COMITÊS DE ESTUDOS DE MORTALIDADE MATERNA

A implantação de Comitês de Estudos de Morte Materna nos estados e municípios são uma ferramenta para reduzir o óbito materno. Além de identificar os coeficientes de mortalidade e suas causas determinantes, os comitês propõem medidas para a sua redução.

Na década de 90, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de Mortalidade Materna composta por representantes de instituições governamentais, sociedades científicas, movimentos de mulheres e especialistas. A comissão visa oferecer subsídios e acompanhar a atuação do ministério na elaboração e implementação de estratégias para a redução das taxas de mortalidade materna.

Segundo dados do Ministério da Saúde - no fim da década de 90 - havia vinte e sete comitês estaduais implantados no país. Desse total, dezoito comitês foram considerados atuantes, cinco, estavam sendo reestruturados e quatro haviam sido desativados. Na ocasião, foram identificados 136 comitês regionais; 254, municipais, e 44 hospitalares.

Desde a década de 80, os movimentos de mulheres têm dado visibilidade ao problema e vêm contribuindo ativamente para a implementação dos comitês em todo o Brasil.

PROPOSTAS DA REDESAÚDE PARA REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA

1
Criação de lei nacional que garanta a formação de Comitês de Estudos e Prevenção à Mortalidade Materna nos estados e municípios. Os Comitês devem ter as seguintes características e atribuições:
• Contemplar a participação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
• Contemplar a participação do movimento de mulheres organizado na área de saúde.
• Estabelecer mecanismos para levantamento de dados qualitativos e quantitativos, para reduzir as subnotificações das mortes.
• Promover maior capacidade de análise sobre as responsabilidades – técnicas e administrativas – e sugerir medidas administrativas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
• Acompanhar os encaminhamentos definidos pelos Comitês às instâncias responsáveis pela averiguação das mortes em todos os níveis de decisão.

2
Melhorar o sistema de notificação das mortes de mulheres em idade reprodutiva e a notificação obrigatória pelos municípios e cartórios ao Ministério da Saúde.

3
Reforçar os mecanismos elaborados pelo ministério para controlar o pagamento de cesarianas pelo SUS.

4
Criar uma lei que obrigue os hospitais, privados e conveniados com o SUS, a receber mulheres em trabalhos de parto, independentemente de ser ou não caso de alto risco.

5
Acompanhar e avaliar as escolas de ensino médico e de enfermagem e garantir boa formação técnica a médicos e enfermeiros.

6
Reestruturar o sistema de pagamento do pré-natal e parto para que sejam feitos com base nos procedimentos.

7
Garantir verba do Orçamento da União destinada ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde.

8
Acompanhar o uso das verbas contidas no PPA, destinadas à saúde da mulher, pelo Ministério da Saúde.

9
Redimensionar a hemo-rede e garantir o controle da qualidade do sangue e hemoderivados.

10
Acompanhar a implementação dos serviços de aborto previsto no artigo 128 do Código Penal, com o objetivo de diminuir o coeficiente de mortalidade.

11
Revisar as leis punitivas sobre o aborto que contribuem para o aumento das taxas de morte materna.

12
Acompanhar a efetiva implantação, na rede pública de saúde, da Lei n. 9263/96, que garante o acesso ao Planejamento Familiar a todos os cidadãos do país.

Brasil, um dos campeões de mortalidade materna

Há quase vinte anos, as taxas de mortalidade materna no Brasil vêm se mantendo muito acima daquelas registrados em países do primeiro mundo.

PROJETO GRÁFICO: MOEMI GAHILIA/ILUSTRAÇÃO: LUCIA BRANDÃO

O QUE É A REDESAÚDE?

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) é uma articulação do movimento de mulheres, que completou dez anos em 2001. Reúne hoje 115 instituições – entre grupos de mulheres, organizações não-governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher – além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos.

Ela é composta por nove Regionais – organizadas nos Estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal – coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, esta, atualmente, com sede em São Paulo.

Como segmento da sociedade civil, a RedeSaúde tem representações em vários conselhos, comitês e comissões no âmbito do Estado, em nível nacional, estadual e municipal, além de ser membro de entidades da própria sociedade civil nos mesmos níveis.

Na área de comunicação, a RedeSaúde publica, semestralmente, uma revista, edita dossiês temáticos e cartilhas, além de veicular dois informativos eletrônicos a cada quinze dias. Mais recentemente, passou a publicar folhetos sobre assuntos específicos, nas datas de luta consagradas pelo movimento de saúde da mulher. A Rede mantém ainda uma página na internet, que disponibiliza todas essas publicações, dados e informações sobre a matéria.

