

Morte materna desafia a saúde pública do país

Audiência da
Comissão de Assuntos Sociais



Morte materna desafia a saúde pública do país

Audiência pública da Comissão de Assuntos Sociais

Nesta quarta edição, a revista **Em discussão!** registra audiência pública realizada em 4 de maio de 2010 pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), como parte do ciclo de debates para avaliar os 20 anos de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa audiência, a comissão discutiu a redução da taxa de mortalidade materna, quinta meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A audiência atendeu ao Requerimento 3/10, de iniciativa da senadora Rosalba Ciarlini, presidente da CAS.

Convidado

José Gomes Temporão, ministro da Saúde

Participantes

Hélio Bertolozzi Soares, presidente da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Ana Ruth Rezende Góes, secretária do Conselho Diretor da Pastoral da Criança

Adson França, assessor especial do ministro da Saúde



Comissão de Assuntos Sociais (CAS)

Presidente

Rosalba Ciarlini (DEM-RN)

Vice-presidente

Paulo Paim (PT-RS)

Membros titulares

Augusto Botelho (PT-RR)

Marcelo Crivella (PRB-RJ)

Fátima Cleide (PT-RO)

Roberto Cavalcanti (PRB-PB)

Renato Casagrande (PSB-ES)

Geraldo Mesquita Júnior (PMDB-AC)

Gilvam Borges (PMDB-AP)

Paulo Duque (PMDB-RJ)

Leomar Quintanilha (PMDB-TO)

Mão Santa (PSC-PI)

Adelmir Santana (DEM-DF)

Efraim Morais (DEM-PB)

Raimundo Colombo (DEM-SC)

Flávio Arns (PSDB-PR)

Alvaro Dias (PSDB-PR)

Papaléo Paes (PSDB-AP)

Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR)

João Durval (PDT-BA)

Morte materna desafia a saúde pública do país

Contexto

- CAS se mobiliza para melhorar saúde pública – 7
- Para Temporão, SUS é a maior política social do país – 9
- Mortalidade materna é grande desafio para médicos e gestores – 11
- Redução de morte de mães no parto é possível, diz ministro – 12

Audiência

- Taxa brasileira é quase o dobro do esperado – 13
- Desde 1990, Brasil reduziu mortes de mães em 46% – 14
- CAS vê avanço, mas quer reflexo em índices – 23
- Conhecer realidade local é importante para prevenção – 38
- Pastoral da Criança trabalha educando a gestante – 41
- Senadores questionam taxas de mortalidade – 45

O ciclo de debates sobre o SUS

- Gripe A e avanços na saúde abrem debates – 60
- Especialistas defendem internação de doentes mentais – 62
- Saúde do idoso vai demandar cada vez mais atenção da sociedade – 65
- Especialistas pedem prioridade para prevenção de queimaduras – 71
- Mercado de próteses precisa de padronização e fiscalização – 76
- Câncer é a doença que mata mais crianças e adolescentes – 79

Comissão de Assuntos Sociais (CAS)
Reuniões: quintas-feiras, às 11h30
Local: Plenário 9 – Ala Alexandre Costa
Tel: (61) 3303-3515
Fax: (61) 3303-3652
E-mail: scomcas@senado.gov.br

A íntegra das notas taquigráficas da audiência sobre mortalidade materna pode ser encontrada seguindo o caminho:
<http://www.senado.gov.br> > Atividade Legislativa > Comissões do Senado > CAS - Comissão de Assuntos Sociais > Notas ou no endereço
<http://legis.senado.gov.br/sil-pdf/Comissoes/Permanentes/CAS/Notas/20100504EX014.pdf>

Capa: arte sobre foto de Roli Seeger/SXC



Mesa do Senado Federal

Presidente: José Sarney
1º Vice-Presidente: Marconi Perillo
2º Vice-Presidente: Serys Silhessarenko
1º Secretário: Heráclito Fortes
2º Secretário: João Vicente Claudino
3º Secretário: Mão Santa
4º Secretária: Patrícia Saboya
Suplentes de Secretário: César Borges, Adelmir Santana, Cícero Lucena e Gerson Camata
Diretor-Geral: Haroldo Feitosa Tajra
Secretária-Geral da Mesa: Claudia Lyra

Secretaria Especial de Comunicação Social

Diretor: Fernando Cesar Mesquita
Diretor de Jornalismo: Davi Emerich

A revista **Em discussão!** é editada pela Secretaria Jornal do Senado e registra audiências públicas promovidas pelo Senado Federal

Diretor: Eduardo Leão (61) 3303-3333
Editores: João Carlos Teixeira e Thâmara Brasil
Diagramação: Bruno Bazílio e Sérgio Luiz
Pesquisa de fotos: Ana Volpe, Bárbara Batista e

Leonardo Sá
Revisão: André Falcão, Fernanda Vidigal, Pedro Pincer e Silvio Burle
Tratamento de imagem: Edmilson Figueiredo e Roberto Suguino
Arte: Claudio Portella, Diego Jimenez e Priscilla Paz
Circulação e atendimento ao leitor: Shirley Velloso (61) 3303-3333

Impresso pela Secretaria Especial de Editoração e Publicações – Seep

Site: www.senado.gov.br/emdiscussao – E-mail: jornal@senado.gov.br – Tel.: 0800 61-2211 – Fax: (61) 3303-3137
Praça dos Três Poderes, Ed. Anexo I do Senado Federal, 20º andar – Brasília-DF – CEP 70165-920

CAS se mobiliza para melhorar saúde pública

Desde 2009, comissão patrocina ciclo de debates que já abordou a assistência a deficientes, doentes mentais, idosos e mulheres, entre outros temas, em busca de soluções. Mortalidade materna ganhou atenção especial dos senadores

Logo depois que tomou posse como presidente da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), a senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN) decidiu promover um ciclo de debates sobre a assistência à saúde no Brasil, em especial sobre as dificuldades que a população encontra ao ser atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta de Rosalba, aprovada pela comissão, reuniu os pedidos de todos os senadores para a realização de audiências sobre o assunto (veja quadro na próxima página). Além de tratar de temas como financiamento do SUS, saúde mental e saúde do idoso, as reuniões também contariam com as principais autoridades envolvidas, inclusive ministros.

– A ideia de realizar esse ciclo de debates para avaliar os 20 anos do SUS surgiu das reclamações, das situações caóticas a que assistimos todos os dias – afirma a senadora.

Para a missão, a CAS contou ainda com a colaboração de sua Subcomissão Permanente de Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde. Rosalba já anunciou que, ao final do ciclo de palestras sobre a saúde a subcomissão, presidida pelo senador Augusto Botelho (PT-RR), produzirá um relatório a ser entregue ao presidente do Senado, José Sarney, e ao ministro da Saúde, José Gomes Tem-

porão, com sugestões para melhorias no SUS (veja texto na página 9). O senador Papaléo Paes (PSDB-AP), será o relator das propostas do ciclo de debates. Os três senadores envolvidos são também médicos.

– A finalidade maior é analisar como estamos hoje e propor mudanças, trazer ideias para que o sistema público sirva àqueles que realmente precisam – planeja Rosalba.

Desde maio de 2009, quando a comissão realizou a abertura do ciclo de debates com o ministro da Saúde, já foram realizadas nove audiências sobre temas relacionados ao atendimento à população por meio do SUS.

MORTE MATERNA

Um dos assuntos que mais atenção recebeu dos senadores nas audiências foi a mortalidade materna. A CAS reservou duas reuniões para abordar o tema.

Em agosto de 2009 (veja texto à página 11), a gravidade do problema ficou patente até pelo fato de o Brasil estar longe de atingir a meta de redução das taxas de mortes de mulheres no momento do parto – item que integra os objetivos do milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Este ano a comissão voltou a tratar da questão, dessa vez com a presença do ministro da Saúde (veja texto na página 12). Pela relevância do tema, a revista **Em discussão!** apresenta, a partir da página 13, a íntegra do debate de 4 de maio de 2010 sobre mortalidade materna.

Em seguida, a revista traz (a partir da página 60) um resumo das demais audiências realizadas em 2009 sobre a saúde nacional, apresentando as principais conclusões e as opiniões dos especialistas convidados.

Os senadores Papaléo Paes e Augusto Botelho, que são médicos, comandam o grupo de acompanhamento da saúde



Ciclo de debates: CAS realizou nove audiências públicas sobre os 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)

Programas do Ministério da Saúde (MS) em 2009, situação atual do SUS e do programa Mais Saúde (PAC da Saúde), e avaliação das medidas adotadas pelo MS para combater a gripe por influenza A (H1N1)

Data: 12 de maio de 2009

Convidado: • José Gomes Temporão, ministro da Saúde

Requerimentos 10/09 e 19/09 da CAS, dos senadores Papaléo Paes e Rosalba Ciarlini

Leia mais **Pág. 60**

Política Nacional de Saúde Mental

Data: 19 de maio de 2009

Convidados: • Pedro Gabriel Godinho Delgado, coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde; • Helena Calil, professora de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina; • Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação de Psiquiatria de Brasília; • Hélio Lauar de Barros, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria

Requerimentos 7/09, 19/09 e 34/09 da CAS, dos senadores Rosalba Ciarlini, Flávio Arns, Inácio Arruda e Augusto Botelho

Leia mais **Pág. 62**

As políticas sociais e de assistência à saúde do idoso

Data: 26 de maio de 2009

Convidados: • José Luiz Telles de Almeida, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde; • Maria Alice Toledo, professora de Psiquiatria da Universidade de Brasília; • Elisa Franco de Assis Costa, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; • João Batista de Medeiros, Gerontólogo Social

Requerimentos 19/09 e 35/09 da CAS, da senadora Rosalba Ciarlini

Leia mais **Pág. 65**

As políticas públicas para prevenção de queimaduras e a reabilitação de queimados

Data: 9 de junho de 2009

Convidados: • Roberta Maria Leite Costa, representante da Coordenação de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; • José Adorno, coordenador de Cirurgia Plástica da Unidade de Queimados do Hospital Regional da Asa Norte de Brasília; • Flavio Nadruz Novaes, presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras; • Ana Aparecida de França e Silva, presidente da Associação dos Portadores de Sequelas por Queimaduras

Requerimentos 19/09 e 40/09 da CAS, dos senadores Rosalba Ciarlini e Papaléo Paes

Leia mais **Pág. 71**

O cenário do fornecimento de órteses e próteses no Brasil

Data: 7 de julho de 2009

Convidados: • Érika Pisaneschi, coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde; • Jorge Luis da Cunha Carvalho, especialista em regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar; • Joselito Pedrosa, gerente-geral de Tecnologia de Produtos para Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; • Valdmário Rodrigues Júnior, diretor de Integração Cooperativista da Unimed do Brasil; • Solange Beatriz Palheiros Mendes, representante da Federação Nacional de Saúde Suplementar

Requerimentos 19/09 e 29/09 da CAS, dos senadores Rosalba Ciarlini e Flávio Arns

Leia mais **Pág. 76**

As políticas sociais e de assistência à saúde materna

Data: 11 de agosto de 2009

Convidados: • José Luiz Telles de Almeida, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde; • Hélio Bertolozzi Soares, presidente da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; • Silvia Maria Palmeira Cruz, coordenadora Estadual da Pastoral da Criança de Sergipe

Requerimentos 19/09, 41/09 e 55/09 da CAS, dos senadores Rosalba Ciarlini e Augusto Botelho

Leia mais **Pág. 11**

As políticas sociais e de assistência ao câncer infantojuvenil

Data: 25 de agosto de 2009

Convidados: • Maria Tereza Fonseca da Costa, Instituto Nacional de Câncer; • Francisco Neves, representante do Instituto Ronald McDonald; • Renato Melaragno, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica; • Rilder Flávio de Paiva Campos, representante da Confederação Nacional das Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer

Requerimentos 19/09 e 61/09 da CAS, da senadora Rosalba Ciarlini

Leia mais **Pág. 79**

O Sistema Único de Saúde – SUS

Data: 26 de novembro de 2009

Convidado: • José Gomes Temporão, ministro da Saúde

Requerimentos 19/09 e 99/09 da CAS, da senadora Rosalba Ciarlini

Leia mais **Pág. 9**

Debate sobre a redução da taxa de mortalidade materna, tema abordado pela 5ª meta de desenvolvimento do milênio da ONU

Data: 4 de maio de 2010

Convidados: • José Gomes Temporão, ministro da Saúde; • Adson França, assessor especial do ministro da Saúde; • Hélio Bertolozzi Soares, presidente da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna da Febrasgo; • Ana Ruth Rezende Góes, secretária do Conselho Diretor da Pastoral da Criança

Requerimento 3/10 da CAS, da senadora Rosalba Ciarlini

Leia mais **Pág. 13**



MÁRCIA KALUME

Ministro apresentou à CAS, presidida por Rosalba Ciarlini, dados que apontam avanços do SUS

Para Temporão, SUS é a maior política social do país

Desde sua criação, pela Constituição de 1988, o SUS acumula bons resultados no desafio de prestar assistência à saúde a todos os brasileiros. Essa missão, nas palavras do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, credencia o SUS como “a maior política social em curso no país”.

De acordo com o ministro, que apresentou um balanço de sua pasta à CAS em novembro passado, o

SUS é a única assistência à saúde para 70% da população, com 64 mil estabelecimentos credenciados. Anualmente, realiza 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais; 254 milhões de consultas e 11,3 milhões de internações. Entre as conquistas obtidas nesses 21 anos, sobressaem-se a queda de 60% na taxa de mortalidade infantil – creditada, principalmente, ao programa Saúde da Família

(PSF), presente em 94,2% dos 5,5 mil municípios – e a iminência de a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar o país livre da rubéola.

Além de conviver com uma carência crônica de recursos – “o Brasil gasta pouco em saúde, apenas 3,4% do PIB (produto interno bruto)” –, o SUS ainda tem que enfrentar as rápidas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com

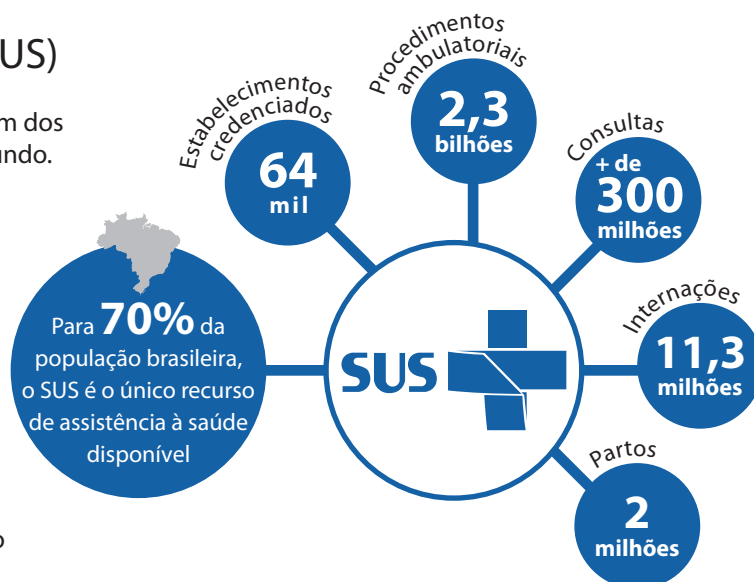
Sistema Único de Saúde (SUS)

Criado pela Constituição de 1988, hoje é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Deve oferecer acesso integral, universal e gratuito para toda a população, desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, passando por consultas, exames e internações.

Deve promover também campanhas de vacinação e ações de prevenção de doenças e de vigilância sanitária.

O Brasil gasta 3,4% do PIB (produto interno bruto) em saúde



Fonte: Ministério da Saúde; publicação “Mais Saúde – Direito de todos” (ano base: 2006)

redução do número médio de filhos por mulher e aumento da expectativa de vida. O ministro acredita que, se não houver reforço no financiamento do SUS, ele estará ameaçado.

Para o senador Paulo Duque (PMDB-RJ), o programa Farmácia Popular, que tem 520 pontos espalhados pelo país e viabiliza a retirada mensal de medicamentos a preço

de custo por 1 milhão de pessoas, merece destaque. O senador Adelmir Santana (DEM-DF) pediu a interiorização de investimentos na saúde pública para evitar a superlotação em cidades-polo, como Brasília.

O senador Augusto Botelho (PT-RR) questionou o porquê de **medicamentos genéricos**, por vezes, serem mais caros. Segundo Temporão, isso ocorre quando concorrentes **similares** são lançados no mercado a preços mais baixos.

O senador José Nery (PSOL-PA) pe-

diu mais atenção à malária. Segundo o ministro, houve queda de 51,5% no número de mortes e de 44,7% de internações pela malária e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) obteve empréstimo de 35 milhões de euros para combater a doença.

O senador Antônio Carlos Valadares (PSB-SE) reclamou que recursos de emendas parlamentares para a saúde não são liberados, enquanto o senador Mão Santa (PSC-PI) criticou os baixos salários pagos aos médicos da rede pública.

