalidade Materna do Pará, respondendo ao Ofício-Circular nº 003, de 24/05/00, desta CPI.
05	Of. nº 0767/SES/GS/2000, da Secretaria de Saúde do Mato Grosso, respondendo Ofício-Circular nº 001/00-Pres., desta CPI.
06	Of. nº 141/2000, de 06/06/00, da Secretaria de Saúde do Ceará, respondendo Ofício-Circular nº 002/00-Pres., desta CPI.
07	Of. nº 140/2000, de 06/06/00, complementando as respostas ao Ofício Circular 002/00-Pres., desta CPI e enviando Atas das Reuniões, avanços da vigilância Epidemiológica da mortalidade materna e dados demonstrativos da mortalidade materna no Ceará.
08	Of. nº 681/2000-SESA/CE, de 26/06/00, do Dr. Anastácio de Queiroz Souza, Secretário da Saúde do Ceará, enviando dados em resposta ao Ofício-Circular nº 002/00-Pres., desta CPI.
09	Of. nº 080/00-MDER, de 27/07/00, do Dr. Joaquim Vaz Parente, Diretor da Maternidade Dona Evangelina Rosa, Teresina – PI, enviando dados sobre a mortalidade materna no Piauí, com Relatório de atividades do Comitê Estadual de Prevenção de Morte Maternas, ano 1996.
10	Of. nº 33/00-Pres., de 09/08/00, ao Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando seja prorrogado o prazo de funcionamento da CPI até 10/11/00.
11	Of. nº 34/00-Pres., de 09/08/00, ao Cel. PM Josias Quintal de Oliveira, Secretário de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, reiterando os termos do Ofício nº 32/00, de 29/06/00.
12	Of. nº 08/00-Sec, de 09/08/00, ao Sr. Sílvio Avelino, no sentido de que seja autorizada a despesa com passagem aérea para o Dr. Hélvio Bertolozzi, Vice-Presidente da Comissão de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, que virá a esta CPI no dia 23/08/00.
13	Of. nº 35/00-Pres., de 09/08/00, ao Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando seja autorizada a realizada a realização de despesas com passagem aérea para o Dr. Hélvio Bertolozzi.
14	Of. nº 36/00-Pres., de 16/08/00, ao Dr. Hélvio Bertolozzi, convidando-o para participar da reunião de audiência pública dia 23/06/00.
15	Doc. Do Comitê Estadual de Mortalidade Materna de Roraima, 1999, contendo três páginas.
16	Relatório da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.
17	Of. GS/Nº 856/00, de 11/07/00, do Dr. José Maria de França, Secretário de Saúde da Paraíba, respondendo o Ofício-Circular nº 003/00-Pres., desta CPI.
18	Of. Gab. Nº 078/00, de 08/08/00, da Deputada Lúcia Quinan, encaminhando Relatórios de óbitos femininos que foram enviados pelo Dr. Rui Gilberto Ferreira, Presidente do Comitê Estadual de Investigação de Morte Materna de Goiás.
19	Termo de Seguimento.

VOLUME VI

Nº	DOCUMENTOS
01	Lista de Presença da 10ª Reunião, realizada em 23/08/00.
02	Ata da 10ª Reunião, realizada em 23/08/00.
03	Nota Taquigráfica nº 0897/00, de 23/08/00.
04	Of. 1545/0001-2000, de 22/08/2000, do Coronel Josias Quintal de Oliveira, Secretário de Segurança Pública do Rio de Janeiro, respondendo aos ofícios 32/00 e 34/00, de 29/06 e 09/08, desta CPI.
05	Juntada de 23/08/00, documento entregue pelo Dr. Hêlvio Bertolozzi na reunião de audiência pública do dia 23/08/00.
06	Of. 743/ASPAR/GM/MS, de 23/08/00, do Dr. Manuelito Pereira Magalhães Júnior, Assessor Especial do Ministro da Saúde, reportando-se ao Requerimento nº 30 de 30/05/00, do Deputado Júlio Delgado e prestando informações sobre os planos de saúde.
07	Juntada de 23/08/00 – 1) documento elaborado para o seminário dos dez anos dos Comitês de Mortalidade Materna no Paraná – 12 a 14 de agosto de 1999 – os riscos da mortalidade materna no Paraná 1989 – 1998; 2) Pré-Natal, Parto e Puerpério e Atenção do Recém-Nascido; Estudo de casos de óbitos maternos 1996, Comitê Estadual do Paraná; 3) mortalidade materna 2000. Todos os documentos da Secretaria de Saúde do Paraná.
08	Documentos do Ministério da Saúde: - situação dos Comitês Estaduais de Mortalidade Materna; - Guia prático, maternidade segura, assistência ao parto normal, um guia prático
09	Termo de Seguimento.