A atuação da RedeSaúde fundamenta-se nos seguintes princípios:
• considera os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos;
• considera a importância do fortalecimento da implementação do Programa de Assistência Integral à 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.

REDESAÚDE
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS
10 ANOS

CONSELHO DIRETOR
CANDIDA CARVALHEIRA – *SBO - Sociedade Brasileira dos Ostomizados / Regional Rio de Janeiro*
CARMEN ALEX SHMITT ALMEIDA – *União de Mulheres de São Paulo / Regional São Paulo*
FÁTIMA OLIVEIRA – *MUSA (Mulher e Saúde) - Centro de Referência e Educação em Saúde da Mulher / Regional Minas Gerais*
GILBERTA SANTOS SOARES – *CUNHÃ - Coletivo Feminista / Regional Paraíba*
JOANA PLAZA – *Grupo Transas do Corpo/ Regional Goiás*
MARCIA LABANCHINA – *SOS CORPO - Gênero e Cidadania / Regional Pernambuco*
RITA AUXILIADORA TEIXEIRA – *MMNEPA - Movimento de Mulheres do Nordeste Paraense/ Regional Pará*

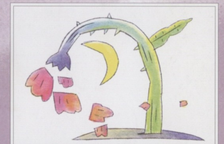
SECRETARIA EXECUTIVA
MARIA ISABEL BALTAR – *Secretária Executiva*
LÍGIA ROCHA – *Secretária Executiva Adjunta*

ÁREA DE COMUNICAÇÃO
VOLETA ROCHA – *Coordenadora*

EQUIPE ADMINISTRATIVA
EUGENIA LEDUR HOMEM – *Assistente de Projetos*
SUZANA RITA DE SIQUEIRA – *Assistente Financeira*
LUCIANA MARTINS – *Assistente da Secretaria Executiva*

RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
Fones: (11) 5813-0767 / 5814-0970 Fax: 5813-9579
redesaude@uol.com.br www.redesaude.org.br

REALIZAÇÃO
RedeSaúde



Mortalidade Materna

28 DE MAIO – DIA INTERNACIONAL DE AÇÃO PELA SAÚDE DA MULHER
Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - 2002

Pesquisas sobre morte de mulheres por problemas na gestação, aborto, parto e pós-parto comprovam que a má qualidade da assistência à saúde no País é a principal responsável por essas elevadas taxas - mortes que poderiam ser evitadas. Estima-se que o coeficiente de mortalidade materna gire em torno de 130 mortes por 100 mil nascidos vivos por ano; números que colocam o Brasil ao lado dos países mais pobres da América Latina. Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Unicef registram taxas de dez mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em países da Europa e da América do Norte.

NOTIFICAÇÕES E REGISTROS NÃO SÃO CONFIÁVEIS

Demora nas notificações, além da má qualidade dos registros oficiais, contribuem para piorar o quadro da mortalidade no Brasil. Outro agravante é a ausência de registros verificada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

De acordo com os estudiosos da questão, para cada morte originada por problemas de má assistência à saúde, há, no mínimo, uma outra que não foi declarada. Assim, para dimensionar a real magnitude da mortalidade materna deve-se multiplicar as taxas encontradas por dois. Em 1998, por exemplo, foram registradas mais de duas mil mortes. Segundo números do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna, no mesmo exercício, foi da ordem de quase 65 por 100 mil nascidos vivos. Os coeficientes registrados nas regiões Sul e Sudeste foram, respectivamente, de 76 e 70. No mesmo período, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, esses índices foram, respectivamente, de 57, 54 e 57 (dados sem aplicação do fator de correção).

Essa diferenças significativas, que indicam taxas mais baixas exatamente para as regiões brasileira em que se estima que a magnitude do número de óbitos maternos seja maior, ilustram a má qualidade dos registros.

DIFICULDADES DE ACESSO A SERVIÇOS DE QUALIDADE

A professora Ana Cristina Tanaka, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), publicou, em 1999, um estudo em quinze cidades dos Estados de Mato Grosso, Pará e Rio Grande do Norte. O estudo concluiu que mais de 21% dos óbitos maternos, foram provocados por doenças hipertensivas, seguidas pelas síndromes hemorrágicas, com percentuais acima de 17%. A doença hipertensiva - maior causa de mortalidade materna - sinaliza problemas na qualidade da assistência no pré-natal e na ocasião do parto. As hemorragias também estão diretamente associadas à má qualidade do atendimento à gestante no momento do parto. A falta de sangue nos hospitais é uma das causas das altas taxas de mortes maternas no Brasil.