A gestão do SUS

Responsabilidades

- O município é o principal responsável pela saúde pública. Caso não ofereça todos os serviços de saúde, o município deve formar parcerias com cidades de sua região para garantir atendimento integral

- O governo estadual implementa as políticas e organiza o atendimento à saúde

Atendimento

- A entrada no sistema de saúde deve ocorrer preferencialmente pelos centros de atenção básica (postos e centros de saúde, Saúde da Família, etc.). Depois desse atendimento, o cidadão é encaminhado aos serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas)

- Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde. A insulina humana e os medicamentos incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição, e os medicamentos para DST/Aids são fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Já os medicamentos de alto custo ou para tratamento continuado são comprados pelas secretarias estaduais de saúde e ressarcidos pelo MS

Fonte: Ministério da Saúde



Gestão

- Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde, compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde, para fiscalizar a aplicação dos recursos

- Não há hierarquia entre União, estados e municípios, e sim competências: no município, responde o Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (secretarias municipais e estadual de saúde) e o Conselho Estadual de Saúde (gestores, usuários, profissionais, entidades de classe etc.); e, no âmbito federal, as políticas do SUS são de competência da Comissão Intergestores Tripartite (Ministério da Saúde, e secretarias estaduais e municipais de saúde)

Recursos

- Metade dos gastos é feita pelo governo federal e a outra metade pelos estados e municípios



Em agosto de 2009, médicos e representantes do governo e de ONG apontaram que problema é grave no país

Mortalidade materna é grande desafio para médicos e gestores

O Brasil ainda apresenta índices muito altos de mortalidade materna e, pior, dificuldades para atingir as metas para redução das taxas. Segundo a presidente da CAS, senadora Rosalba Ciarlini, 94% das mortes poderiam ser evitadas se as mulheres realizassem o pré-natal e recebessem vacinas para evitar doenças durante a gestação. Há ainda mortes por infecção, por falta de equipamentos e de unidades de terapia intensiva (UTIs) bem equipadas, principalmente no Norte e no Nordeste.

Por conta de dados como esses, a mortalidade materna foi tema de dois debates na CAS nos dois últimos semestres. No debate de 11 de agosto de 2009, diante de dados que apontam que, em 2005, 75 mães morreram em cada 100 mil partos, José Luiz Telles, diretor de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, afirmou que o governo pretende em 2010 reduzir em

5% a mortalidade materno-infantil, com prioridade para o semiárido nordestino e a Amazônia Legal.

— É inadmissível que o Brasil, que fez uma revolução em seu sistema sanitário, conviva com índices absurdos de mortalidade materna — avaliou, ao anunciar a compra centralizada de UTIs neonatais.

Telles informou que, de acordo com a visão adotada pelo Ministério hoje, a saúde da mulher abrange direitos sexuais e reprodutivos e o SUS procura tratar da sexualidade, por meio do planejamento familiar, com, por exemplo, distribuição de métodos anticoncepcionais.

Ele informou que, entre 2002 e 2008, houve aumento de 70% no atendimento a consultas pré-natal, o que corresponde 70 milhões de mulheres com atenção especializada, com 97% de partos realizados em ambiente hospitalar. Ele destacou que ações como a permissão do acompanhante na hora

do parto e a notificação de morte materna com apoio de comitês de mortalidade materna vêm melhorando o quadro nacional.

Sílvia Maria Cruz, coordenadora estadual da Pastoral da Criança de Sergipe, enfatizou ser preciso disseminar informação sobre a necessidade de acompanhamento quinzenal a partir da 36ª semana de gestação. Ela apontou ainda a alta incidência de morte materna por hemorragia (síndrome pós-aborto), apesar de não estabelecer uma correlação direta entre a legalização do aborto e a mortalidade materna. Citou o caso do Chile, em que o aborto é proibido e os índices de mortalidade são baixos devido à boa assistência materna na saúde pública. O transporte seguro da gestante foi outra preocupação levantada por Sílvia Cruz, que denunciou que a Lei 11.634/07, pela qual toda mulher deve ter conhecimento do local onde vai fazer o parto, não vem sendo cumprida.

Hélio Bertolozzi Soares, representante da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrí-

Medicamentos genéricos — um medicamento genérico é uma cópia autorizada do medicamento de marca, patenteado e comercializado pelo laboratório farmacêutico que o pesquisou e testou. Isso é possível desde 1999, quando a Lei 9.787 permitiu que qualquer laboratório produza remédios com patentes vencidas. O genérico tem as mesmas substâncias ativas, dosagem e indicação do original e pode substituí-lo. É mais barato porque o não embute os custos de pesquisa e testes. O genérico vem em embalagem padronizada com uma tarja amarela e um grande "G" ao lado do nome do princípio ativo. Não pode trazer marca ou nome fantasia

Medicamentos similares — enquanto o genérico é considerado idêntico ao medicamento de marca, o similar é tido como semelhante. A diferença está nos testes a que cada um é submetido. Enquanto os similares passam pelo teste de biodisponibilidade relativa (quantidade e velocidade de absorção do princípio ativo na corrente sanguínea), os genéricos são testados quanto a sua bioequivalência, para garantir que ele vai ter a mesma eficácia e segurança do remédio de marca. Ao contrário do genérico, o similar pode ter marca ou nome fantasia. Tanto os similares quanto os genéricos passam ainda pelos testes de equivalência farmacêutica (mesmo princípio ativo e na mesma quantidade)

cia (Febrasgo) afirmou que as desigualdades regionais e as causas socioeconômicas devem ser levadas em

conta quando se avalia a mortalidade materna. Na opinião do médico, esse é um problema que tem

solução em médio prazo e que, no caso brasileiro, cada estado e cada município "espelha" o índice de desenvolvimento humano da região.

O representante da Febrasgo assinalou que o uso de sulfato de magnésio contribuiu para rebaixar a eclampsia à quarta posição entre as causas de mortalidade materna. Segundo ele, a vacinação da gestante contra gripe pode reduzir a mortalidade. Bertolozzi informou ainda que a Febrasgo deverá realizar um trabalho conjunto com o Ministério da Saúde com duração prevista de três anos, com vistas à redução da mortalidade materna.

ANA VOLPE



O peso da gestante é um dos dados do pré-natal, como o realizado ao lado, em hospital do DF

Redução de morte de mães no parto é possível, diz ministro

O combate à mortalidade materna voltou a receber atenção da CAS em maio deste ano, quando o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, foi ouvido sobre o assunto. Na reunião, o ministro avaliou que “o Brasil tem condições institucionais, políticas e técnicas” de obter a redução recomendada pela Organi-

zação das Nações Unidas (ONU) para as taxas de mortalidade materna. De acordo com os objetivos do milênio estabelecidos pela ONU, essa taxa deve cair 75% entre 1990 e 2015.

Os dados do ministro apontam que há hoje cerca de 75 óbitos para cada 100 mil bebês nascidos vivos no país. Ele disse que, para alcançar o objetivo estabelecido pela ONU, essa taxa precisa baixar para 35 óbitos para cada 100 mil.

– A queda registrada no país até agora é de 46% – informou Temporão, que citou notícia publicada pela BBC Brasil (*veja ao lado*), de que a mortalidade materna no Bra-

sil diminuiu cerca de 63% entre 1980 e 2008, por conta da melhoria do atendimento durante o pré-natal e o parto.

A senadora Rosalba Ciarlini, que presidiu a reunião da CAS, avaliou que a taxa atual ainda é muito alta. Ela reconheceu as melhorias registradas entre 1990 e 2004, mas afirmou que a taxa “ficou estagnada” desde então. Para Rosalba, a escolaridade e renda baixas estariam entre as principais causas da mortalidade materna, pois a maioria das mortes são de mulheres que não terminaram o ensino fundamental.

O representante da Febrasgo, Hélio Bertolozzi Soares, argumentou que a organização dos serviços de saúde, como em Cuba, é ainda mais importante. Ele reiterou que a prevenção no pré-natal pode prevenir muitas mortes.

O site da BBC Brasil destacou este ano os avanços na luta contra a mortalidade materna

Atualizado em 13 de abril, 2010 - 08:42 (Brasília) 11:42 GMT

Envie por e-mail | Versão para impressão

Mortalidade materna caiu 63% em 28 anos no Brasil, diz estudo

A taxa de mortalidade materna no Brasil caiu em média 63% entre 1980 e 2008, segundo estudo publicado na segunda-feira pela revista médica *The Lancet*.

Em 1980, o país apresentava uma taxa média de 149 mortes de mães para cada 100 mil bebês nascidos vivos. Há dois anos, este número havia caído para 55 em cada 100 mil.

Esses índices seguem a tendência de queda global observada no estudo da Universidade de Washington em Seattle, nos Estados Unidos, que analisou dados de 181 países.

Para os autores do documento, entender os motivos para a queda é uma tarefa "complexa".

*Uma prova disso é a comparação entre o México e o Brasil. Ambos

A melhoria da saúde materna é uma das metas do Milênio.

NOTÍCIAS RELACIONADAS

- Exercícios na gravidez geram bebês mais magros, diz estudo 5 abril, 2010
- Estudo vê aumento no risco de mãe mais velha ter filho autista 9 fevereiro, 2010
- Médicos britânicos testam ressonância magnética de fetos em 3D 2 dezembro, 2009
- Níveis de testosterona determinam capacidade de amamentar, sugere estudo 8 janeiro, 2010
- Livro traz imagens de gestação 'vista por dentro', veja 3 novembro, 2009

TÓPICOS RELACIONADOS

BRASIL*

LINKS EXTERNOS

- Lancet (em inglês)

A BBC não se responsabiliza pelo conteúdo dos links.



Na reunião de maio de 2010, o ministro da Saúde apresentou os últimos dados sobre mortalidade materna

Taxa brasileira é quase o dobro do esperado

Objetivo do debate, segundo a senadora Rosalba Ciarlini, é colher informações para que o Senado possa, com projetos e fiscalização, contribuir para acelerar a queda da mortalidade materna

SENADORA ROSALBA CIARLINI (DEM-RN), PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)

A presente reunião destina-se à realização da audiência pública, aprovada conforme o Requerimento 3/10 da CAS, de minha iniciativa, para debater sobre a redução da taxa de mortalidade materna, tema abordado pela quinta meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio (*veja ilustração ao lado*). Trata-se de audiência pública com a presença do excelentíssimo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, para expor o posicionamento e as ações do seu ministério sobre o tema abordado.

A audiência pública é realizada em atenção ao Dia das Mães – não se pode dar melhor presente às mães do que cuidar da sua saúde e

dos seus filhos, claro – e do Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, dia 28 de maio.

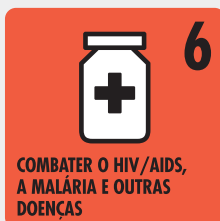
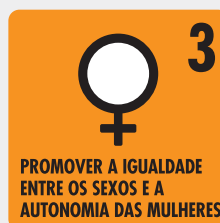
Antes de passar a palavra ao ministro José Gomes Temporão, eu gostaria de agradecer a sua presença e dizer o quanto é importante para nós da comissão e para

o Brasil, de uma maneira geral, que nós possamos conhecer melhor as medidas e as ações que estão sendo realizadas na busca da redução da mortalidade infantil.

Esse é um assunto que tem nos preocupado bastante, até porque sabemos que, apesar de termos tido

Os objetivos do milênio

Em 2000, os 191 países membros das Nações Unidas adotaram a Declaração do Milênio, com oito compromissos concretos que, cumpridos, poderão melhorar o destino da humanidade. Entidades governamentais e não governamentais adotaram, então, os oito objetivos como referência. São, ao todo, 18 metas e 48 indicadores nacionais que podem ser acompanhados, comparados, avaliados e cobrados pela sociedade



avanço, o Brasil ainda tem uma taxa de mortalidade materna que está muito acima, cerca de o dobro, praticamente, do esperado. Não é do desejado, mas do possível, estipulado, inclusive, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sei do esforço, mas é necessário que possamos, com conhecimento, contribuir, por meio

de projetos, fiscalização e supervisão das ações para acelerar a redução da mortalidade materna.

Eu sou de um estado do Nordeste, uma das regiões onde essa questão ainda é muito presente, muito forte. Inclusive, agora, no mês de abril, perdemos mais duas mães, uma no interior e outra na capital, uma de-

las colega nossa da área de saúde, que morreu durante o parto. A gente sabe que a vida, nesse momento, tem um sentido especial. Quantas mulheres que, por questões simples, que poderiam ser evitadas, estão perdendo a vida e, às vezes, até o próprio filho?

Ministro, Vossa Excelência tem a palavra.

Desde 1990, Brasil reduziu mortes de mães em 46%

Exposição do ministro da Saúde, José Gomes Temporão

Agradeço esse honroso convite da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, cumprimento a sua presidente, senadora Rosalba Ciarlini, o senador Augusto Botelho, e os demais senadores presentes. Cumprimento, também o meu amigo José Agenor Álvares, diretor da Anvisa [Agência Nacional de Vigilância Sanitária]; Ana Ruth Rezende Góes, que representa a Pastoral da Criança; o Hέλvio Soares, que representa a Febrasgo [Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia]; as demais autoridades; e a imprensa.

ROSALBA CIARLINI

Convido Ana Ruth Rezende Góes, assessora da Pastoral da Criança, representante de Nelson Arns Neumann, coordenador nacional adjunto de programas sociais da Pastoral da Criança. É um prazer revê-la. E, mais uma vez, quero dizer a todo o Brasil do grande trabalho que a pastoral faz para o povo brasileiro. Posso até ser suspeita, porque participei dos

trabalhos da pastoral. Por isso é que tenho admiração, por conhecer de perto a luta e o trabalho. Dr. Hέλvio Bertolozzi Soares, presidente da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Prazer em tê-lo aqui, muito obrigada pela presença.

A ministra Nilcéia [Freire, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres] justificou a ausência.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Quero, mais uma vez, agradecer esse honroso convite. Esse é um tema extremamente importante, dentro, inclusive, dos objetivos de desenvolvimento do milênio, e um grande desafio para o SUS e para a sociedade brasileira. É o objetivo de número cinco, melhorar a saúde materna, e a meta para todos os países do mundo é a redução em três quartos do índice de mortalidade materna até



MÁRCIA KALUME

2015, tomando como base o ano de 1990.

Primeiro, eu queria destacar esse anúncio, essa matéria que foi publicada na BBC Brasil (veja reprodução à página 12), que repercutiu um estudo publicado em uma das mais prestigiadas revistas médicas do mundo, a revista *The Lancet*, do início de abril, em que, claramente, os especialistas destacam os resultados brasileiros na queda dos índices de mortalidade materna. É importante entender que o estudo publicado na revista *The Lancet* analisa o período entre 1980 e 2008, diferentemente do período que o objetivo do milênio toma, que é de 1990 até 2015.

Pré-natal – assistência médica e na área de enfermagem prestada à gestante durante os nove meses de gravidez, com o objetivo de evitar problemas de saúde para a mãe e a criança nesse período, no momento do parto, e no futuro

Óbito materno – para a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a morte de uma mulher durante a gestação ou em um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela. A definição faz parte da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10), elaborada pela OMS

Mas é importante chamar a atenção para o fato de que, entre 1980 e 2008, houve uma redução de 63% da mortalidade materna no Brasil. O estudo, inclusive, compara a velocidade de redução no Brasil com a ocorrida em outros países, colocando o Brasil como o país que reduziu, proporcionalmente, mais rapidamente a mortalidade materna entre 1980 e 2008.

Mas o objetivo do milênio usa como critério o ano de 1990, projetando [as metas] para 2015. Em relação ao objetivo do milênio, em que a meta é reduzir em 75% a mortalidade materna em relação a 1990, o Brasil, até agora, conseguiu reduzir em 46%.

É interessante que esse estudo também destaca, entre as explicações que os analistas elencam como responsáveis por essa robusta redução da mortalidade materna, a qualidade e a cobertura do pré-natal, e a qualidade do parto também.

Quando analisamos o número de óbitos maternos notificados por regiões e por estado, entre 1996 e 2008, fica evidente que as discrepâncias regionais são importantes (veja infográfico na próxima página). Quando comparamos, por exemplo, a redução do número de óbitos brutos, vemos que, em 1996, nós tivemos 1.520 óbitos maternos e em 2008, 1.540. É claro que nesse período também tivemos uma redução da taxa de fecundidade, do número de filhos por mulher, mas ainda assim a taxa mostrou uma redução importante.

Os dados mostram que, se de um lado nós temos avanços importantes, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, ainda há um grande desafio a enfrentar nas demais regiões do país.

Por outro lado, outro ponto importante a destacar é a questão da subnotificação



Grávida faz exames de acompanhamento pré-natal em centro público de atendimento à saúde de Porto Alegre

RICARDO GIUSTI / PMPA

ção de óbitos, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Isso é muito importante porque, em vários estados, o aumento do número de casos nos últimos anos também pode ser, e deve ser, causado pelo aperfeiçoamento do sistema de notificação.

Ou seja, o que nós tínhamos no passado era uma grande subnotificação, e o aperfeiçoamento do sistema de monitoração da notificação de óbitos pode ter ampliado, também, o número de óbitos nessas regiões. Na avaliação do Ministério da Saúde, os dados das regiões Sul e Sudeste são mais precisos e válidos. Em várias unidades dessas regiões se realiza de forma sistemática a investigação dos óbitos maternos.

Todo óbito materno é investigado para que suas causas sejam estabelecidas e, evidentemente, para que problemas e distorções detectados possam ser corrigidos. O ministério vem trabalhando em parceria com os estados e municípios, com

o apoio de várias sociedades de especialistas e de entidades, na vigilância ao óbito materno. A nossa expectativa é de que o avanço que já conseguimos na região Sul e Sudeste possa ser estendido às demais regiões.