VOLUME VII

Nº	DOCUMENTOS
01	Of. s/n de 22/08/00, dos Deputados Elcione Barbalho e Eduardo Barbosa à Presidente da CPI, Deputada Fátima Pelaes.
02	Of. nº 2.332/2000-GS, de 04/08/00, do Dr. José da Silva Guedes, Secretário de Saúde de São Paulo, enviando dados em resposta ao Ofício – Circular nº 003/00-Pres., desta CPI.
03	Of. nº 43/00/UNAC/DECAS/SAS/MS, de 14/7/00, do Ministério da Saúde, em resposta ao ofício nº 12/00-Pres., desta CPI, informando que os dados solicitados encontram-se em fase de análise.
04	Of. nº 011/2000 – Comitê Central de Mortalidade Materna do DF, de 11/08/00, respondendo ao ofício nº 002/00-Pres, de 16/05/00, desta CPI.
05	Of. s/n, de 28/07/00, do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco, prestando informações solicitadas por esta CPI.

06	Of. nº 799 ASPAR/GM/MS, de 04/09/00, do Dr. Manuelito Pereira Magalhães Junior, Assessor Especial do Ministro da Saúde, informando dados da Secretaria Executiva sobre partos realizados pelo SUS – 1995/1999.
07	Ofício nº 760/ASPAR/GM/MS, de 01/09/2000, do Dr. Manuelito Pereira Magalhães Júnior, encaminhando informações da Secretaria de Assistência à Saúde sobre o Requerimento nº 26, da Deputada Jandira Feghali.
08	Ofício nº 1639/0001-2000, de 05/09/00, do Coronel Josias Quintal de Oliveira, Secretário de Segurança Pública do Rio de Janeiro, encaminhando informações complementares prestadas pela chefia de Gabinete da Polícia Civil daquele Estado.
09	Termo de Seguimento.

VOLUME VIII	
Nº	DOCUMENTOS
01	Lista de Presença da 11ª Reunião realizada em 13/09/00.
02	Termo de Reunião de 13/09/00.
03	Of. s/nº, de 03/10/00, do Dr. Raimundo Antonio da Silva, do Comitê Estadual do Maranhão remetendo informações básicas e publicações referentes ao Comitê Estadual de Morte Materna.
04	Lista de Presença da 11ª Reunião, de 17/10/00.
05	Requerimento nº 35, de 12/09/00, do Deputado Eduardo Barbosa.
06	Requerimento nº 36, de 13/09/00, do Deputado Eduardo Barbosa.
07	Nota Taquigráfica 000978/00, de 17/10/00.
08	Ata da 11ª Reunião de 17/10/00.
09	Of. s/nº, de 17/10/00, da Sra. Maia de Fátima Araújo Dantas, Chefe de Gabinete da Deputada Telma de Souza, justificando ausência da Parlamentar às reuniões da CPI.
10	Requerimento nº 37, de 17/10/00, do Deputado Eduardo Barbosa.
11	Carta CFEMEA nº 113/00, de 04/10/00, à Deputada Elcione Barbalho, Relatora da CPI.
12	Lista de Presença da 12ª Reunião, de 18/10/00.
13	Nota Taquigráfica nº 001014/00, de 18/10/00.
14	Lista de Presença da 12ª Reunião, realizada em 18/10/00.
15	Ofício nº 090/GAB 474, de 19/10/00, do Deputado Dr. Rosinha.
16	Ofício nº 421/2000-MPDFT/Pró-Vida, de 23/10/00, do Dr. Diaulas Costa Ribeiro, Promotor Justiça, agradecendo o convite da CPI para participar de reunião de audiência pública.
17	Of. CFM nº 7550/2000, do Dr. Edson de Oliveira Andrade, Presidente do Conselho Federal de Medicina, indicando o Dr. Pedro Magalhães Chacel, para representar o Conselho Federal de Medicina em reunião de audiência pública desta CPI.
18	Lista de Presença da 13ª Reunião realizada em 31/10/00.