ABORTO, UM DOS GRANDES RESPONSÁVEIS PELA MORTALIDADE MATERNA

Estudos indicam que cerca de um milhão de mulheres, incluindo mães de família, recorrem ao aborto todos os anos. Como, em geral, os abortos são realizados clandestinamente – por meio de procedimentos que resultam em infecções e até em morte – é impossível estabelecer um número preciso. Além do despreparo dos profissionais e dos serviços, a clandestinidade retarda o socorro às vítimas. O aborto, realizado em condições inseguras, é a quarta causa de mortalidade materna no País.

Para termos uma dimensão desse grave problema social e de saúde, o número de adolescentes atendidas pelo Sistema único de Saúde (SUS) para tratamento de complicações do aborto, de 1993 a 1998, ultrapassou a faixa de 50 mil.

A interrupção da gravidez constitui a quinta maior causa de internações na rede pública de saúde, sendo que, no final da década de 90, eram registrados cerca de 250 mil atendimentos por complicações decorrentes de abortos.

PRÉ-NATAL, A IMPORTÂNCIA DE GARANTIR QUALIDADE E QUANTIDADE

As brasileiras necessitam receber acompanhamento mais digno durante a gestação, A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que sejam feitos, no mínimo, seis exames antes e uma consulta após o parto. Esse acompanhamento é fundamental para a prevenção da morte materna. Por meio desses exames podem ser detectados casos de doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), diabetes, hipertensão e infecções. As brasileiras ainda morrem devido à ausência de cuidados simples como a medida e o acompanhamento da pressão arterial.

Outro aspecto importante é a disponibilidade de leitos em hospitais. Embora as centrais de leito em algumas regiões tenham reduzido a peregrinação das mulheres, sabe-se que até 15% das mulheres ainda circulam por vários hospitais até encontrarem vaga.

RISCOS DA CESARIANA E INVESTIMENTOS

A pesquisa feita por Ana Cristina Tanaka comprova que, nos quinze municípios brasileiros estudados, a taxa de mortalidade por cesariana foi 3,7 vezes maior do que a anotada em partos normais. A cesariana aumenta o risco de complicações e mortes.

O Ministério da Saúde tem anunciado medidas que visam reduzir a taxa de morte materna no Brasil. As principais foram o pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal; o aumento de cobertura do Piso de Assistência Básica (PAB); o pagamento de anestesia no parto normal e a fixação de teto para o número de cesarianas. De acordo com os especialistas, são necessários mais investimentos para a melhor integração entre os serviços de pré-natal e atenção ao parto.

SINGULARIDADES DA SAÚDE DA MULHER NEGRA

Para analisar a situação da saúde da mulher negra, é necessário levar em conta os dados socioeconômicos: no Brasil, 85% das mulheres negras estão abaixo da linha de pobreza. Essa população tem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, se comparada à população branca. Além desse fator, as mulheres negras sofrem o risco de contrair e morrer de determinadas doenças em números superiores aos registrados pelas mulheres brancas. Os dados nacionais sobre o acesso das mulheres negras ao pré-natal estão diretamente relacionados à classe social a que pertencem: 50% das mulheres de baixa renda não têm acesso ao pré-natal. Pode-se deduzir que as mulheres negras são as grandes prejudicadas, já que se encontram nas faixas de menor renda da população.

AS PROMESSAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde desconhece o número exato de mortes maternas. Não existem pesquises de âmbito nacional que dimensionem esse número. Especialistas da área, parlamentares e o movimento de mulheres avaliam que, para prevenir a morte materna, o País necessita conhecer a real dimensão do problema. Em 2000, o Ministério da Saúde afirmou aos órgãos de imprensa que ia investir R$ 150.000,00 em levantamento para conhecer a realidade sobre a morte materna nas cinco regiões do Brasil. O censo, previsto para ter início no segundo semestre daquele ano, com término em meados de 2001, ainda não começou.

CPI DE MORTALIDADE MATERNA

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instaurada pela Câmara dos Deputados, para investigar as causas e responsabilidades pela morte materna, ouviu pesquisadores, gestores de saúde, feministas e familiares de vítimas com problemas no parto. Os relatos associavam a falta de assistência digna e a negligência – desde o não-atendimento até a má qualidade do serviço – aos altos coeficientes de mortalidade.

Entre as causas institucionais citadas na CPI, constavam, além da má qualidade e falta de acesso ao pré-natal, o despreparo dos hospitais e dos profissionais, além da desorganização na distribuição dos leitos hospitalares.

A CPI apurou ainda que a análise desse cenário é dificultada pela demora na notificação das mortes e na má qualidade dos registros. As estimativas apresentadas indicaram que, anualmente, ocorrem cinco mil mortes maternas e que 96% delas poderiam ser evitadas.