Apenas para que possamos construir uma linha do tempo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi criado em 1983, no contexto do processo de redemocratização do país e já na esteira dos resultados da

Conferência de Alma-Ata, de 1978, com uma grande influência, inclusive, do movimento feminista. Ao mesmo tempo, no bojo do que chamamos de movimento da

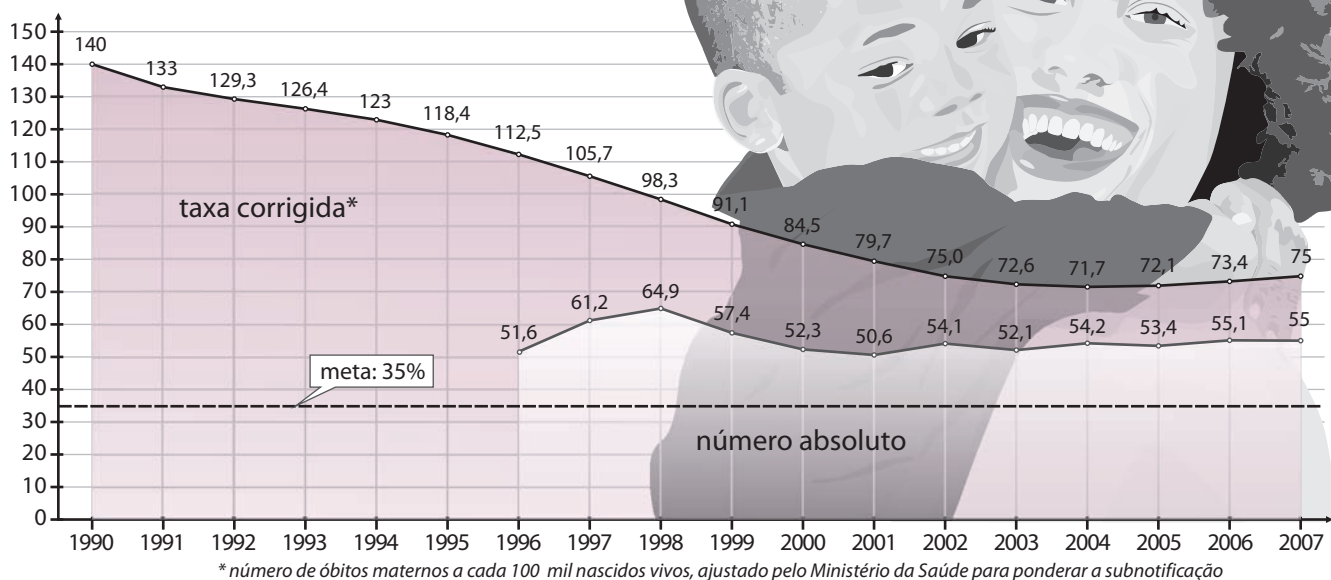
reforma sanitária brasileira, o programa foi lançado justamente o período em que se gestava, se definia, as bases do que viria a ser o próprio Sistema Único de Saúde a partir de 1988.

Em 2004, esse programa foi transformado em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujo objetivo é promover as melhorias das condições de

Aumento do número de casos nos últimos anos vem da melhoria do sistema de notificação

Conferência de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. A Declaração de Alma-Ata apela aos governos à OMS, ao Unicef, entre outras entidades e organizações, no sentido de estabelecer a promoção da saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional. É considerada a primeira declaração internacional que enfatiza a importância da atenção primária em saúde, como direito fundamental e principal meta social dos governos

Taxa de mortalidade materna caiu pela metade desde 1991



Mortes de mães registradas nos estados de 1996 a 2008

Região/UF	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Norte	114	137	152	180	181	149	160	178	163	181	187	202	184
Rondônia	5	9	9	12	9	10	11	10	6	15	15	10	10
Acre	9	2	9	6	8	2	6	7	5	8	5	8	5
Amazonas	26	28	21	34	61	35	43	52	49	39	48	56	40
Roraima	2	6	3	2	6	5	5	4	1	5	9	12	9
Pará	59	80	99	98	73	73	71	83	83	86	88	90	90
Amapá	4	4	1	6	5	8	9	4	5	9	9	8	8
Tocantins	9	8	10	22	19	16	15	18	14	19	13	18	22
Nordeste	447	457	494	515	534	541	571	586	580	620	564	559	543
Maranhão	62	54	66	54	80	93	108	91	97	119	107	124	118
Piauí	14	17	18	22	44	47	47	34	44	56	45	39	59
Ceará	110	106	131	117	103	101	93	96	108	115	91	84	63
Rio Grande do Norte	25	17	17	15	21	14	16	35	18	28	12	14	20
Paraíba	15	22	15	12	15	19	26	31	22	17	19	20	22
Pernambuco	77	96	112	87	82	79	70	80	78	70	90	94	80
Alagoas	22	31	19	34	33	17	26	24	29	32	28	25	26
Sergipe	27	24	21	31	34	25	28	23	23	19	14	13	22
Bahia	95	90	95	143	122	146	157	172	161	164	158	146	133
Sudeste	628	791	915	747	630	545	553	498	521	477	530	540	483
Minas Gerais	124	205	294	143	132	101	109	112	113	89	87	95	101
Espírito Santo	25	18	30	26	26	14	24	20	35	28	33	21	28
Rio de Janeiro	174	179	205	204	197	173	172	158	159	141	164	172	110
São Paulo	305	389	386	374	275	257	248	208	214	219	246	252	244
Sul	253	337	350	292	241	219	233	201	235	216	215	192	189
Paraná	113	153	156	155	123	109	95	67	111	106	95	88	73
Santa Catarina	45	47	42	43	35	37	38	44	37	28	36	34	33
Rio Grande do Sul	95	137	152	94	83	73	100	90	87	82	84	70	83
Centro-Oeste	78	129	131	134	91	123	138	121	142	126	127	97	141
Mato Grosso do Sul	22	24	23	22	15	33	35	31	35	29	33	22	34
Mato Grosso	24	37	37	26	33	21	27	24	34	45	35	29	39
Paraná	18	47	44	65	26	55	60	56	53	33	38	29	42
Distrito Federal	14	21	27	21	17	14	16	10	20	19	21	17	26
BRASIL	1.520	1.851	2.042	1.868	1.677	1.577	1.655	1.584	1.641	1.620	1.623	1.590	1.540

vida e saúde das mulheres através da garantia de direitos, de um lado, e da ampliação do acesso à informação, aos métodos e serviços para a promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde das mulheres.

No dia 8 de março de 2004, o presidente Lula lançou um pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal, um acordo entre gestor, sociedade, governo, sociedade civil e os três níveis de governo, assinado pelos 27 governadores. Em 2005, 2006 e 2008 esse pacto foi premiado pela ONU como um modelo de mobilização e diálogo social para o cumprimento dos objetivos do milênio.

Nós avançamos bastante, também, na expansão e na qualificação das ações voltadas para a melhoria da atenção obstétrica e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Veja que nós estamos tratando de uma questão extremamente ampla. Há certa tendência, quando se fala em mortalidade materna, de as pessoas, imediatamente, pensarem no momento do parto. Ele é fundamental e importante, mas tem todo um contexto de informação, de educação, de direitos sexuais e reprodutivos, de acesso à informação, de acesso a métodos anticoncepcionais, de poder planejar o momento em que a mulher vai ter o seu filho.

Também a gravidez deve ser adequadamente acompanhada. Se for uma gravidez de risco, a mulher tem que ter um acompanhamento diferenciado. Já quando se trata de uma mulher em situação de vulnerabilidade, é diferente.

Mesmo no momento do parto, tão importante, há



problemas. Apesar de existir uma lei aprovada no Brasil que garanta às mulheres saber onde e com quem vão ter o seu filho, isso ainda não é cumprido na maior parte do país. Trata-se de um gigantesco contexto de políticas que se interpenetram e confluem para esse objetivo maior, que é a redução da mortalidade materna.

O primeiro dado importante é a proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, que aumentou, de 1996 para 2006, de 83% para 99%. Praticamente, a atenção ao parto, hoje, por profissional qualificado,

está universalizada. O percentual de mulheres em idade fértil que usam métodos contraceptivos aumentou de maneira importante. A taxa de nascimento entre adolescentes foi reduzida de maneira substantiva. A cobertura do atendimento pré-natal, pelo menos uma consulta de pré-natal durante a gravidez, aumentou. E a cobertura do atendimento pré-natal com pelo menos quatro consultas subiu de

75,9% para 90% (veja infográfico na página 20).

Aqui, é importante chamar a atenção para as causas obstétricas diretas e as causas obstétricas indiretas da mortalidade materna. Entre 1990 e 2007 a morte materna por causas obstétricas diretas diminuiu de maneira extremamente importante, mas há um aumento da morte materna pelas causas indiretas. E nós atribuímos isso, principalmente, à melhora substancial da qualidade da informação, ao treinamento de gestores e profissionais para o correto preenchimento de atestados de óbito, a nossa parceria com o Conselho Federal de Medicina e os conselhos regionais de medicina.

Quero destacar que entre as causas indiretas estão as cardiopatias, nefropatias, pneumopatias, obesidade, enfim, um conjunto de agravos cada vez mais presentes. Ou seja, as causas obstétricas indiretas seriam as doenças do aparelho circulatório e respiratório, as nefropatias e a obesidade, complicadas durante o processo da gravidez. As causas diretas principais são hipertensão arterial, hemorragias e infecção puerperal (veja infográfico na página 19).

O presidente Lula durante o lançamento do pacto pela redução da mortalidade materna, em março de 2004

Combate ao problema não se limita ao parto, envolvendo a prevenção e a educação sexual

Cardiopatias, nefropatias, pneumopatias – doenças do coração e sistema circulatório, dos rins e dos pulmões, respectivamente

Esterilização cirúrgica – laqueadura tubária (ligadura ou interrupção das tubas uterinas, que conectam os ovários ao útero) e vasectomia (ligadura dos dutos que levam espermatozoides dos testículos até a uretra). Ovários e testículos continuam funcionando, mas a fecundação fica impedida. Óvulos e espermatozoides produzidos são absorvidos pelo organismo

Reprodução humana assistida – uso de técnicas para auxiliar a reprodução. É recomendado, entre outros, para casais inférteis ou com portador do vírus da Aids ou das hepatites B ou C

Quanto às mortes maternas causadas por aborto, entre 1990 e 2007 tivemos redução bastante importante. É no caso específico das doenças do aparelho circulatório, também há uma redução importante. Todo mundo sabe que nos últimos 25 anos a mortalidade causada por doenças cardiocirculatórias foi reduzida de maneira importante em todo o país, em todas as faixas etárias, em todos os estratos sociais.

Já com relação aos métodos anticoncepcionais, em 1986, das mulheres em idade fértil, 43,5% usavam anticoncepcional de maneira regular; em 2006, esse índice aumentou para 67,8%. Entre as mulheres em idade fértil em união estável, casadas ou que vivem com um companheiro, o índice aumentou de 65,8% para

mais de 80% (veja infográfico na página 21).

Entre os diversos métodos, a esterilização tem um papel importante entre as mulheres sexualmente ativas em idade fértil, crescendo de 17,2% para 21,8%; e, entre as unidas [mulheres que se declaram vivendo

relação estável, formal ou informal], de 26,1% para 29,1%. A esterilização masculina aumenta, embora em um percentual ainda menor,

mas de maneira importante dentro da política de direitos sexuais reprodutivos e de atenção à saúde do homem. O ministério incluiu, a partir de 2007/2008, a vasectomia nos ambulatórios. O uso de pílula predomina, aumentando de 17% para 22,1%; e entre as relações estáveis, para 25,2%.

Vejam que enquanto em

países como o Canadá e europeus o percentual de utilização do DIU [dispositivo intrauterino] está na faixa de mais de 20%, no Brasil ele ainda é bastante reduzido. E o preservativo masculino, que por conta, inclusive, de todas as políticas do governo de distribuição gratuita em massa, de educação e de informação, aumenta de maneira extremamente importante.

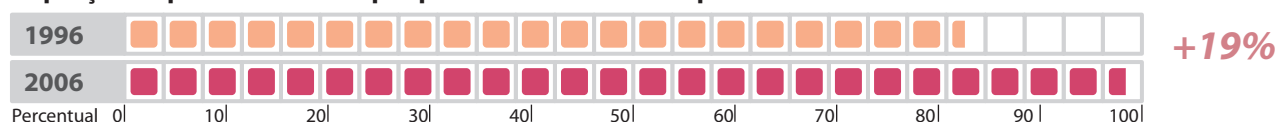
A redução dos partos em adolescentes também chama a atenção. Entre 1995 e 2009 houve uma redução de 35,6%

Há uma lista de medidas, de leis, uma série de desafios que se colocam para todos nós, complementando essas informações. O lançamento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos amplia a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis. Também quero destacar os programas Farmácia Popular e Aqui tem Farmácia Popular, que comercializam com subsídio

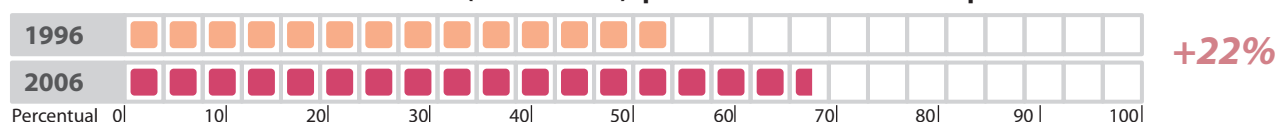
Melhoria na notificação levou ao aumento do número de mortes por causas alheias à gravidez

Em uma década, indicadores de saúde materna registraram evolução

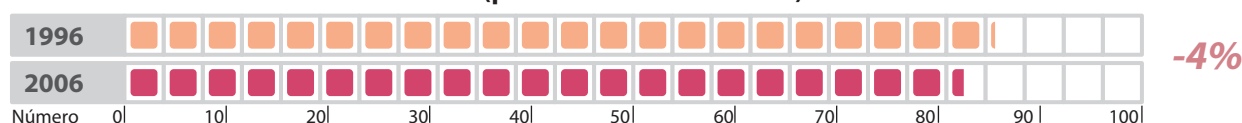
Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados



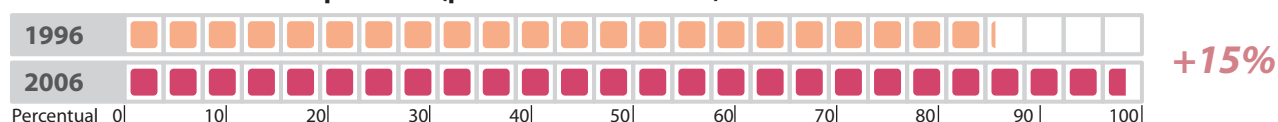
Percentual de mulheres em idade fértil (14 a 49 anos) que usam métodos contraceptivos



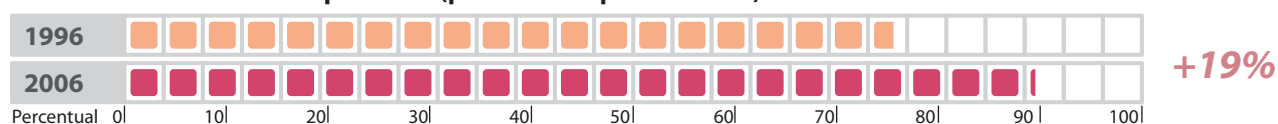
Taxa de nascimentos entre adolescentes (para cada 1.000 mulheres)



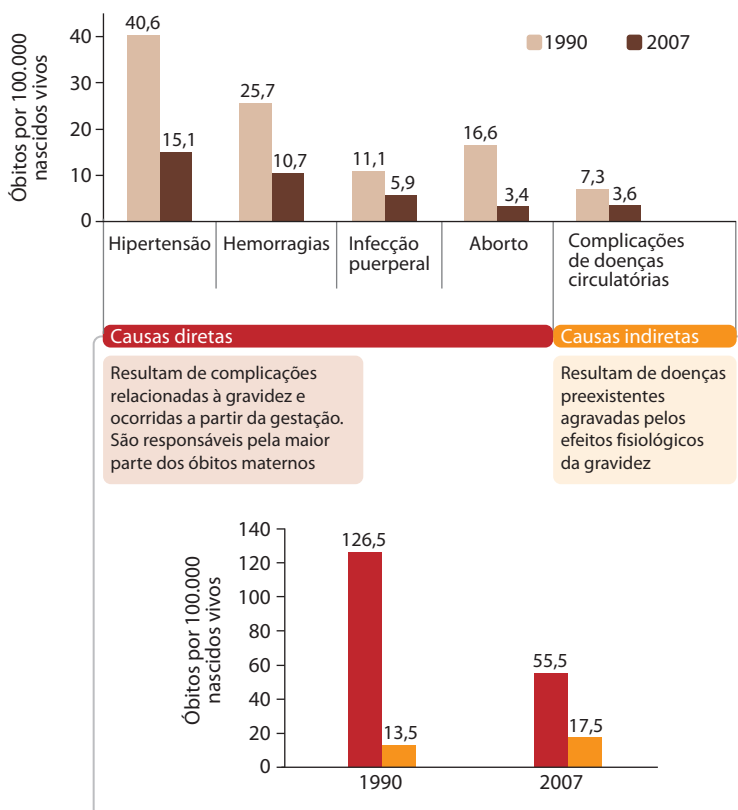
Cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos uma visita)



Cobertura de atendimento pré-natal (pelo menos quatro visitas)



Hipertensão é a maior causa de mortalidade materna no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde

do governo de 90% do custo. Calculamos que cerca de 1 milhão de mulheres, todos os meses, já adquirem pílulas anticoncepcionais no programa Aqui tem Farmácia Popular.

O aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária, dentro do que a legislação brasileira estabelece, a introdução da reprodução humana assistida no SUS, e o programa Saúde nas Escolas, cujo objetivo é levar informação de qualidade para os meninos, meninas, rapazes e jovens em relação às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada, são medidas inseridas em todo esse contexto.

Estamos estimando para 2010 a compra de 50 milhões de cartelas de pílulas. É a maior compra já feita pelo Ministério da Saúde

em todos os tempos, mostrando a determinação do governo de ampliar bastante o acesso. Tudo isso para distribuição gratuita. Isso se soma, evidentemente, às outras políticas e programas de subsídio do programa Aqui tem Farmácia Popular (veja infográfico na página 22).

Há ainda a evolução do número de atendimentos de laqueadura entre 2003 e 2009, um aumento também bastante importante, e os gastos equivalentes. Em 2003, instituímos a Política Nacional de Atenção às Urgências, que foi importante porque as equipes do Samu [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] também estão treinadas e capacitadas para a intercorrência e para o manejo de urgências obstétricas. Essa é uma situação que não existia antes do lançamento, em

2004, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

A publicação da lei de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, no âmbito do SUS, também é uma medida extremamente importante para a humanização e um direito. As mulheres têm de ter seu companheiro ou seu marido ou alguém da sua confiança durante o trabalho de parto.

SENADORA IDELI SALVATTI (PT-SC)

Muito me honra ter sido a autora da Lei 11.108.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Muito bem. A lei de 2007, que dá à gestante o direito de conhecer a mater-

As pressão alta está presente em diversos tipos de complicações

Hipertensão arterial crônica

Mulheres hipertensas que engravidam têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia ou eclâmpsia

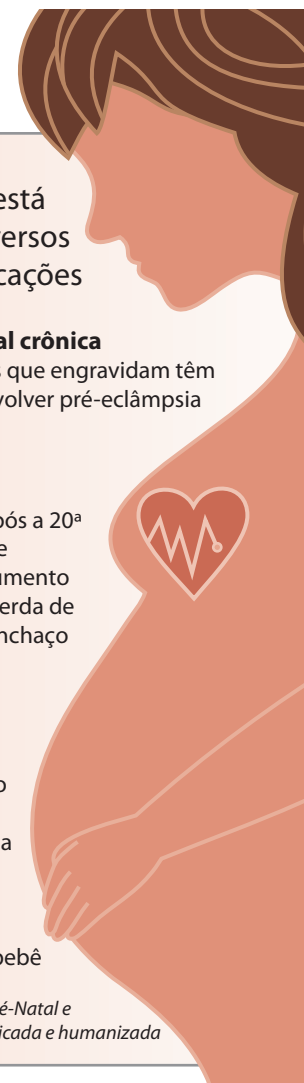
Pré-eclâmpsia

Geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação e caracteriza-se pelo aumento gradual da pressão, perda de proteínas na urina e inchaço

Eclâmpsia

Convulsões generalizadas em mulheres com quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou outra doença convulsiva. Pode colocar em risco a vida da mulher e do bebê

Fonte: Manual Técnico – Pré-Natal e puerpério – Atenção qualificada e humanizada



Samu – serviço integrado à rede pública de saúde que conta com veículos equipados e pessoal treinado para prestar socorro em casos de emergência. Funciona 24 horas por dia e atende no local da emergência. O serviço é acionado pelo telefone 192. Lançado em 2003, está presente em 1.286 cidades em todos os estados e no DF, atendendo a mais de 106 milhões de pessoas

Lei 11.108/05 – resultado de projeto da senadora Ideli Salvatti (PT-SC), garante às gestantes o direito à presença de acompanhante durante o parto e o pós-parto imediato, no âmbito do SUS

nidade onde receberá assistência ao SUS, infelizmente, ainda está distante para a grande maioria das mulheres brasileiras. Esse é um gigantesco desafio e um direito absolutamente fundamental. Eu diria que parte importante das ocorrências negativas que acontecem durante o trabalho de parto pode estar associada a isso. Isso cria ansiedade, insegurança e, normalmente, não é bom nem para a mãe e nem para o bebê.

Destaco ainda uma Resolução da Diretoria Colegiada de 2008 [RDC 36, de 3 de junho de 2008], da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], muito importante, que regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, colocando exigências técnicas, parâmetros para a qualificação desse atendimento. Uma portaria do ministério definiu um incentivo financeiro para que as maternidades se adequem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Ou seja, está sendo feito

todo um trabalho de qualificação e de segurança no trabalho das maternidades.

Até o final de 2010, vão ser mil profissionais qualificados pelo curso de urgência e emergência para médicos e enfermeiros que trabalham na rede pública de saúde do país. O ministério também faz um trabalho muito importante de qualificação das parteiras tradicionais que atuam nos estados do Nordeste e da Amazônia Legal.

E aqui eu queria destacar também o importante aumento da cobertura de consultas pré-natal no Brasil entre 2000 e 2008. Caiu bastante o percentual de mulheres que não tiveram consulta, ou tiveram até três consultas. O número de mulheres que já fazem quatro ou mais consultas já atingiu mais de 89%, e o das que fazem sete ou mais consultas se aproxima dos 60%. Evidentemente, a nossa meta é que todas as mulheres possam realizar, no mínimo, sete consultas.

Em 1994, nós tínhamos um milhão de consultas de pré-natal; em 2009, foram

20 milhões de consultas. Um gigantesco esforço em que a expansão do programa da Saúde da Família teve um papel muito importante. Hoje, esse programa já atende mais de 100 milhões de brasileiros (veja infográfico abaixo).

Há também a Portaria de 2006 [nº 5, do Ministério da Saúde], que incluiu a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória, e todo o esforço que vem sendo feito de incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária.

Esse é um dado muito preocupante porque há uma verdadeira epidemia de cesarianas no Brasil. No SUS, que atende 80% dos partos realizados do país, a taxa de cesárea, em 2006, foi de 30%, o dobro do preconizado pela OMS. Já nos planos e seguros de saúde, no mesmo ano, essa taxa foi de 80%, quer dizer, uma distorção absolutamente dramática. E nós sabemos das complicações das cesáreas desnecessárias (veja infográfico na página 40).

Esse é o dado extrema-

Brasileiras com mais de sete consultas de pré-natal já são maioria

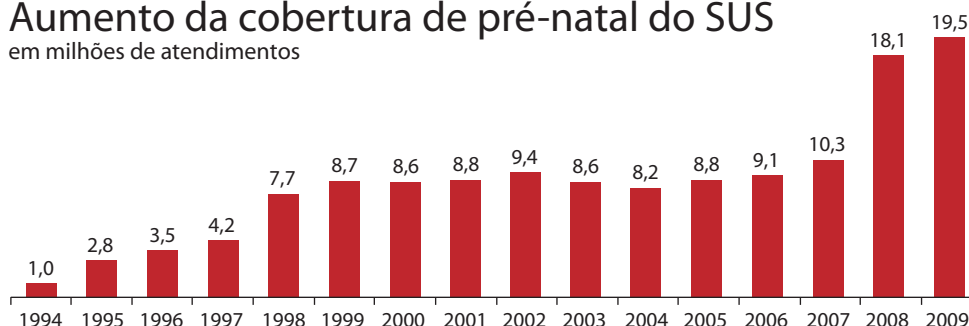
Consultas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nenhuma	4,7	4,4	3,7	3,1	2,8	2,5	2,1	1,9	1,8
1 a 3	11,0	11,1	10,5	9,9	9,4	9,1	8,5	8,0	7,7
4 a 6 consultas	35,7	35,2	35,3	34,8	34,0	33,9	33,3	32,9	32,2
7 ou mais	43,7	45,5	47,8	49,9	52,0	52,8	54,5	55,8	57,1
Ignorado	4,9	3,8	2,7	2,3	1,8	1,6	1,5	1,4	1,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ministério da Saúde

Meta do
Ministério
da Saúde:
7 consultas

Aumento da cobertura de pré-natal do SUS

em milhões de atendimentos



mente preocupante, ou seja, o aumento sustentado do parto cesáreo no Brasil. O ministério tem feito um grande esforço, em parceria com as sociedades de especialistas, com a mídia, a imprensa, e com o apoio de artistas, atrizes, com campanha de televisão, mas essa é uma questão muito complexa que passa muito por certa desconstrução de uma consciência equivocada, em que para muitas mulheres a questão do parto normal se associaria com dor, se associaria com problemas no seu corpo.

Há uma estética idealizada na sociedade hodierna, que é muito ruim, e onde, muitas vezes, o que falta é diálogo, conversa, informação, esclarecimento e campanhas que fortaleçam, evidentemente, o compromisso dos próprios médicos, enfermeiros e profissionais de saúde com essa redução, já que, como nós vimos, a cesárea já é importante no SUS, embora muito menor que nos planos de seguro, que tem um

índice absolutamente fora de qualquer padrão.

É preciso destacar, também, a implantação dos comitês de mortalidade materna. Nós estamos fazendo curso de educação a distância, capacitando esses comitês em todo o país. Há também a Portaria de 2003 [nº 653, do Ministério da Saúde], que criou a notificação compulsória do óbito materno, onde esse óbito tem que ser necessariamente investigado, e a Portaria de 2008 [nº 1.119, do Ministério da Saúde], que regula a vigilância dos óbitos maternos, ou seja, que os municípios são obrigados a apresentar a causa da morte; e que define, inclusive, o fluxo de informações sobre o óbito e suas causas, até o Ministério da Saúde.

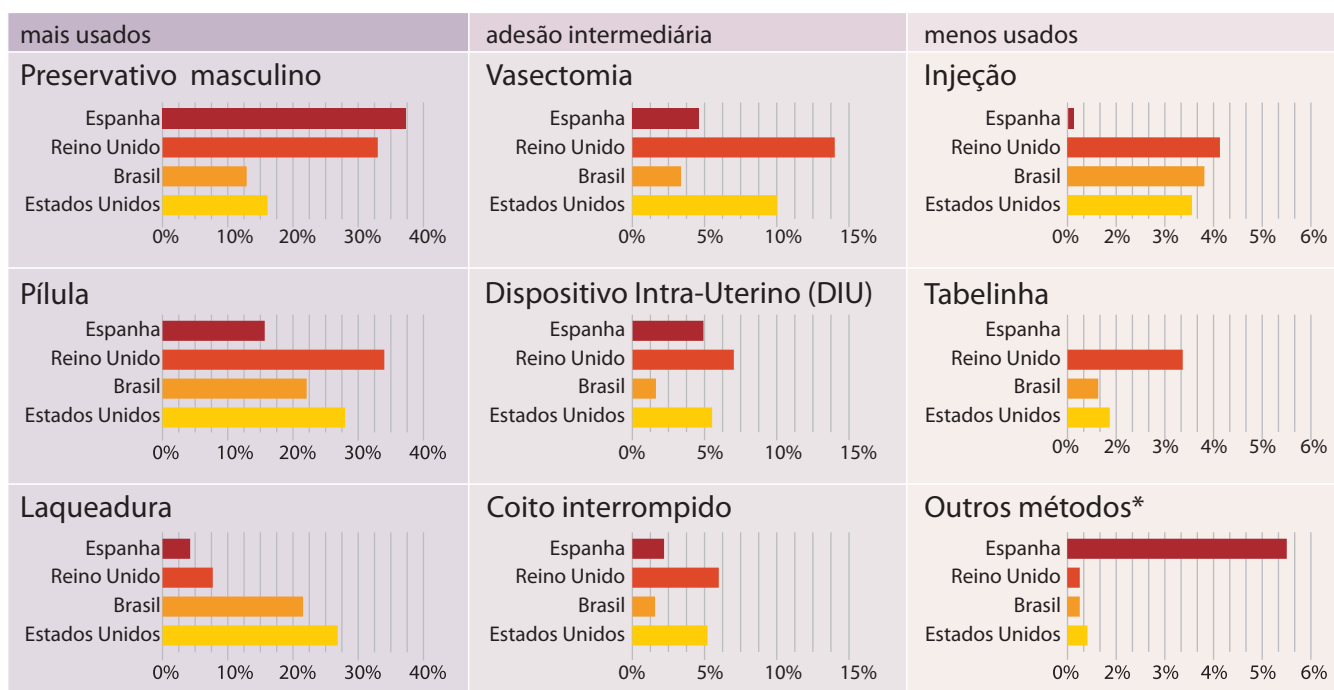
Estamos trabalhando, também, no contexto das desigualdades regionais, da região Nordeste e da Amazônia Legal, em 256 municípios prioritários, estruturando a vigilância epidemiológica de morte

materna, infantil e fetal. E uma série de outras medidas de qualificação, de promoção da pesquisa, tentando qualificar o registro, a informação, o monitoramento e a vigilância.

Eram essas as informações. Eu acho que nós temos um desafio. O próprio Pnud [Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento] avalia que o Brasil ainda pode, sim, atingir os objetivos. Na mortalidade infantil, nós vamos atingir o objetivo do milênio com tranquilidade. Possivelmente em 2012 já teremos cumprido, muito antes de 2015. No caso da mortalidade materna, não será tão fácil, pelas peculiaridades, pelas especificidades, pelo desafio que isso importa e pelo fato de termos partido de uma base absurda, uma taxa de mortalidade materna muito alta, mas ainda temos tempo para que o Brasil possa atingir esse objetivo do milênio de redução de 75% tomando como base o ano de 1990.

Pílula e camisinha são mais usados no mundo para evitar gravidez

Métodos contraceptivos têm aceitação diferente conforme o país. Na comparação, Brasil tem menor adesão à camisinha



*Estão inclusos métodos como diafragma, camisinha feminina, implantes, creme, pílula do dia seguinte e métodos vaginais.

Fontes: Espanha, VI Encuesta Bayer Schering Pharma de Anticoncepción en España (2008); Reino Unido, Office for National Statistics (2008-2009); Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006); Estados Unidos, National Center for Health Statistics (2006-2008)

Pílula e laqueadura são os métodos anticoncepcionais preferidos das brasileiras

Método ¹	Mulheres em idade fértil (MIF) usando método anticoncepcional (%)		MIF em relação estável ² usando método anticoncepcional (%)	
	1986 ³	2006 ⁴	1986 ³	2006 ⁴
Esterilização feminina	17,2	21,8	26,9	29,1
Esterilização masculina	0,5	3,3	0,8	5,1
Pílula	17,0	22,1	25,2	24,7
DIU	0,7	1,5	1,0	1,9
Injeção	0,4	3,5	0,6	4,0
Implantes	-	0,1	-	0,1
Preservativo masculino	1,1	12,9	1,7	12,2
Preservativo feminino	-	0,0	-	0,0
Diafragma	-	0,0	-	0,0
Creme, óvulos	-	0,0	-	0,0
Pílula do dia seguinte	-	0,0	-	0,0
Tabela/abstinência periódica ⁵	2,8	0,8	4,0	1,1
Coito interrompido	3,2	1,5	5,0	2,1
Métodos vaginais ⁶	0,1	-	-	-
Outro método ⁷	0,3	0,2	0,5	0,3



Foto: Stock.XCHING

¹ Se mais de um método é informado, considera-se o mais efetivo

² Mulheres casadas e vivendo em união estável, formal ou informal

³ População alvo: 15 a 44 anos

⁴ População alvo: 15 a 49 anos

⁵ Abstinência periódica inclui tabela, Billings e temperatura

⁶ Os métodos vaginais incluem diafragma, espuma e tabletes

⁷ Inclui outros métodos não especificados, como adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas, ducha vaginal etc.

Governo prevê gastos de mais de R\$ 70 milhões com métodos contraceptivos reversíveis em 2010

Medicamento	Preço (R\$)	Quantidade	Valor total (R\$)
1. Anticoncepcional hormonal injetável mensal - ampola	7,45	4.062.553	30.266.019,85
2. Anticoncepcional hormonal injetável trimestral - ampola	6,27	733.092	4.596.486,84
3. Anticoncepcional hormonal oral (progesterona) - cartela	3,38	2.500.000	8.450.000,00
4. Anticoncepcional hormonal oral de emergência - cartela	0,62	458.000	283.960,00
5. Anticoncepcional hormonal oral combinado - cartela	0,55	50.000.000	27.495.000,00
6. Diafragma - unidade	36,72	24.000	881.280,00
7. Anéis medidores - caixa	81,00	3.000	243.000,00
TOTAL (R\$)			72.215.746,69

Número de laqueaduras caiu pela primeira vez em 2009

Ano	2003	2005	2007	2009
Total de procedimentos	31.216	40.865	58.513	54.340
Investimento (R\$)	10.677.763,03	15.900.311,34	23.699.220,12	28.791.475,34

Fonte: Ministério da Saúde

CAS vê avanço, mas quer reflexo em índices



CÉLIO AZEVEDO

ROSALBA CIARLINI
Obrigada, ministro, pela sua explanação. Realmente foi possível acompanhar, através da sua exposição, as ações desenvolvidas para atingirmos a meta do milênio, que nós sabemos que não está fácil. Ministro, em 1990 nós tínhamos 140 mortes por 100 mil nascidos vivos. Em 2004, isso baixou para 72. Só que, entre 2004 e 2007, inclusive pelo gráfico mostrado aqui, do próprio Ministério da Saúde, não houve nenhuma redução, a mortalidade materna ficou oscilando de 72 a 75. Por que o senhor entende que estabilizou, quando, na realidade, em 2004, o próprio governo lançou a campanha de combate à mortalidade? O que houve?