19	Ata da 13ª Reunião, de 31/10/00.
20	Nota Taquigráfica nº 001026/00, de 31/10/00.
21	Doc. Da Rede Feminista, deixado pela Dra. Maria José, dossiê mortalidade materna.
22	Cartas da Amazônia para a CPI da Mortalidade Materna, Projeto de Mara Régia para a Fundação Mac Arthur com apoio da UNICEF.
23	Of. nº 42/00-Pres., de 01/11/00, ao Vereador Márcio Matozinhos dos Anjos, Presidente da Câmara de Vereadores de Campo Grande – MS, solicitando autorizar a realização de audiência pública da CPI naquela Casa.
24	Of. nº 43/00-Pres., de 01/11/00, ao Dr. Geraldo Rezende Lima, Secretário Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, convidando-o para participar de reunião de audiência pública da CPI dia 14/11/00..
25	Of. nº 44/00-Pres., de 01/11/00, à Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi, Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, para participar de reunião audiência pública dia 14/11/00.
26	Of. nº 45/00-Pres., de 01/11/00, ao Dr. Roni Marques, Presidente do Conselho Regional de Medicina de Campo Grande – MS, convidando-o para participar de reunião audiência pública dia 14/11/00.
27	Of. nº 46/00-Pres., de 01/11/00, à Dra., Lúcia Reis D’Avila, Promotora de Justiça da Delegacia da Cidadania do Ministério Público do Estado do Mato Grosso do Sul, convidando-a para participar de reunião audiência pública.
28	Of. nº 47/00-Pres., de 01/11/00, ao Dr. Rubens Marques dos Santos, Professor Adjunto de Ginecologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, convidando-o para participar de reunião audiência pública dia 14/11/00.
29	Of. nº 48/00-Pres., de 01/11/00, à Dra. Rosângela Barros, Conselheira Estadual dos Direitos da Mulher, convidando-a para participar de reunião audiência pública dia 14/11/00.
30	Of. nº 49/00-Pres., de 01/11/00, ao Dr. Francisco Luiz Nanci Fluninhan, convidando-o para participar de reunião audiência pública dia 14/11/00.
31	Termo de Reunião de 08/11/00.
32	Of. nº 95/GAB 474, de 06/11/00, ao Deputado Dr. Rosinha.
33	Lista de Presença de 08/11/00, da 14ª Reunião.
34	Ofício nº 21/00, de 10/11/00, ao Deputado Londres Machado, convidando-o a participar de reunião de audiência pública dia 14/11/00.
35	Of. nº 22/00-Pres., de 10/11/00, ao Professor Manoel Catarino Paes, Magnífico Reitor da Universidade Federal de Mato Grosso Sul, convidando-o para participar de reunião de audiência pública dia 14/11/00.
36	Of. nº 23/00-Pres., de 10/11/00, ao Padre José Marinon, Magnífico Reitor da Universidade Católica Dom Bosco, convidando-o para participar de reunião de audiência pública dia 14/11/00.
37	Of. nº 24/00-Pres., de 10/11/00, ao Dr. Pedro Chaves, Magnífico Reitor da Universidade para o Desenvolvimento do Pantanal – UNIDERP, convidando-o para participar de reunião de audiência pública dia 14/11/00.
38	Of. nº 19/00-Sec, de 10/11/00, ao Deputado Michel Temer, solicitando justificar as faltas dos Deputados que se deslocarão para a audiência pública em Campo Grande – MS, no dia 14/11/00.
39	Of. nº 20/00-Sec, de 10/11/00, ao Primeiro Secretário da Câmara dos Deputados, solicitando justificar as faltas dos funcionários que se deslocarão para a audiência pública em Campo Grande – MS, no dia 14/11/00.
40	Termo de Seguimento