Eu sei que foi ampliado o número de notificações e ainda sabemos que ele ainda não é real. Existe, ainda, muita subnotificação. Mas por que estabilizou? A que o senhor atribui isso? Quando se tem uma meta, eu entendo

Senadores pedem avaliação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, de 2004, para saber se o aperfeiçoamento da notificação justifica o aumento da mortalidade materna

que o seu ministério tem uma meta a ser atingida, consequentemente há um planejamento, pelo menos em médio prazo. Dentro desse planejamento, faltaram recursos? Faltaram campanhas educativas maiores? Faltou, na realidade, talvez, maior preparação das pessoas que tratam, também, da questão do parto? Será que faltou incentivo?

Na tabela do SUS, nesse período, houve algum reajuste para os procedimentos de parto normal, cesárea e alto risco? Que incentivos médicos os profissionais ligados diretamente ao parto e a todo o acompanhamento da gravidez receberam para que nós pudéssemos ter, realmente, uma ação nacional efetiva e conseguirmos fazer essa redução? Quanto representou, nessa mortalidade, o percentual por aborto?

Pelo relatório do próprio ministério somente 2.700 cidades, se eu não estou enganada, têm comitês de mortalidade materna, quando nós temos 5.564 municípios.

Eu gostaria de deixar essas indagações. Nos preocupa, no sentido de que a gente possa, também, participar e conciliar. Porque reduzir a mortalidade materna – quero deixar muito bem claro, – é uma

ação que tem que ser de todos nós. Mas, para isso, o senhor, que conduz a nível nacional, nos diga onde está o gargalo, onde estão as dificuldades para que possamos nos somar em auxiliar no que for possível. Essas são as minhas indagações.

SENADORA FÁTIMA CLEIDE (PT-RO)

Eu queria primeiro parabenizar a senadora Rosalba por proporcionar essa oportunidade para a Comissão de Assuntos Sociais, de debater com o nosso ministro Temporão, e dizer, também, da nossa alegria de tê-lo aqui



JOSÉ CRUZ

conosco. Parabenizá-lo pelas suas atitudes sempre muito corajosas de fazer os enfrentamentos que são necessários com relação à saúde no Brasil e, principalmente, de fazer afirmações que são tão necessárias, mas que, quando a



Parte das iniciativas para diminuir mortes de mães, gestantes da Bahia assistem a palestras sobre prevenção

gente faz de forma simples, geram tanta polêmica. Parabéns, ministro. Eu me orgulho muito de tê-lo no ministério brasileiro à frente da pasta da Saúde.

Eu queria dizer que vejo as metas do milênio como um desafio a ser superado, e os objetivos que são colocados na meta cinco, que trata da mortalidade materna, colocam para o Brasil o objetivo de, em 2015, reduzir em 75% a mortalidade materna (*veja infográfico na página ao lado*). E, conforme a sua explanação, em 2010 nós conseguimos atingir o índice de 46%. Eu acho que o desafio está sendo superado.

Eu tenho uma visão positiva de superação, de possibilidades, e vejo, também, que o governo brasileiro, que tem Vossa Excelência à frente da pasta da Saúde e que é comandado pelo nosso querido presidente Luiz

Inácio Lula da Silva – não é à toa que o presidente é, hoje, referendado como o homem mais influente no mundo –, adota essas políticas para, corajosamente, enfrentar os problemas. O governo brasileiro tem o compromisso de enfrentar esse desafio, no meu entender, muito bem expresso quando, em 2004, o presidente Lula lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna.

Então, eu fiz questão de cumprimentá-lo e também dizer da minha satisfação de ver que o nosso governo tem o compromisso de superar esta que é uma chaga na nossa sociedade: o índice de mortalidade das mulheres no momento de dar à luz, um momento muito importante para nós mulheres, momento de comemorar.

Eu acredito que a gente só supera os desafios quando a gente comemora as

pequenas vitórias, os pequenos avanços, e encara com seriedade, com honestidade, aquilo que falta para que a gente possa superar.

Eu acredito que todos nós aqui, tanto situação quanto oposição, desejamos o índice zero de mortalidade materna. E eu tenho muita fé, muita esperança de que, da forma como estamos indo, estejamos dando passos consistentes para a superação desse desafio.

Portanto, ministro, quero apenas fazer esse registro. Parabenizá-lo pela forma como faz os enfrentamentos e também dizer da nossa satisfação de ver que a política de saúde deste país está sendo muito bem conduzida, com muita seriedade, por Vossa Excelência.

SENADOR FLÁVIO ARNS (PSDB-PR)

Eu quero, em primeiro lugar, ministro, cumprir





Flávio Arns

mentá-lo também. Dizer da alegria de tê-lo aqui na Comissão de Assuntos Sociais, junto com os demais expositores, e abordando um tema de tão alta importância como é a questão da mortalidade materna.

E eu vinha, no caminho do aeroporto para cá, conversando com o Dr. Hélvio, que representa aqui a Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna. Ele é do Paraná, também, e vinha explicando que a análise da mor-

talidade materna dá uma indicação bastante clara de como pode ser considerado o grau de desenvolvimento, inclusive na saúde, mais do que a própria mortalidade infantil. Quer dizer, os dois são fundamentais, mas a atenção para a mãe vai conduzir, naturalmente, à questão de vida melhor e mais plena para a criança.

A minha pergunta está relacionada à questão que a senadora Rosalba levantou: no ano de 2004 foi instituído o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e estamos em 2010. No aspecto relacionado à mortalidade materna, como nós poderíamos fazer uma avaliação da aplicação desse plano nesse período 2004/2010 em termos de mortalidade materna? Foi efetivo? Quais os índices?

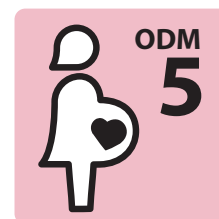
Isso porque, de acordo com o quadro mostrado, nós observamos que, no período de 2004/2008, houve

um aumento, em muitos estados, do número de óbitos maternos notificados.

Qual, então, foi o impacto do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no quesito mortalidade materna? Eu sei que isso pode estar até relacionado à questão do aprimoramento do sistema de notificação. Às vezes, não é que tenha aumentado, pode ser que tenha diminuído, porém, o sistema de notificação foi aprimorado e, com isso, os casos foram identificados. Preocupa, também, o que foi colocado pela senadora Rosalba: que os comitês de mortalidade materna estão em, aproximadamente, 50% dos municípios e ainda faltam 50%.

Do ponto de vista de Vossa Excelência, o que avançou e o que é necessário avançar? Eu gostaria também de ter mais um dado, que não apareceu – não sei se eu não vi. Qual é

5º objetivo do milênio é melhorar a saúde materna



Meta da ONU

Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna

Indicadores

- Razão de mortalidade materna
- Proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado

Metas nacionais

- Atingir, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), cobertura universal em ações de saúde sexual e reprodutiva até 2015
- Até 2015, ter detido o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, invertendo a tendência atual

Indicadores

- Proporção de óbitos maternos segundo grupos de causas
- Proporção de consultas de pré-natal
- Número de internações por aborto no SUS
- Taxa de mortalidade de mulheres de 30 a 69 anos, segundo alguns tipos de câncer
- Taxa de mortalidade de mulheres de 30 a 69 anos por causas selecionadas

Principais iniciativas do governo federal

- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
- Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos
- Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e na Amazônia Legal – Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu



A pesagem de bebês é parte do acompanhamento pós-parto feito pela Pastoral da Criança no Rio de Janeiro

o índice, ou o último dado disponível, de mortalidade materna no Brasil, o último dado disponível? Qual a taxa de mortalidade materna no Brasil hoje? O que é aceitável pelos organismos internacionais?

O terceiro aspecto, ministro: qual é a situação nossa em comparação com os nossos parceiros do **Mer-cosul**, por exemplo? Não comparando com a Europa, Estados Unidos. Eu sei que em Curitiba, por exemplo, com a adoção do Programa Mãe Curitibana (veja nota na página 58), os índices de mortalidade materna são comparáveis aos índices dos Estados Unidos, do Canadá, da Europa. Não chega a 13 por 100 mil pessoas.

Eu sei que no Paraná a

taxa já é 40 [mortes para cada 100 mil nascidos vivos]. No Brasil, não saberia. Qual é o índice do Brasil? Mas eu gostaria de comparar. Comparando com a Argentina, com o Uruguai, com o Paraguai, ou, pelo menos, com o Chile, alguns próximos, aqui, só para ver se nós estamos, comparado com eles, bem ou não (veja *infográfico na página 56*). Não sei se Vossa Excelência dispõe desses números. Mas eu agradeço. O tema é da mais alta relevância, importância.

Os índices da Pastoral da Criança, de um ano para o outro, caíram 50%. Imagine 50% a menos de um ano para o outro, em comunidades pobres, com valores de renda baixos,

educação formal provavelmente baixa, e, apesar disso, de um ano para o outro, reduziram em 50%, de 100 para 50 [mortes para cada 100 mil nascidos vivos]. São dez notificações neste ano, no primeiro trimestre. Então seriam dez notificações em quatro meses, o que daria a taxa, no ano, de 30 nas comunidades atendidas pela pastoral.

Isso mostra que renda é importante, educação é importante, mas ter um sistema de monitoramento e de apoio para a comunidade, de informações, é também bastante importante, a exemplo do que faz a Pastoral da Criança. Além de diminuir a mortalidade infantil, diminuindo, significativamente, a mortalidade materna.





SENADOR AUGUSTO BOTELHO (PT-RR)

Eu sou o fundador do Comitê de Mortalidade Materna de Roraima. Lá, nós já avançamos um pouco, 40% dos nossos municípios já têm o comitê. São poucos municípios, mas nós temos. São pobres esses municípios, as pessoas têm dificuldade de ter médico, mas nós já temos 40% dos nossos municípios com comitê de mortalidade materna.

A nossa mortalidade ainda não está nos bons níveis porque a nossa maternida-

de, a única de Roraima, recebe doentes da Guiana e da Venezuela. Geralmente, quando trazem uma gestante da Guiana ou da Venezuela para ter o neném lá em Roraima é porque o negócio está complicado e já vem grave.

Mas a nossa cobertura pré-natal lá, graças a Deus, está dentro dos padrões de mais de quatro consultas. Toda vez que a gente investiga a *causa mortis* de uma paciente, que a gente pede a ficha da gestante, a ficha do pré-natal dela, infelizmente muitas não têm aquele cartão de pré-natal. Quando tem, tem uma consulta ou duas. Nunca vi uma morte materna lá de uma gestante que tivesse o cartão de pré-natal todo arrumadinho, com sete consultas, com dez consultas. Em 2008, morreram nove pessoas. Em 2009, morreram 13, o que, para nós, é um número grande.

A gente quer que a nossa taxa de mortalidade fique igual à taxa de mortalidade admitida pela OMS.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

É 20 [taxa de mortalidade considerada admissível pela OMS: 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos].

AUGUSTO BOTELHO

Eu vi, entre as propostas do ministro, esses treinamentos através da internet para as pessoas dos comitês. Eles são importantes. Como o senador Flávio Arns falou, realmente houve um aumento da mortalidade, porque agora os comitês estão mais ativos.

Lá em Roraima, agora, estamos passando, nos últimos dez dias, por uma situação: o jornal batendo em cima e tudo porque houve um parto que se complicou com a retenção de placenta e a gestante faleceu. Isso

Mercosul – Mercado Comum do Sul é a união para o livre comércio entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. A Venezuela depende, desde 2006, de aprovação dos legislativos dos quatro países para sua entrada no bloco

Organização Mundial da Saúde (OMS) – fundada em 1948, é a agência da Organização das Nações Unidas especializada em saúde. Seu objetivo é desenvolver o nível mundial de saúde, definida como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social" e não apenas a ausência de doença



Duas em cada cinco cidades de Roraima têm comitê de mortalidade materna. Boa Vista (acima) é uma delas

Emenda 29 – emenda constitucional foi promulgada em setembro de 2000, com o objetivo de assegurar recursos mínimos para o financiamento da saúde pública. A regulamentação da emenda constitucional é o alvo do projeto de lei (PLS 121/07) do senador Tião Viana (PT-AC), definindo os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estados, municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas de governo

cria uma confusão danada, inclusive, para os hospitais, para os médicos. Vai gerar um monte de processos, um monte de confusões.

Mas a pior coisa que existe na Medicina – eu sou médico – é quando acontece de uma mulher que vai ter um neném, que é uma coisa boa, morrer. Do meu ponto de vista de médico, é a pior morte que existe. Para nós, para todos os médicos, para a família, para as pessoas. Você passa nove meses esperando para ter o neném, prepara tudo e vai lá. Às vezes, morre a mãe, às vezes o neném escapa. Geralmente, o neném fica vivo e morre a mãe.

As pessoas ficam até hostis com os trabalhadores de saúde por causa disso. Às vezes já vão com pedras na mão para serem atendidas, essa é uma reação normal da população. Mas a gente tem de in-

vestigar. E os comitês de mortalidade materna não são comitês policiais, não. Eles investigam as causas justamente para prevenir as mortes. Por isso as pessoas não devem temer os comitês de mortalidade materna e participar. Só participam técnicos dos comitês.

Vi que o Ministério da Saúde está planejando treinar mil profissionais em urgência e emergência obstétricas. Eu queria saber os critérios usados para designar quais os estados iriam receber esse treinamento. Talvez os que tenham a maior mortalidade materna? Eu não sei quais foram os estados. Eu gostaria que Roraima fosse incluído nesse treinamento, principalmente em uma situação como a de agora, em que está todo mundo sensibilizado. Nós precisamos.

E volto a afirmar: a gente está fazendo saúde no

Brasil com a metade dos recursos necessários para fazer a saúde, para fazer o SUS no Brasil. Por isso, a **Emenda 29** tem que ser regulamentada. Não pode ser dessa forma. Não adianta a gente ficar fazendo curso, fazendo tudo, se vai faltar o recurso lá na frente. Muitas vezes, as pacientes morrem por causa de deficiência de material mesmo, deficiência de medicamento, deficiências técnicas.

É claro que, muitas vezes, tem o erro médico no meio. E também contribui para o erro médico o indivíduo passar a noite toda dando plantão, fazer dez cesáreas. Quando chega uma doente às 6h30 da manhã, quando ele está para terminar o plantão, ele pode deixar passar alguma coisa porque está cansado. Por que isso? Porque nós não temos dinheiro para pagar mais médicos para





SAAC/GRH
CODER

Ministério
da Saúde



Cursos

de curta duração

Apresentação
Cursos e Palestras
Operação Acolhimento
Ambiente de Aprendizagem
Contato

CURSOS DISPONÍVEIS

Cursos e Palestras

Em 2009 e 2010, o Programa "O Saber para Conquistar um Lugar", além da operação acolhimento, destinada, exclusivamente, ao acolhimento do pessoal recém contratado, inicia oferecendo cursos de 45 e 60 horas, que visam, exclusivamente, à capacitação dos gestores, assessores e técnico-administrativos do MS, em todo o território nacional.

As inscrições para os primeiros cursos estão abertas. Os interessados deverão preencher as condições necessárias e obrigatórias para participação.

A disciplina Introdução à Educação a Distância - EaD, com 15 h/a, precede a todos os cursos. Ela tem por finalidade propiciar aos participantes os conhecimentos fundamentais para o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem, compreendendo: livro-texto; CD-ROM; tutoria; teleconferências; Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA) com biblioteca virtual, textos com o conteúdo base e exercícios interativos.

A aludida disciplina torna-se opcional, apenas para aqueles que já a cursaram. Neste caso, o participante deverá informar já ter cursado a referida disciplina, quando fizer inscrição para participar de um novo curso. Uma vez preenchidos os requisitos obrigatórios, os participantes poderão realizar com excelente aproveitamento os seus estudos em suas casas ou em qualquer outro lugar onde possam acessar os recursos do Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem - AVEA.

PROGRAMAÇÃO 2010

Operação Acolhimento

Trata-se de um módulo introdutório destinado, exclusivamente, ao acolhimento dos servidores recém contratados, cujos temas deverão oferecer uma visão estratégica, clara e minuciosa dos objetivos institucionais.

Página do Ministério da Saúde oferece cursos à distância para profissionais do setor

dar plantão. Nós não temos dinheiro para aumentar a equipe de trabalho na maternidade.

E isso só vai ser resolvido quando se regulamentar a Emenda [Constitucional 29], que está lá na Câmara dos Deputados. Eu falo mais uma vez, apelo para que o projeto seja aprovado. Alegam que o governo está segurando. Tem que resolver isso. Enquanto não se conseguir recursos para a saúde, esse problema não vai se resolver. As mães que estão

morrendo, também, estão morrendo por falta de recurso. Isso tem que ficar bem claro. Não morrem apenas porque deu uma infecção ou porque houve uma hipertensão maltratada. Se houvesse mais recursos, se a gente conseguisse ter mais programas Saúde da Família...

Está provado. Partimos de 1 milhão para 20 milhões de consultas de pré-natal. Por que se fez isso tudo? Foi o **programa Saúde da Família**. Se a gente aumentar o Programa Saúde da Família, a gente vai melhorar mais. Por isso, ministro, eu sei que Vossa Excelência é um defensor do SUS. Nós temos que trabalhar para isso.

A mortalidade materna é a morte que ofende mais, tanto as famílias como a classe médica. Nenhum médico fica satisfeito com a morte, mas algumas mortes a gente aceita. Mas morrer na hora de ter filho é uma coisa que nós não podemos aceitar. E tudo nós vamos fazer para que isso não aconteça.

Tenho certeza disso, de

que esta comissão aqui, a nossa Subcomissão de Saúde, vai lhe apoiar em todas as medidas necessárias para a gente reduzir essa mortalidade. Mortalidade zero, estatisticamente, ninguém consegue, mas precisamos ficar abaixo das 20 [mortes] para cada 100 mil [nascidos vivos].

ROSALBA CIARLINI

Brasil aplica metade do que seria necessário para o funcionamento do SUS, diz Botelho

Ministro, eu queria acrescentar que temos um dado que eu acho que o senhor também tem: que

60% da mortalidade são de pessoas de baixa renda e sem escolaridade, ou 77%, como está me corrigindo o Dr. Hέλvio. Isso mostra que há uma relação muito forte entre educação e parto (*veja infográfico na página 30*).

FLÁVIO ARNS

Eu achava isso até ver os números da Pastoral da Criança, que em dois anos diminuíram 70% e em comunidades pobres, sem escola. Mas o que acontece? É uma comunidade organizada, com acesso à informação. E é interessante que a mortalidade diminui, apesar de não se ter renda, escola, ela diminui.

ROSALBA CIARLINI

Fica a informação. E outra coisa, com relação às maternidades no interior. No meu estado, tenho sentido que houve uma redução da natalidade. Inclusive, tem uma cidade da grande Natal – Extremoz – que passou dez anos sem que nascesse uma criança lá. As parteiras sumiram. Eu sei que as parteiras pre-

cisam, cada vez mais, ser preparadas, orientadas etc. É o que, hoje, faz a Pastoral: informar.

Existe alguma iniciativa voltada à preparação de pessoas leigas, mas que têm capacidade de acessar mais facilmente a informação, como, no caso, as parteiras, como eram chamadas, hoje agentes comunitários, agentes da Pastoral, e à estruturação no interior?

Sou procurada por muitos prefeitos que querem melhorar o seu município. Sei que parece que as questões burocráticas são maiores que a vontade de realizar que têm tanto o administrador municipal como, acredito, o próprio ministro. Gostaria que o senhor nos desse uma visão dos investimentos colocados para essa área, de melhor estruturar as maternidades, dar melhores condições para o parto, principalmente no interior.

IDELI SALVATTI

Em primeiro lugar, eu queria dizer ao ministro que esse compromisso que o Brasil assumiu, nos objetivos do milênio, da redução da mortalidade é uma tarefa de todos nós. É uma tarefa do Poder Executivo, através do ministério, através do SUS, envolvendo governos estaduais e governos municipais, e é uma tarefa também nossa, do Legislativo.

Nós conseguimos, aqui no Senado, aprovar o meu projeto de lei obrigando o SUS a garantir, se for o desejo da parturiente, a presença do seu acompanhante no parto. O projeto criava isso como uma obrigação, ou seja, um direito da parturiente. Aquela foi, talvez, uma das audiências públicas mais emocionantes da

Programa Saúde da Família – estratégia de assistência à saúde realizada por equipes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas etc.) que acompanham um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As ações de promoção da saúde desenvolvidas envolvem prevenção, recuperação, reabilitação de doenças mais frequentes e manutenção da saúde geral da comunidade. Foi lançado em 1994, como sucessão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)



CRISTINA GALLO/ AGÊNCIA SENADO

Ideli Salvatti

qual tive a oportunidade de participar. À época, nós não tivemos a presença

de muitos senadores, mas os que eram pais deram o testemunho do quanto isso é importante.

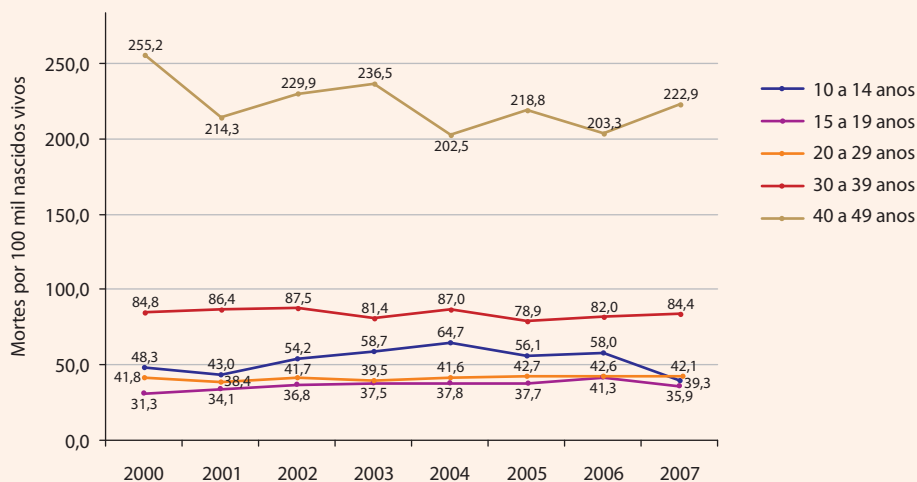
Até o [ex-]senador [João] Capiberibe se emocionou e chorou ao lembrar o sofrimento de estar do lado de fora enquanto a esposa estava em trabalho de parto, não podendo acompanhar, não podendo dar apoio, não podendo estar junto em um momento tão bonito, do nascimento do filho, da filha e, principalmente, dar tranquilidade. O acompanhante, na

hora do parto, é o melhor dos remédios, porque ele tranquiliza. Ele faz com que a parturiente se sinta acolhida. Porque o parto é algo assustador. Nós, que somos mulheres, sabemos disso. Você entra em uma sala com um monte de equipamentos e uma equipe, onde você não conhece ninguém, não tem a quem pedir uma força.

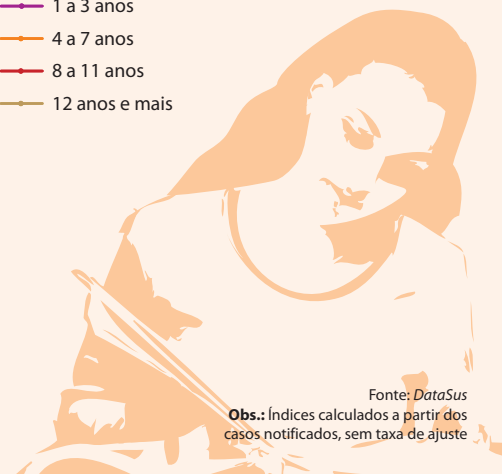
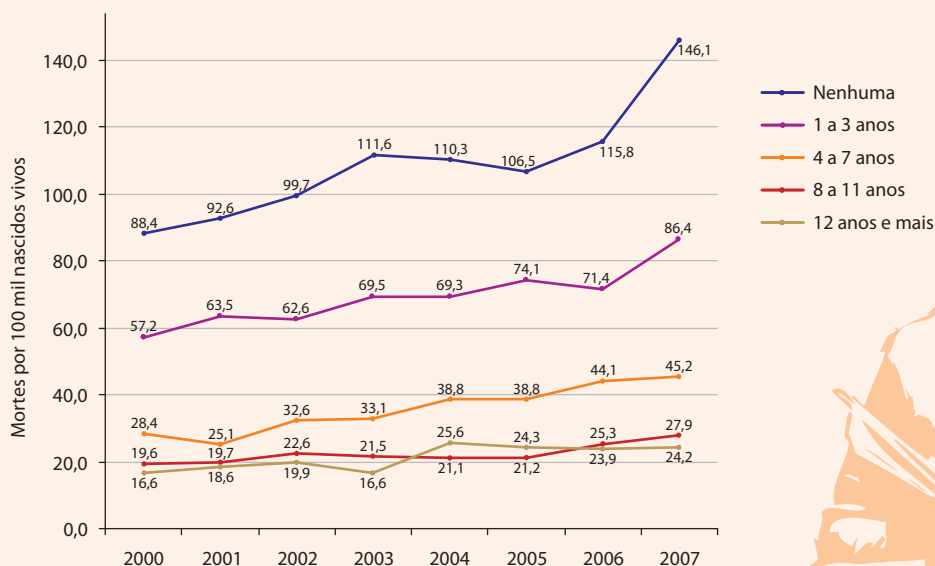
A Organização Mundial de Saúde reconhece a presença do acompanhante como um dos mecanismos mais eficazes para o parto

Morte é mais comum para mulher com mais de 40 e baixa escolaridade

Idade da mãe



Escolaridade



Fonte: DataSus
Obs.: Índices calculados a partir dos casos notificados, sem taxa de ajuste

natural, para tranquilizar a gestante e, inclusive, reduzir o tempo de internação e a necessidade de analgesia ou cirurgia. Isso reduz a mortalidade não só da mãe, mas também da criança. A criança também nasce em uma condição de maior tranquilidade.

Assim, quero registrar essa nossa obrigação de, enquanto parlamentares, aprovar leis que permitam ao Brasil alcançar mais rapidamente a meta. E, ministro, a gente sabe o que o ministério tem feito, o trabalho, as campanhas, inclusive reconhecendo com premiação anual as boas experiências e atuações para redução da mortalidade materna e infantil. Mas, o mais importante, o que o ministério poderia fazer para que leis como essa, do acompanhante da parturiente,

pudessem ser aplicadas?

Eu sei, também, ministro, que na questão do **Sistema de Informação de Mortalidade**, o SIM, houve algumas melhoras. Quando se registra o óbito, é muito importante, também, registrar o motivo do óbito. Em algumas situações, o óbito não tem a ver com o parto, e essa informação é muito importante para as ações do ministério. Em 1998, tivemos 2.042 óbitos, e, posteriormente, houve uma melhoria na qualificação da razão do óbito, algo que precisaríamos, inclusive, ter aperfeiçoado mais.

Por último, ministro, o senhor me desculpe, não é o assunto da nossa audiência, mas eu gostaria muito que a vacinação contra o **HPV** pudesse ser incluída nos programas do Ministério. Nós aprovamos, por unanimidade, a inclusão

Ideli quer melhor aplicação da lei de sua autoria que dá direito a acompanhante na hora do parto

da vacinação do HPV, que é uma das maiores causas de mortalidade, por câncer de útero, entre as mulheres. O projeto já passou aqui no Senado e está na Câmara, agora.

A gente sabe do custo, sabe do esforço da **Fiocruz** para desenvolver a vacina brasileira. Quem sabe nós pudessemos ter, também, a vacina do HPV para as mulheres, para a redução do câncer. Essa ação é muito importante também.

SENADOR MÃO SANTA (PSC-PI)

Ministro, nós temos 5.564 cidades no Brasil. Eu queria saber de Vossa Excelência se todas as cidades brasileiras têm maternidade.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Eu vou falar do meu estado.

MÃO SANTA

Qual é o estado de Vossa Excelência?

Sistema de Informação de Mortalidade – reúne dados das declarações de óbito coletadas pelas secretarias estaduais de Saúde. É administrado pelo Centro Nacional de Epidemiologia, vinculado ao Ministério da Saúde, e ajuda na definição dos programas de prevenção e controle de doenças

HPV ou vírus do papiloma humano (HPV, do inglês human papilloma virus) – infecta a pele ou as mucosas, com mais de 200 variações. A maioria está associada a lesões benignas, como verrugas, mas uma parte é maligna. Estima-se que seja responsável por mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero. É considerada a doença sexualmente transmissível mais frequente: de 25% a 50% da população feminina mundial pode estar infectada, e 75% das mulheres podem contrair a infecção em algum momento. Geralmente não apresenta sintomas. A infecção também pode ocorrer no homem, que praticamente não apresenta manifestações clínicas

Fiocruz ou Fundação Oswaldo Cruz – foi criada em 1900 para combater os problemas da saúde pública nacional. Vinculada ao Ministério da Saúde, desenvolve pesquisa; presta serviços hospitalares e ambulatoriais de referência em saúde; fabrica vacinas, remédios e kits de diagnóstico; treina profissionais; divulga informações científicas; controla a qualidade de produtos e serviços; e implementa programas sociais

CÉLIO AZEVEDO



A CAS aprovou, em dezembro de 2003, projeto de Ideli (à direita) que dá direito a acompanhante no parto



Inauguração de hospital público em Maués, em 2010: município envolveu parteiras tradicionais

Cidade do Amazonas é exemplo nacional

A 267 quilômetros de Manaus, com acesso somente por barco ou por linha de aviação regional com voos regulares três vezes na semana, a cidade amazonense de Maués, que já foi alvo de várias denúncias de desvios de recursos públicos, conseguiu ser apontada como exemplo, pelo Ministério da Saúde, de experiência bem-sucedida na redução da mortalidade materna.

Com média de 1 mil a 1,2 mil partos anuais, o município registrou apenas duas mortes em 2007. No ano passado, ocorreu um óbito decorrente de uma patologia rara. E no primeiro semestre de 2009 nenhuma gestante ou parturiente morreu nas instalações da única maternidade pública da cidade. Essa proeza se deve a um trabalho conjunto que derrubou preconceitos. Cerca de 16 parteiras trabalham dentro da maternidade, auxiliando os 15 médicos do hospital, que atualmente não possui obstetra.

O diretor clínico do hospital, Sílvio Alves da Silva, goiano de 34 anos radicado em Maués desde 2004, conta que a ideia surgiu em junho de 2006, após um seminário do Ministério da Saúde sobre assistência obstétrica e neonatal humanizada. Em dezembro daquele ano, um encontro com os profissionais da área de saúde do município já começou a envolver as parteiras, muitas delas vindas do meio rural.

Maués, que possui quase 50 mil habitantes, dos quais cerca de 20 mil vivendo em 167 comunidades rurais e 46 indígenas, conseguiu, com essa providência, implantar um sistema com bons resultados. Quando as gestantes chegam ao hospital, o primeiro atendimento é feito por um médico. Constatado que estão em trabalho de parto, elas passam a ser acompanhadas pelas parteiras. Silva explica que elas foram capacitadas para identificar qualquer intercorrência clínica.

No caso de dúvidas e ao primeiro sinal de alguma complicação, como indicação de cesárea, continua Silva, as parteiras chamam os médicos, que são clínicos gerais. A orientação, segundo ele, é reduzir o número de cesáreas. Atualmente, elas não passam de 20% do total de partos.

Outra linha de atuação foi melhorar o atendimento pré-natal, com capacitação de todos os profissionais dos municípios envolvidos com o programa Saúde da Família. Agora, segundo Silva, a nova etapa é engajar no programa 60 parteiras tradicionais (aquelas que herdaram conhecimentos das suas mães e de outros familiares), identificadas por agentes de saúde da região. "Não é nosso objetivo ensinar técnica para as parteiras tradicionais, mas melhorar o que elas já sabem", esclarece Silva.



HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Paraná. O Paraná tem 399 municípios e 59 deles não contam com hospital. Assim, existem municípios no Brasil que não têm condição econômica de arcar com as despesas de um hospital. Gostaríamos que todos tivessem, mas isso é impossível.

Mas temos que dar condições para que os municípios tenham uma logística para receber o paciente e encaminhá-lo para atendimento. Temos que ter polos ou centros de referência disponíveis para esses municípios que não têm hospital.

MÃO SANTA

Eu sou mais velho que Vossa Excelência, ministro. Eu me formei em 1966. Eu trabalhei com o [Adib] Jatene. Eu auxiliiei em cirurgia na residência do Hospital dos Servidores do Estado. Fui obrigado a ficar ali e daí nasceu a amizade. Eu dei um conselho ao Jatene. Eu era governador do estado do Piauí. Todos esses estados têm um hospital padrão. Se fechar, é pior do que uma guerra, é pior do que um terremoto. Em Teresina é o Hospital Getúlio Vargas. E assim tem o Dutra, no Maranhão. Aquela que a gente chamava Assistência Municipal, em Fortaleza – eu me formei lá –, hoje é um pronto-socorro. No Rio, tem o Miguel Couto.

Coisa mais barata do mundo é uma maternidade. É um direito da família. Eu fui prefeito, governador, secretário de Saúde. Basta ter um médico



Mão Santa

que tenha vivência, porque hoje salvador é a cesariana. Eu sei até que fazem demais. Eu fiz demais. Mas é barato. Um médico bom, ele mesmo dá raqui anestesia. Eu dei milhares, não é conversa, não. É simples, é barato. Basta ter o médico.

Outra coisa que eu quero lhe dizer. Eu fui agora a Picos, no Piauí. Os médicos me convidaram. Os colegas médicos [disseram]: “Você respeitou os médicos”. O Partido dos Trabalhadores não respeitou os médicos. Eles que disseram. Picos é a São Paulo do Piauí, é a cidade que mais trabalha no Piauí, que mais produz. “O

Muitas cidades não têm recursos para arcar com as despesas de um hospital público, diz Bertolozzi

senhor exigia, tinha que ter o diretor médico.” Isso eu exigia mesmo. E hoje botaram um bocado de “companheiro aloprado”. Então, eles se sentiram humilhados e inferiorizados. Não são só as tabelas do SUS que estão superadas. Eu estou aqui e ninguém sabe mais do que isso; eu vivi à custa dessas cirurgias nas tabelas e nunca fui mercenário. Mas vivia bem.

Então, além das tabelas, tem a valorização. O médico sentiu-se inferiorizado. Não foi respeitado nesse sistema de mudança que houve. Eu sei das dificuldades. No momento, ninguém faria melhor do que Vossa Excelência está fazendo. Dou o testemunho.