VOLUME IX

Nº	DOCUMENTOS
01	Aviso nº 738/GM, de 06/11/00, do Ministro José Serra, reportando-se ao Ofício nº 12/00-Pres., de 23/05/00, referente ao Requerimento de Informação nº 21, de 2000, da Deputada Jandira Feghali, e encaminhando as informações prestadas pela Secretaria de Assistência à Saúde.
02	Ofício nº 901/ASPAR/GM, de 16/11/00, do Sr. Manuelito Pereira Magalhães Júnior, Assessor Especial do Ministro da Saúde, complementando as informações do Requerimento de Informação nº 21 da Deputada Jandira Feghali, juntando cópia dos ofícios da Secretaria de Assistência a Saúde à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, encaminhando as denúncias apresentadas pelos usuários do SUS. Anexos: - Ofício SAS/Nº 828, de 08/06/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves; - Of. nº 1151, de 27/07/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 1218, de 12/08/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 1420, de 21/09/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 1530, de 19/10/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 1633, de 24/11/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 1720, de 16/12/99, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 054, de 21/01/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 240, de 21/02/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 346, de 30/03/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 391, de 13/04/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves.

	Gonçalves. - Of. nº 544, de 26/05/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 709, de 12/07/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 816, de 16/08/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 847, de 24/08/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 951, de 25/09/00, do Sr. Renilson Rehem de Souza, Secretário de Assistência a Saúde do Ministério de Saúde, ao Sr. Procurador Federal dos Direitos do Cidadão Dr. Wagner Gonçalves. - Of. nº 91/UNAC/DECAS/SAS/MS, de 31/10/00, do Ministério da Saúde, Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas, da Sra. Maria de Fátima Teixeira dos Reis, ao Sr. João Gabbardo dos Reis, enviando listagem do nome
	das instituições conveniadas ao SUS que apresentam irregularidades e os tipos de irregularidades apresentadas; - Listagem Alínea A - Listagem Alínea B; e - Listagem Alínea B1.
03	Termo de Seguimento.
VOLUME X	
Nº	DOCUMENTOS
01	Lista de Presença da 14ª Reunião, de 14/11/00.
02	Nota Taquigráfica nº 001083/00, de 14/11/00.
03	Ata da 14ª Reunião de 14/11/00.
04	Lista de Presença da 15ª Reunião de 14/11/00.
05	Nota Taquigráfica nº 001084/00, de 14/11/00.
06	Ata da 15ª Reunião de 14/11/00.
07	Ficha de Qualificação da convidada Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi.
08	Assentada, Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi.
09	Ficha de Qualificação da Dra. Sara Ricarti.
10	Assentada, Dra. Sara Ricarti.
11	Ficha de Qualificação de Dr. Lairson Rui Palermo.

12	Assentada, Dr. Lairson Rui Palermo.
13	Ficha de Qualificação do Dr. Rubens Marques dos Santos.
14	Assentada, Dr. Rubens Marques dos Santos.
15	Ficha de Qualificação da Dra. Rosangela Barros.
16	Assentada da Dra. Rosangela Barros.
17	Ficha de Qualificação do Dr. Geraldo Resende Pereira.
18	Assentada Dr. Geraldo Resende Pereira
19	Ficha Qualificação Dra. Nadine R. Pereira
20	Assentada Dra. Nadine R. Pereira.
21	Documento sobre mortalidade materna entregue pelo convidado Dr. Rubens Marques dos Santos, Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
22	Documento entregue pela Dra. Sara, Promotora de Justiça, convidada para audiência pública – “Definições Relacionadas com a Mortalidade Materna”.
23	Palestra do Dr. Geraldo Rezende, Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, na reunião de audiência pública do dia 14/11/00.
24	Lista de Presença da 16ª Reunião, dia 22/11/00.
25	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Paraná, Sr. Armando Raggio, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
26	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, à Secretária de Saúde de Sergipe, Dra. Marta de Oliveira, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
27	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde de Goiás, Dr. Fernando Cupertino de Barros, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
28	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde da Paraíba, Dr. José Maria de França, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
29	Ofício Circular nº 005 /00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Distrito Federal, Dr. Jofran Frejat, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
30	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde de Roraima, Dr. Rodolfo Pereira, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
31	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Estado do Amapá, Dr. Adailton de Souza Nunes, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
32	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Ceará, Dr. Anastácio de Queiroz Sousa, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
33	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Estado do Tocantins, Dr. Eduardo Novaes Medrado, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
34	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde de São Paulo, Dr. José da Silva Guedes, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
35	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Rio Grande do Norte, Dr. Gilson Fernandes, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
36	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde da Bahia, Dr. José Maria Magalhães, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.