Mas, maternidade é baratinha. Eu fiz, não é conversa, não. Querendo, eu lhe levo lá no Piauí, que eu vou mostrar uma cidade, Luís Correia. Maternidade é barata, é econômica. O Piauí tem uma cidade, Corrente, altamente civilizada e evangélica, que tinha um Hospital Geral; não fui eu que construí, eu apenas alimentei. Mas

Segundo Mão Santa, uma maternidade é barata, pois basta um médico para realizar partos

_____ tinha uma maternidade que foi feita por um prefeito. E eu que sou encantado com isso, como governador, fui lá. Corrente é uma cidade boa do Piauí, tem os seus 70 mil habitantes. Uma maternidade já estava feita, e eu, voltando lá, [vi que] estava fechada, por isso que eu fiz a pergunta a Vossa Excelência. Uma cidade de alto nível, Francisco Macedo, tem universidade privada e do estado, que eu botei, de bovinocultura. Não tem nenhuma maternidade no Hospital Geral.

Eu quero só dizer o seguinte. Até os médicos novos que estão se formando têm que saber. O Senna que dizia: se você não sabe o porto que vai, ventos vão lhe ajudar. Eu dava um plantão voluntário na Maternidade Carmela Dutra. Tinha no Hospital dos Servidores do Estado e não tem mais. Fechada uma maternidade. E Vossa Excelência veja como

Adib Jatene – médico, cirurgião torácico e ministro da Saúde em 1992 e de 1995 a 1996

Comitês de mortalidade materna no Brasil

Os órgãos, que têm função educativa, ajudam a avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar políticas públicas e ações do governo. Veja abaixo os principais passos para a criação e a consolidação desse instrumento de apoio à saúde materna

1984



O Ministério da Saúde define o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que adota como estratégia a implantação dos comitês estaduais de morte materna

1987



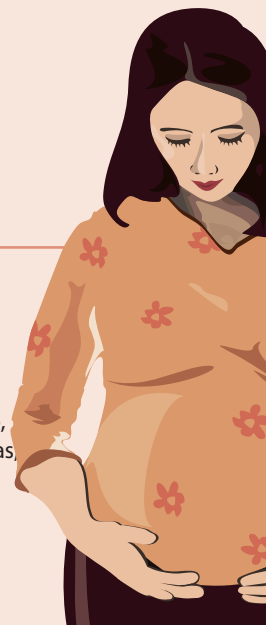
Começa o desenvolvimento dos comitês de morte materna. Com o apoio do Ministério da Saúde, formam-se os primeiros comitês municipais em São Paulo e, em seguida, no Paraná, Goiás e Rio de Janeiro

1993 a 1996

Com a participação de instituições ligadas à saúde da mulher em todo o país, o Ministério da Saúde consegue que sejam implantados comitês estaduais de morte materna em todos os estados

1994

É instituída a Comissão Nacional de Morte Materna, que reúne representantes de órgãos do governo, entidades científicas, movimentos de mulheres e especialistas



pode em toda cidade ter uma maternidade. Médico tem aí. Basta um médico responsável; ele tem criatividade, dedicação e bota para funcionar. Obrigado.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

As questões, mais ou menos, giraram em torno do mesmo tema. Vamos começar pelo princípio.

Primeiro, a mortalidade materna no Brasil está em 75 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. A nossa meta, até 2015, é atingir 35. Já a Organização Mundial da Saúde coloca como taxa a ser alcançada 20 por 100 mil. Esses são os números corretos.

Em relação aos comitês de morte materna, é importante chamar a atenção para o seguinte: 93% dos municípios com mais de 80 mil habitantes, no Brasil, já têm comitês estruturados. A OMS considera que só municípios com mais de 100 mil habitan-

Mais de 90% das cidades com mais de 80 mil pessoas já têm comitê de morte materna, afirma ministro

tes devem ter, obrigatoriamente, comitês de morte materna. Assim, com 93% dos municípios acima de 80 mil habitantes com comitê, me parece que nós avançamos também em

relação a essa questão. A própria Febrasgo considera que não há necessidade de comitês de morte materna em municípios com menos de 100 mil habitantes. Então, a nossa cobertura está boa (veja infográfico acima).

ROSALBA CIARLINI

É um absurdo uma cidade com 70, 80, 90 mil habitantes não ter comitê de mortalidade materna.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Mas o dado fundamental é o seguinte: 93% dos municípios do Brasil com mais de 80 mil habitantes hoje já têm comitê de morte materna.

ROSALBA CIARLINI

Mais de 100 mil?

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Com mais de 80 mil habitantes.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Vai demorar quase 100 anos para se ter 100 mil nascidos vivos em uma cidade com esse número [80 mil habitantes]. Nesses casos não se pode empregar razão de mortalidade, é preciso empregar uma equação complexa para determinar o risco de mortalidade materna que essa população tem. Assim, justifica-se a existência de comitês de mortalidade apenas em cidades com mais de 100 mil habitantes.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

É a própria OMS que preconiza isso, e a Febrasgo também.

Respondendo à senadora Rosalba, que perguntou: faltou campanha, faltou dinheiro, faltou incentivo, faltou reajuste? Eu diria que não. Se olharmos por outro lado, que é a ampliação do número de leitos de UTI e de leitos de UTI neonatal, o



2004

É lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que reconhece a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e a criação dos comitês de mortalidade materna como estratégias fundamentais para conter a morte materna

2005

Os 27 comitês estaduais de morte materna já estão implantados. Há ainda 172 comitês regionais, 748 municipais e 206 hospitalares

2008

Portaria 1.119, de 5 de junho, do Ministério da Saúde estabelece regras para a notificação e investigação de mortes maternas, fixando prazos e critérios para pesquisa

Ainda que conte com avanços institucionais e o reconhecimento da sociedade, a implantação de comitês tem avanços e retrocessos. O fortalecimento do controle é visto como forma de garantir a continuidade e o bom funcionamento dos comitês já instalados

Fonte: Manual dos comitês de mortalidade materna e www.saude.gov.br

período foi muito robusto.

O aborto ainda é importante, embora tenha havido uma grande redução. O trabalho da pastoral é importante? É muito importante. E chamo a atenção, para um fato que as pessoas às vezes esquecem, de que 95% do financiamento da pastoral é feito pelo Ministério da Saúde. É mais ou menos isso?

Tem gente que acha que é um negócio que aparece na televisão, de vez em quando, mas é o Ministério da Saúde, é o governo que financia a Pastoral da Saúde e a Pastoral do Idoso para fazer esse trabalho importante que eles estão fazendo.

Comparar os nossos dados com os países do Mercosul não me parece adequado. Comparar o Brasil, que tem a Amazônia Legal, que tem o Nordeste, que tem a disparidade regional que nós temos, com um país como o Chile não me parece razoável. É claro que a nossa taxa está acima da de alguns dos países da América do Sul. Mas, considerando o Brasil como um continente... (veja in-

fográficos com comparações entre o Brasil e outros países nas páginas 36, 56 e 57).

Sobre esse ponto, há um dado impressionante: Curitiba tem uma taxa de 12 [mortes] por 100 mil [nascidos vivos], mas o Paraná tem uma taxa de cerca de 50 por 100 mil, e o Rio Grande do Sul também quase 50 por 100 mil. Então veja que aí, evidentemente, há uma relação entre a taxa e o desenvolvimento, o acesso à informação, a organização do sistema de saúde, a estruturação e a maneira como os serviços de saúde se organizam no município.

Outro dado importante: em 2002, só 4% dos partos tinham a presença do acompanhante. Em 2008, nós fechamos com 16%. Ainda é baixo, queremos 100%.

Mas nós vamos, agora, implementar mais um incentivo financeiro para que o acompanhante possa estar presente em todos os partos acontecidos. O Hos-

pital Universitário de Santa Catarina é um exemplo. Ele fez 11 mil partos entre 2007 e 2008, 100% deles com a presença do acompanhante. Eu não estou com o dado aqui do número de óbitos, mas, imagino, baixíssimo.

IDELEI SALVATTI

Aliás, ministro, se me permite a presidente, foi no belo exemplo do hospital universitário que nós nos inspiramos. Trata-se

do ReHuNa, ou Rede de Humanização da Maternidade. Representantes do hospital universitário vieram à audiência pública expor

todo o procedimento e o resultado. E eles têm as estatísticas, exatamente, de todos os problemas do parto, profundamente reduzidos com a presença do acompanhante.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Concluindo e respondendo à senadora, nós atri-

Em 2002, só um em cada 25 partos teve a presença de acompanhante.

Em 2008, a taxa foi quatro em 25

CFM ou Conselho Federal de Medicina – órgão responsável pela fiscalização e a normatização da prática médica

CRMs ou conselhos regionais de Medicina – órgãos regionais de fiscalização da prática médica, supervisão da ética profissional, julgamento do exercício profissional e disciplina da categoria

PNI ou Programa Nacional de Imunização – criado em 1973 pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo coordenar as ações de imunização em massa. Até então havia descontinuidade das iniciativas de imunização, com ações episódicas e reduzida área de cobertura. O programa tem como inspiração o êxito das campanhas de vacinação contra a varíola nos anos 1960, que promoveram a erradicação da doença



Índices de mortalidade no mundo

Razão de mortalidade materna para cada 100 mil nascidos vivos

1		Irlanda	28		Rússia
3		Itália	45		China
4		Espanha	45		Cuba
4		Austrália	60		México
4		Alemanha	77		Argentina
6		Japão	110		Brasil
7		Noruega	150		Paraguai
7		Canadá	420		Indonésia
8		Reino Unido	450		Índia
8		França	1.400		Angola
11		Portugal	1.500		Chade
11		EUA	1.800		Afeganistão
16		Chile	2.100		Serra Leoa

Fonte: Unicef (as agências da ONU utilizam taxas próprias de ajuste para os índices fornecidos pelos países, diferentes da utilizada pelo Ministério da Saúde)

buímos esse fenômeno à melhoria do sistema de informações. O atestado de óbito, hoje, não é mais preenchido como era, como parada cardiorrespiratória e falência múltipla de órgãos.

Assim, a melhoria do sistema de notificação, o treinamento e a capacitação dos profissionais e dos médicos, em parceria com o **CFM** e com os **CRMs**, reduziram o que era antes uma brutal subnotificação de morte materna. Agora nós estamos trabalhando com dados mais próximos

da realidade.

Faltam recursos? Vão faltar recursos sempre. O crescimento da cesárea é um fator importante de mortalidade e isso deve ser levado em consideração também. Por mais que o ministério se esforce, em parceria com a sociedade, com a Febrasgo, e com a mídia apoiando o parto normal, nós estamos perdendo essa guerra. A tendência é de, cada vez mais, o parto cesáreo ocupar mais espaço, e essa é uma questão estrutural

importante que tem que ser trabalhada.

Senador Augusto Botelho: sim, com certeza, o seu estado foi contemplado no treinamento e capacitação. Já tem gente, inclusive, treinada e capacitada.

Senadora Ideli: o presidente Lula incluiu no **PNI** três modernas vacinas: contra **rotavírus**, a **pneumococo conjugada**, e a **meningococo conjugada**. É interessante chamar a atenção para o fato de que a incorporação dessas três vacinas não se deu, simplesmente,



www.saude.gov.br
DEPOIS SAÚDE 0800 61 1997



Pactos
pela Saúde



Ministério
da Saúde



Folheto informativo do Ministério da Saúde, parte do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna

comprando das multinacionais que as produzem e que detêm patentes. Todas as três estão ancoradas em processos de transferência de tecnologia para **Bio-Manguinhos**, no caso do rotavírus e do pneumococo, e para a Fundação Ezequiel Dias, fundação pública de Minas Gerais, no caso da meningococo conjugada.

Assim, nós a m p l i a m o s muito. Hoje, o PNI, do ponto de vista do elenco de vacinas, tem mínimas diferenças em relação,

por exemplo, aos calendários americano e europeu. Há uma polêmica sobre a questão da incorporação da varicela e da hepatite A, e agora há essa nova vacina [contra o HPV], que ainda está sendo estudada e discutida. O ministério criou um comitê coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer. Eu acho que nós temos que sentar todos juntos, governo, especia-

listas, legisladores, para discutir esse ponto que me parece relevante.

Eu anotei aqui, senador Mão Santa, a questão lá de Corrente [cidade do Piauí]. E, veja, eu acho que comentário do Dr. Hélio é importante. Antes, nós não tínhamos o Samu. Hoje, nós temos o Samu com profissionais capacita-

dos para atender urgências e emergências obstétricas.

Antes, nós não tínhamos centrais de regulação que pudessem garantir a disponibilidade de um leito. Antes, nós não tínhamos uma rede mais organizada. Ela está longe de ser a ideal, mas ela está mais organizada hoje do que no passado. Assim, é evidente que nós temos que ter esse critério em mente ao pensar na assistência obstétrica.

E tem outro detalhe sobre o qual não pensamos aqui: a taxa da fecundidade da mulher brasileira já

está em 1,7 filho durante a idade reprodutiva. A taxa de fecundidade está caindo. A população brasileira vai crescer até 2030, se estabilizar e depois começar a cair. A população está envelhecendo. Nascer, proporcionalmente, a cada ano, menos crianças do que nasciam no passado. Isso é um fenômeno do processo de transição demográfica do país.

Nós temos que repensar, também, o futuro da atenção obstétrica dentro desse novo contexto, do novo perfil demográfico da população brasileira. Eu acho que é um grande desafio, é um desafio da sociedade brasileira, não é só do governo. Essa questão não se resolve sem a parceria com os profissionais de saúde, sem o apoio do Legislativo, sem a participação da sociedade. Mas, veja, nós temos que chegar a 35 [mortes] por 100 mil [nascidos vivos] em 2015, nós estamos em 2010. Eu acho que dá para chegar. Vai ser um grande esforço, mas essa batalha não está perdida, não.

Rotavírus – vírus causador de diarreia grave, geralmente acompanhada de febre e vômitos. Pode levar crianças menores de cinco anos à morte

Vacina pneumococo conjugada – protege crianças contra meningite, pneumonia e infecções de ouvido causadas por bactérias (pneumococos ou estreptococos)

Vacina meningococo conjugada – imuniza crianças contra a bactéria causadora da meningite meningocócica. A doença pode matar grande parte dos infectados, principalmente bebês com menos de um ano em países em desenvolvimento

Bio-Manguinhos – unidade da Fiocruz criada em 1976 para desenvolver e produzir vacinas, kits para diagnóstico e fármacos. Fornece cerca de 50% das vacinas para o Programa Nacional de Imunizações

Conhecer realidade local é importante para prevenção

Exposição de Hélvio Bertolozzi Soares, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Em primeiro lugar, eu gostaria de agradecer o convite que foi feito à Febrasgo. Falar de mortalidade materna não é uma coisa tão fácil, não é tão simples. São anos de trabalho, pessoas que se dedicam. Eu tive a oportunidade de aprender isso com um velho professor chamado Evelio Cabezas, que é de Cuba, um país pobre, e que se dedicou a reduzir a mortalidade materna criando um sistema de médico de família. Esse sistema, pouco a pouco, se alastrou e Cuba, com toda a pobreza, com todas as dificuldades, mantém uma razão de mortalidade materna de 27 [mortes] para 100 mil [nascidos vivos].

É claro que falar de uma ilha e trabalhar nela é muito mais fácil do que em um

continente, mas o tipo de trabalho é o mesmo. O Paraná é uma ilha dentro desse continente. Para a gente reduzir a mortalidade materna no Paraná de 101 para 44 [mortes entre 100 mil nascidos vivos] foram 15 anos, iniciados por um passo a passo.

Não pensem que capacitação, padronizações, guias, roteiros ou qualquer coisa desse tipo irá reduzir a morte materna. Morte materna, infelizmente, não se reduz dessa forma. Mor-

te materna tem um começo, um meio e uma chegada. E isso começa, fundamentalmente, com a redução do sub-registro. Está lá na vigilância epidemiológica: investigação de toda morte de mulher em idade fértil. Se não fizermos isso, nós nunca vamos saber qual foi a causa da morte.

Nós deveríamos mudar o nome do Comitê de Mortalidade Materna para Comitê de Mortalidade de Mulher em Idade Fértil, ou seja, toda morte de mulher de 10 a 49 anos deve ser investigada. Hoje, no Paraná, nós chegamos a investigar

97% das mortes de mulher em idade fértil. Hoje praticamente conseguimos investigar todos os casos de morte materna imediatamente.