37	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, à Secretária de Saúde do Acre, Dra. Grace Mônica Alvin Coelho de Araújo Rocha, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
38	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde de Minas Gerais, Dr. Carlos Patrício Freitas Pereira, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
39	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde da Alagoas, Dr. Jurandir Bóia Rocha, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
40	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde de Pernambuco, Dr. Guilherme José Cavalcante, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
41	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Piauí, Dr. Paulo Afonso Lages Gonçalves, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
42	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, Dra. Maria Luiza Jaeger, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
43	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde do Mato Grosso do Sul, Dr. Isaías Pereira da Costa, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
44	Ofício Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, ao Secretário de Saúde de Mato Grosso, Dr. Júlio Strubing Muller Neto, solicitando documentação referente a mortalidade materna naquele Estado.
45	Doc. Entregue pela Promotora de Justiça, Dra. Kátia Lemos, em 22/11/00. Relatório nº 85/00 – Mortalidade Materna, Gravidez, Parto e Puerpério.
46	Nota Taquigráfica nº 001113/00, de 22/11/00.
47	Ata da 16ª Reunião, de 22/11/00.
48	Termo de Seguimento.

VOLUME XI

Nº	DOCUMENTOS
01	Documento do Ministério Público da União, Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – PROSUS (Relatório – Mortalidade Materna na Gravidez, Parto e Puerpério)
02	Ofício nº 1549/00/GAB/SESPA, de 29/11/00, do Dr. José Manoel de Souza Marques, Secretário Executivo de Saúde Pública, em atenção ao Ofício – Circular nº 005/00-Pres., encaminhando relatórios extraídos do Banco de Dados do sistema de Mortalidade referentes aos anos 1995/1999.
03	Lista de Presença da reunião de 06/12/00.
04	Nota Taquigráfica nº 001266/00, de 06/12/00.
05	Ata da 17ª Reunião, de 06/12/00.
06	Ficha Assentada Dra. Regina Celles de Rosa Stella.
07	Qualificação Dra. Regina Celles de Rosa Stella.

08	Ficha Assentada Dr. Meraldo Zisman.
09	Qualificação Dr. Meraldo Zisman.
10	Carta CFEMEA nº 156/2000 de 6/12/00, encaminhando propostas para a redução da mortalidade materna elaboradas pela Rede Saúde.
11	Ofício/SESAU/CIDS/Nº 042/00, de 4/12/00, da Sra. Liana Rosicler Teixeira Nunes Fave, da Secretaria de Saúde do Tocantins, informando que o Comitê de Mortalidade Materna naquele Estado encontra-se em fase de implantação e enviando cópia das declarações de óbitos ocorridos de 1996/1999.
12	Lista de Presença da 18ª Reunião, de 12/12/00.
13	Nota Taquigráfica nº 001293/00, de 12/12/00.
14	Ata da 18ª Reunião de 12/12/00.
15	Ofício 3.375/00, de 08/12/00, da Secretaria de Saúde de Goiás, assinado pelo Dr. Fernando Cupertino de Barros encaminhando documentação SES/GO, em resposta ao Ofício-Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, desta CPI.
16	Ofício nº 2057/SESS, 07/12/2000, da Dra. Grace Mônica Alvim C. de Araújo Rocha, Secretária de Saúde e Saneamento do Acre, encaminhando documentação em resposta ao Ofício-Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, desta CPI.
17	Termo de Seguimento.
VOLUME XII	
Nº	DOCUMENTOS
01	Ofício nº 20/01/GS, de 08/01/01, do Dr. José Maria de França, Secretário de Saúde da Paraíba, respondendo o Ofício-Circular nº 005/00-Pres., desta CPI, encaminhando relatórios e/ou prontuários de pacientes com óbitos maternos registrados no Estado.
02	Ofício nº 65/00, de 27/12/00, do Dr. José Célio de Figueiredo, Diretor do Hospital Distrital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, informando que 1995/1999 não houve óbitos maternos.
03	Declaração da Enfermeira-Chefe do Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva, declarando que 1995/1996 não houve óbito materno.
04	Ofício s/nº, de 21/12/00, da Sra. Maria E. Medeiros Fininzola, da Direção da Maternidade Dr. Peregrino Filho, remetendo cópia de prontuários de folhas 5 a302.
05	Termo de Seguimento.

VOLUME XIII	
Nº	DOCUMENTOS

01	Lista de Presença da 19ª Reunião, realizada em 14/03/01.
02	Nota Taquigráfica nº 000056/01 de 14/03/01.
03	Ata da 19ª Reunião, de 14/03/01.
04	Ofício nº 1567/GG/GQV, de 06/12/00, da Gerência de Qualidade de Vida do Maranhão, Dr. João Guilherme de Abreu, solicitando prorrogação do prazo estabelecido na Carta-Circular nº 005/00-Pres., desta CPI, uma vez que não será possível atender ao solicitado no referido expediente no prazo ali estabelecido.
05	Ofício S/GS Nº 710/2001, do Dr. Gilson Catarino O'Dwyer, Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, respondendo o Ofício-Circular nº 005/00-Pres., desta CPI.
06	Ofício nº 06107/00-G SUSAM, de 12/12/00, do Dr. Orestes Guimarães, Subsecretário de Estado de Saúde – SUSAM, Manaus – Amazonas, referindo-se ao Ofício-Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, desta CPI, informando não ter condições de atender aquela solicitação.
07	Ofício 001762/00, de 15/12/00, do Dr. Paulo Afonso Lages Gonçalves, Secretário de Saúde do Piauí, referindo-se ao Ofício-Circular nº 005/00-Pres., de 22/11/00, informando não ter condições de atender as exigências contidas no referido ofício.
08	Ofício nº 216/01-AG, de 15/03/2001, da Deputada Angela Guadagnin, solicitando a justificação da ausência na reunião de 14/03/01.
09	Of. nº 71/01-Pres., de 21/03/01, ao Deputado Sérgio Zambiasi, Presidente da Assembleia Legislativa.
10	Termo de Seguimento.

VOLUME XIV	
Nº	DOCUMENTOS
01	Folha de Autuação.
02	Lista de Presença da 20ª Reunião, dia 05/04/01, 9 horas.
03	Nota Taquigráfica 000198/01, de 05/04/01, 20ª Reunião.
04	Ata da 20ª Reunião, dia 05/04/01.
05	Lista de Presença da 21ª Reunião, dia 05/04/01, 14 horas.
06	Nota Taquigráfica nº 000199/01, de 05/04/01, 21ª Reunião.
07	Ficha Assentada de Dra. Enid Diva Marx Backes.
08	Ficha Qualificação Dra. Enid Diva Marx Backes)
09	Ficha Assentada Dra. Enid Diva Marx Backes)
10	Qualificação Dra. Enid Diva Marx Backes
11	Ficha Assentada Dr. Sérgio Moreira Espinosa.

12	Ficha Qualificação Dr. Sérgio Moreira Espinosa.
13	Ficha Assentada Sr. Fernando de Oliveira Moreira.
14	Ficha Qualificação Sr. Fernando de Oliveira Moreira.
15	Ficha Assentada Sr. Mário de Oliveira Smith
16	Ficha Qualificação Sr. Mário de Oliveira Smith
17	Ficha Assentada Dr. Sérgio Moreira Martins Costa.
18	Ficha Qualificação Dr. Sérgio Moreira Martins Costa
19	Ficha Assentada Dra. Ivete Teixeira Costa
20	Ficha Qualificação Dra. Ivete Teixeira Costa
21	Ficha Assentada Dra. Regina Barros Nogueira.
22	Ficha Qualificação Dra. Regina Barros Nogueira.
23	Ficha Assentada Sra. Lúcia Maria Gorgen.
24	Ficha Qualificação Sra. Lúcia Maria Gorgen.
25	Ficha Assentada Sra. Soraia Schmidt
26	Ficha Qualificação Sra. Soraia Schmidt
27	Ficha Assentada Sra. Maria Luiza Jaeger.
28	Ficha Qualificação Sra. Maria Luiza Jaeger.
29	Of. 1659/2001, de 05/04/2001, do Deputado Roque Grazziotin, Presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, enviando cópia documentação relativa ao caso envolvendo o erro médico contra a Sra. Vânia Araújo Machado.
30	Lista de Presença da 22ª Reunião, de 17/04/01.
31	Nota Taquigráfica 000214/01, de 17/04/01.
32	Ata da 22ª Reunião realizada em 17/04/01.
33	Of. 226/01-AG, de 17/04/01, da Deputada Angela Guadagnin apresentando sugestões ao Relatório Final da CPI.
34	Of. nº 96/01-Pres., de 17/04/01, ao Deputado Roque Grazziotin, Presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, solicitando cópias das fitas referentes às reuniões de audiência pública realizadas no dia 05/04/01, na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.
35	Of. nº 97/01-Pres., de 18/04/01, ao Deputado Sérgio Zambiasi, Presidente da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, agradecendo pela colaboração aos Trabalhos da CPI, naquela Casa Legislativa.
36	Of. nº 98/01-Pres., de 18/04/01, ao Deputado Roque Grazziotin, Presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, agradecendo a valiosa colaboração aos trabalhos desenvolvidos pela CPI naquela Casa Legislativa.
37	Of. s/nº, de 18/04/01, do Sr. Joelson Pinheiro Meira, Chefe de Gabinete da Deputada Nice Lobão, informando que a referida parlamentar encontra-se de licença médica nos dias 17 e 20/04/01.

38	Of. nº 99/01-Pres., de 18/04/01, ao Sr. Arlindo de Almeida, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMG, convidando-o para participar da reunião de audiência pública no dia 25/04/01.
39	Of. BSB nº 101/01, de 23/01/01, do Deputado Marcelo Barbieri, justificando ausências nos reuniões de 17 e 25/01/01.
40	Encaminhamentos (documento elaborado pela Consultoria Legislativa)
41	Documento “Contribuições da FEBRASGO para redução da mortalidade materna no Brasil”.
42	Lista de Presença da 23ª Reunião, realizada em 25/04/01.
43	Nota Taquigráfica nº 0000282/01, de 25/01/01.
44	Ata da 23ª Reunião, de 25/01/01.
45	Ficha Qualificação Sr. Arlindo de Almeida.
46	Ficha Assentada Sr. Arlindo de Almeida.
47	Of. nº 100/01-Pres., de 25/04/01, à Dra. Solange Bentes Jurema, Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, convidando-a para participar da reunião de audiência pública, dia 08/05/01.
48	Documento da ABRAMGE – Associação de Medicina de Grupo – Dados e Estatísticas da Medicina de Grupo.
49	Of. nº 62/01-Sec, de 03/05/01, de ordem da Deputada Fátima Pelaes, Presidente da Comissão, convidando a Dra. Ana Costa para participar da reunião de audiência pública no dia 12/05/01.
50	Of. s/n, de 4/5/01, do Sr. Joelson Pinheiro Meira, Chefe de Gabinete da Deputada Nice Lobão, informando que a referida parlamentar encontra-se de licença médica nos dias 02 e 04/05/01.
51	Requerimento nº 39/2001, da Sra. Angela Guadagnin, requerendo que seja marcada reunião de audiência pública desta CPI, na cidade de São José dos Campos – SP.
52	Requerimento nº 40/2001, da Deputada Elcione Barbalho, requerendo que seja marcada reunião de audiência pública desta CPI, na cidade de Belém – PA.
53	Ficha Assentada Sra. Solange Bentes Jurema.
54	Ficha Qualificação Sra. Solange Bentes Jurema.
55	Ficha Assentada Sra. Clair Castilho.
56	Ficha Qualificação Sra. Clair Castilho.
57	Lista de Presença de 08/05/01.
58	Nota Taquigráfica nº 307/01, de 08/05/01.
59	Lista de Presença da 25ª Reunião, dia 09/05/01.
60	Nota Taquigráfica nº 000333/01, de 09/09/05/01.
61	Documento entregue pela Dra. Ana Costa na 25ª reunião de 09/05/01 – “Pesquisa. Atenção Integral à Saúde da Mulher, Quo Vadis?” elaborado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.
62	Ficha Assentada Sra. Ana Maria Costa.
63	Ficha Qualificação Sra. Ana Maria Costa.
64	Of. nº 103/01-Pres, de 09/05/01, ao Deputado Aécio Neves, solicitando autorização para pedido de passagem aérea para a Dra. Zilda Arns, que virá a esta CPI para reunião de audiência pública.

65	Of. nº 107/01-Pres, de 09/05/01, ao Dr. Walton Alencar Rodrigues, Ministro do Tribunal de Contas da União, solicitando cópia do Relatório referente ao monitoramento e prevenção na mortalidade materna no Brasil.
66	Of. nº 104/01-Pres, de 09/05/01, à Dra. Maria Helena Guimarães Castro, Secretária-Executiva de Educação Superior do MEC, convidando-a para participar de audiência pública desta CPI, no dia 30/05/01.
67	Of. nº 108/01-Pres, de 09/05/01, ao Deputado Aécio Neves, solicitando cancelamento do pedido de passagem aérea para a Dra. Zilda Arns, que viria a esta CPI para reunião de audiência pública.
68	Of. nº 102/01-Pres, de 09/05/01, à Dra. Zilda Arns, convidando-a a participar de reunião de audiência pública no dia 05/06/01.
69	Of. nº 106/01-Pres, de 09/05/01, à Dra. Zilda Arns, agradecendo a disponibilidade da convidada em aceitar o convite desta CPI para participar de reunião de audiência pública e informando o cancelamento da referida reunião.
70	Of. s/nº, de 09/05/01, do Sr. Joelson Pinheiro Meira, Chefe de Gabinete da Deputada Nice Lobão, informando que a referida parlamentar encontra-se de licença médica nos dias 08 e 10/05/01.
71	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Dr. Francisco Deodato Guimarães, Secretário de Saúde do Amazonas, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
72	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Dr. Jurandir Bóia Rocha, Secretário de Saúde de Alagoas, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
73	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Alagoas, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
74	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Tocantins, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
75	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Sergipe, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
76	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de São Paulo, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
77	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Santa Catarina, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
78	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Roraima, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
79	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Rondônia, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
80	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
81	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Rio Grande do Norte, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.

82	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
83	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Piauí, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
84	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Pernambuco, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
85	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Paraná, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
86	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde da Paraíba, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
87	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Pará, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
88	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Minas Gerais, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
89	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Mato Grosso do Sul, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
90	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Mato Grosso, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
91	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Gerente de Qualidade de Vida do Governo do Estado do Maranhão, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
92	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde de Goiás, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
93	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Espírito Santo, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
94	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Distrito Federal, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
95	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Ceará, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
96	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde da Bahia, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
97	Ofício-Circular nº 006/01-Pres., de 09/05/01, ao Secretário de Saúde do Amapá, sugerindo que seja realizada naquele Estado programação alusiva ao Dia Latino Americano de Redução da Mortalidade Materna.
98	Of. s/nº, de 20/04/2001, do Sr. Adson França Santos, Coordenador do Comitê Municipal de Mortalidade Materna de Salvador, encaminhando Relatório Final “Análise Situacional do Atendimento Obstétrico e Perinatal na cidade de Salvador – BA.”

99	Of./SG Nº 1521/2001, de 24/05/01, Dr. Gilson Catarino O'Dwyer, agradecendo convite para participar da Sessão solene do dia 28/05/01.
100	Ofício nº 109/01-Pres., de 13/06/01, ao Deputado Aécio Neves, Presidente da Câmara dos Deputados, solicitando prorrogação do prazo de funcionamento da CPI por mais 60 dias, a partir de 09/08/01.