Hoje, estamos investigando em dois meses, em média. Não conseguimos, ainda, fazer isso em 30 dias, como a norma manda, mas em dois meses já se consegue. Corrigimos o mapa que enviamos para o SIM [Sistema de Informação de Mortalidade] e estamos dando outra visualização à mortalidade materna. Realizamos câmaras técnicas, em conjunto com Adson França, em Marabá [cidade no Pará]. Nós fizemos isso em Roraima



CRISTINA GALLO / AGÊNCIA SENADO

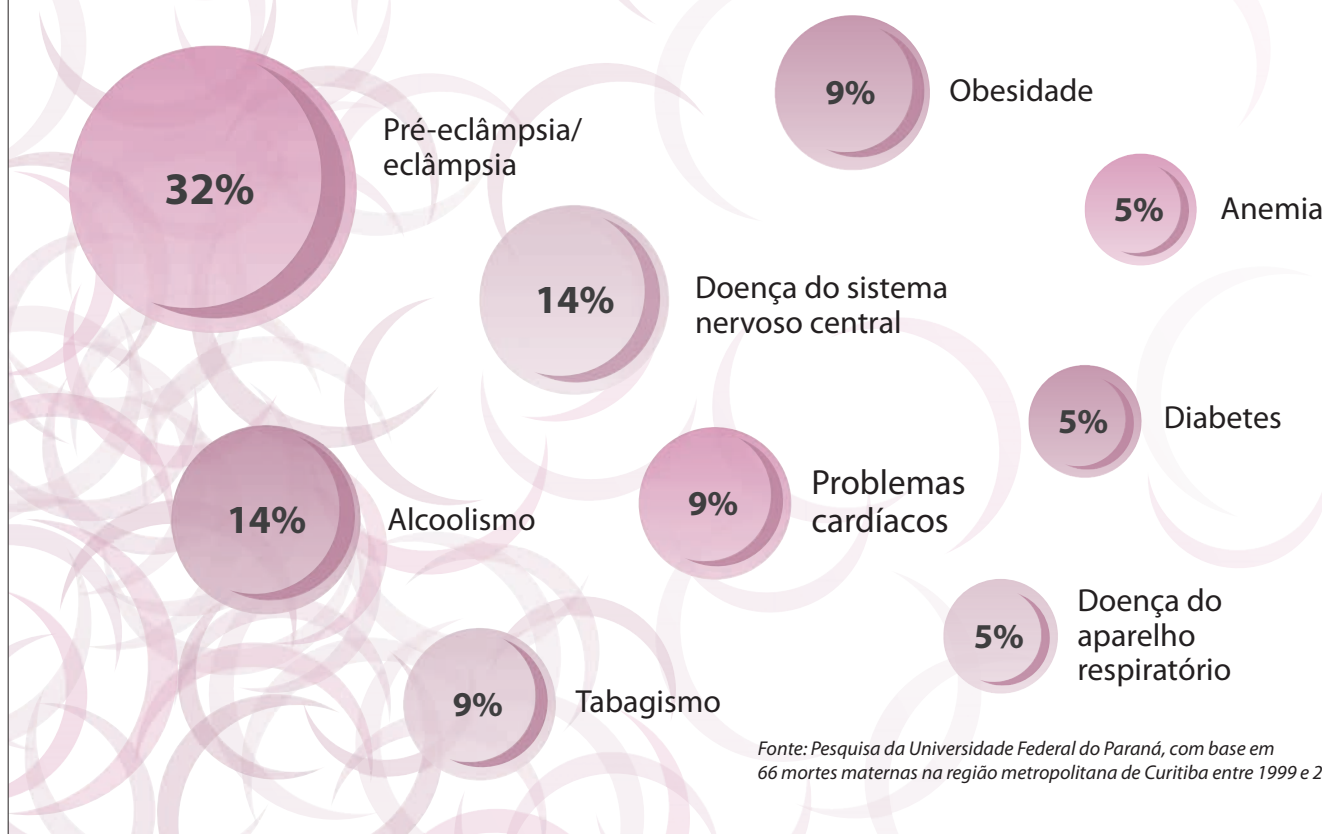
por muitos e muitos anos. Na Bahia, por até cinco, seis anos, criando comitês, e, fundamentalmente, por toda a Amazônia Legal, por todo o Centro-Oeste, criando comitês de mortalidade materna.

Sabemos muito bem a realidade da Roraima e, até por ter passado por uma casa de índios, conhecemos muito bem como é estar distante, a 100 quilômetros. Uma paciente indígena é proibida de ir ao hospital ou de ter um parto no hospital, e o médico, muito menos, não pode tocá-la. Caso isso ocorra, ela é banida da própria tribo, onde passa a viver isolada.

Essas são peculiaridades de cada local. Para trabalhar com mortalidade materna é preciso coletar e trabalhar esses dados, ter um banco de informação, saber onde morrem, por que morrem, qual a causa dessa morte, instruir, ver as necessidades para que a gente possa trabalhar progressivamente.

Uma morte materna é uma coisa totalmente inaceitável. Vou contar uma

Principais fatores de risco constatados no pré-natal



história para vocês, uma só desses 15 anos, uma história que recordo até hoje, porque, até hoje, não consigo falar de morte materna sem pensar nisso. Num município a cerca de 150 quilômetros de Curitiba, uma mulher, mãe de 10 filhos, estava esperando o 11º. Todos moravam em um mesmo lugar, um casbre. Essa mulher saiu, por volta de 11 horas da noite, para ter o filho em uma moita, para não tê-lo dentro de casa, onde estavam os filhos. Chovia. Essa mulher deu à luz sozinha e voltou para dentro de casa. Teve uma pneumonia e alguém soube, na cidade, que ela estava doente e foi buscá-la. Ficou um dia lá e disse: “Tenho que voltar, porque eu tenho que cuidar da minha família”. Voltou. Continuava chovendo. A ambulância teve

que parar três quilômetros antes da casa dela, ela foi a pé. Após 24 horas, essa mulher morreu em casa, de pneumonia. Esse é um tipo de morte materna (*veja acima as principais causas de morte materna no Paraná*).

Eu chorei ao escrever um caso de morte materna, e isso não ocorre só no Paraná, isso ocorre em todos os recantos brasileiros. Quando eu contei essa história, um dia, em Natal, uma senhorinha levantou e perguntou: “Pensei que isso ocorresse só no meu estado”. Eu falei: “Não, nós somos brasileiros. Isso ocorre, em maior ou menor extensão, em todo o Brasil”.

O índice de mortalidade materna demonstra fundamentalmente o índice de desenvolvimento de um país. Todos nós nesta sala, profissionais, médicos, po-

líticos, senadores, deputados ou ministro, somos responsáveis diretamente pelo que acontece com relação à mortalidade materna.

Como todos nós vimos, nós temos hoje uma epidemia de cesariana. A Febrasgo tem procurado combater a cesariana desnecessária. Eu mesmo parei de ser obstetra. Fechei o meu consultório e deixei de ser obstetra porque como é que eu posso falar ou dar aula de parto normal se, durante um ano inteiro, eu somente fiz cesarianas? Que professor de obstetrícia posso ser se eu só faço cesarianas? Mas eu gostaria que alguém me explicasse como um trabalhador da área médica pode assistir um trabalho de parto durante dez horas sem parar se eu trabalho em quatro empregos para me manter. Como eu posso parar isso

para atender alguém?

Por que no sistema público de saúde 30% dos partos são cesarianas e nas operadoras de plano de saúde, 80%? É fundamental mudar o sistema de atenção ao parto. Do contrário, nós vamos ter a permanência de altos índices de cesárea dentro das operadoras. Se hoje está 80%, esperem 90% ou quase 100%. Isso não vai se modificar. Só existe uma forma de mudar: se as operadoras passarem a trabalhar com o sistema de plantão, assim como o SUS. Se não for dessa forma, nós não teremos como

reduzir a taxa de cesariana (veja infográfico abaixo).

A cesariana não aumenta a mortalidade materna, já mostramos isso em trabalhos. A mortalidade materna é uma crônica de uma morte anunciada. Ela começa no início do pré-natal. O que contribui, fundamentalmente, para a taxa de cesáreas, é a falta de tempo, a impaciência, a cultura. Nós vamos ter que modificar isso. E isso nós temos que ter em conta: essa epidemia de cesarianas está ligada à cultura, à falta de tempo e ao padrão ou tipo de atendimento no parto.

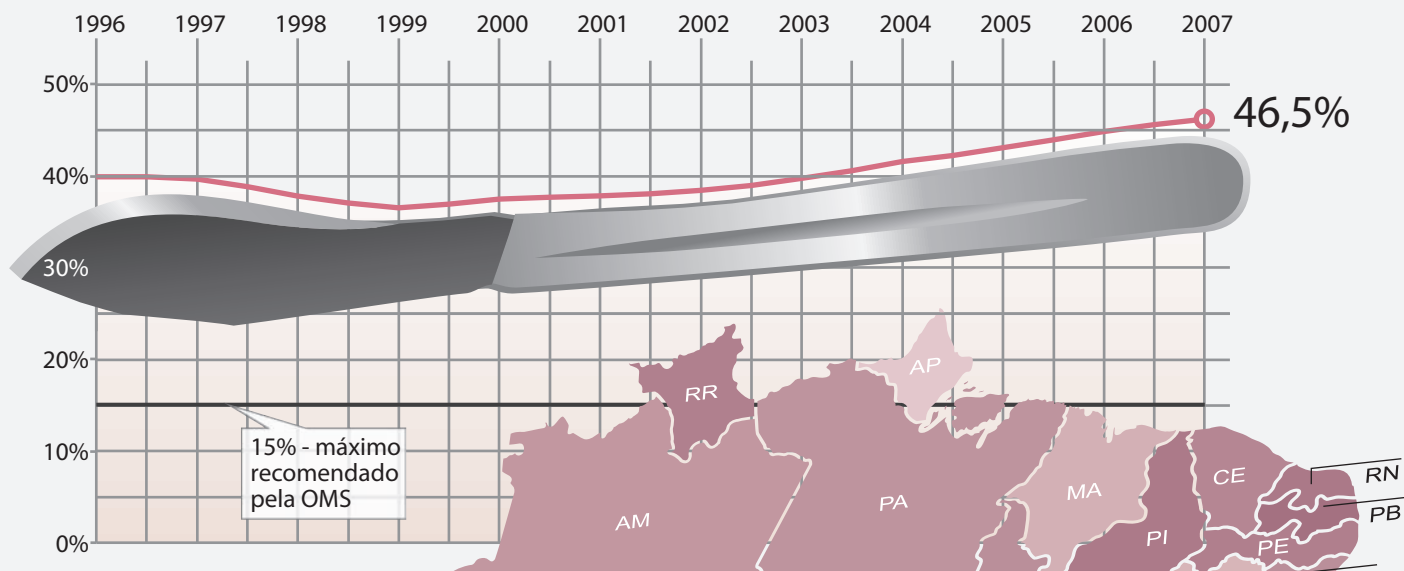
Então, senhores, a mortalidade materna vai variar em cada estado, em cada situação de desenvolvimento e, fundamentalmente, em função daquilo que nós poderemos, cada um de nós, em nossas cidades, em nossos estados, fazer para reduzir a mortalidade. A explanação do ministro Gomes Temporão explica tudo que a gente tem feito para a redução da mortalidade materna.

A Federação Brasileira de Ginecologia, e sua Comissão Especializada em Mortalidade Materna, vai se juntar a uma força-tarefa para a redução da

Ditadura do bisturi

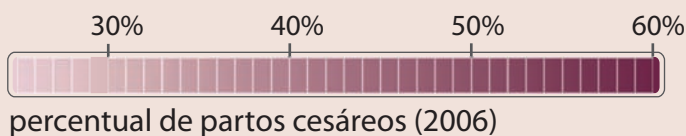
Apesar de o limite recomendado pela OMS ser de 15%, quase metade dos partos realizados no Brasil em 2007 foram por cirurgia cesariana, o que traz riscos desnecessários tanto para a mãe quanto para o bebê

Percentual de nascidos vivos por meio de cesárea no Brasil



Índices de cesáreas nos estados

Estudo mostra que as regiões do Sudeste, Sul e Centro-Oeste concentram os maiores percentuais de partos cesáreos. A liderança, porém, fica com Rondônia, onde 55,7% dos nascimentos acontecem com cirurgia. O menor índice foi registrado no Amapá, com 26,6%



mortalidade materna. Nós, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, temos o prazer e o dever de estar com o ministro Gomes Temporão e toda a sua equipe no auxílio à redução da mortalidade materna.

Há 15 anos, a gente buscou isso como um caminho e uma estratégia de vida. Sinto-me feliz por esses 15 anos, e, se por esse trabalho desenvolvido, alguma mulher deixou de morrer porque a gente este-

ve em Roraima, na Bahia, no Acre ou em qualquer lugar por esse Brasil, eu me sinto extremamente gratificado. E é isso que eu desejo colocar para vocês. Estou à disposição para qualquer pergunta.

Pastoral da Criança trabalha educando a gestante

Exposição de Ana Ruth Rezende Góes, representante da Pastoral da Criança

Para nós, este ano, falar da Pastoral da Criança está sendo muito difícil, porque vem a imagem da nossa querida **Zilda Arns**. Para mim, de maneira especial. Sou nordestina, lá da Bahia, e lembro muito bem quando a dra. Zilda fez nascer a Pastoral da Criança, em 1983. Eu trabalhava no Hospital Universitário da Bahia quando, em um seminário de aleitamento materno, ela me convidou para ajudar a implantar a Pastoral da Criança no Norte, Nordeste e no Centro-Oeste.

Eu sou missionária, leiga, e para mim foi uma resposta muito grande. Conheço bem Corrente, conheço bem o nosso Piauí, porque a dra. Zilda chegava, fazia reunião com o pessoal e depois dizia: “Ana Ruth, agora fica aí e capacita esse pessoal”. E foi uma alegria muito grande.

Com ela, fui três vezes ao Timor Leste, ao Peru, à Argentina. Como enfermeira obstetra, antes da Pastoral da Criança, eu já fazia

parte do Comitê da Mortalidade Materno-infantil na Bahia. E, como colocou o nosso ministro, realmente, a mortalidade materna vem fazendo uma trajetória de queda por causa de todos esses processos, dessas portarias. Eu sinto uma alegria muito grande em ver como a gente tem avançado. Lógico, tem que avançar mais, mas essas audiências públicas, esse empenho do Senado, da Câmara, esse empenho do povo tem feito muito.

Eu sou feliz porque eu sou uma nordestina de Frei Paulo, Sergipe. Meu irmão, Ancelmo Gois [colunista do jornal *O Globo*], costuma

dizer que é um nordestino sobrevivente, mas eu sou feliz porque minha mãe pariu 23 filhos. Hoje, ela tem 93 anos e é uma mulher firme, de luta, que trabalha em uma comunidade há 22 anos, ensinando corte e costura. Então, quando se fala em mortalidade materna, eu me lembro muito



CRISTINA GALLO/AGÊNCIA SENADO

Zilda Arns Neumann (1934 - 2010): médica pediatra e sanitarista brasileira, foi fundadora e coordenadora internacional das pastorais da Criança e da Pessoa Idosa, organizadora de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Teve seu trabalho, voltado para atender crianças pobres e evitar a mortalidade infantil, a desnutrição e a violência doméstica, reconhecido no Brasil e no mundo. Isso porque desenvolveu um método de disseminar informação para prevenção de doenças e promoção da saúde. Morreu em 12 de janeiro de 2010, vítima do terremoto que atingiu a capital do Haiti, Porto Príncipe, onde estava em missão humanitária. Teve 15 irmãos, entre eles dom Paulo Evaristo Arns, e era tia do senador Flávio Arns

o que fez com que minha mãe, essa nordestina, parisse 23 filhos...

Naquela época, se morria muito com tétano, daquelas coisas bem simples da mortalidade infantil. Nós perdemos nove irmãos e ela resolveu criar mais dez. Nós somos 24 irmãos. Uma coisa muito importante é a qualidade da vida, lógico, uma alimentação, e ter, também, uma saúde mental, no sentido de participar das coisas. E a Pastoral da Criança leva, justamente, àquele povo mais simples, essa orientação.

Qual é o segredo da Pastoral da Criança? E eu coloco isso com 25 anos de experiência. O segredo da Pastoral da Criança é que ela conseguiu socializar conhecimentos altamente científicos, técnicos e passa



Fundadora da Pastoral da Criança, Zilda Arns desenvolveu método que valoriza o papel do líder comunitário

isso para as mães, passa isso para as famílias.

Está provado, também, na questão do índice de mortalidade materna, que, quando a mãe é alfabetizada, quando ela tem um nível de escolaridade, diminui a mortalidade materna, como diminui, também, a mortalidade infantil.

Lembrando a definição de mortalidade materna da Organização Mundial da Saúde, segundo a **classificação internacional de doenças**, na décima revisão: morte de mu-

Ana Ruth: quanto maior o nível de escolaridade, menor a chance de morte da mãe no parto

lher durante a gestação ou em período de até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

Como levar essa informação, como educar a mãe? Como educar as famílias? A taxa de morta-

lidade materna depende substancialmente da qualidade da assistência médica durante o pré-natal, o parto e o pós-parto. E, lógico, do nível do desenvolvimento do país. Mas eu vejo que o Brasil, como mostrou o nosso ministro, realmente está avançando. É claro que houve esse caso agora, no Rio Grande do Norte,

em que uma colega enfermeira morreu recentemente...

ROSALBA CIARLINI

E, na mesma semana, uma senhora na cidade de Florânia.

ANA RUTH REZENDE GÓES

É fato, nós ainda temos alguns casos, realmente, que nos chocam profundamente.

A Pastoral da Criança educa através das suas líderes, e essa foi outra marca deixada pela presença da dra. Zilda, que sempre reconheceu fortemente o líder da Pastoral da Criança, o

valor do líder. Nós estamos na equipe assessorando, formando, orientando, mas é o líder quem faz acontecer a informação.

Nós estamos acompanhando 96.896 gestantes em 43 mil comunidades, em 4.094 municípios. Na visita, a líder entrega à gestante o laço de amor. O que é o laço de amor? O laço de amor é justamente uma cartela, uma cartelazinha, uma coisa bem afetiva. As pessoas precisam desse face a face. Na visita que a líder faz à gestante, ela entrega a primeira cartela, promove um bate-papo entre o feto e a mãe, dizendo a ela o que está acontecendo com o seu organismo (*veja reprodução da cartela utilizada pela Pastoral da Criança na página ao lado*).

Ocorre também toda aquela orientação mística e espiritual que é uma grande força da pastoral, outro grande legado da dra. Zilda, a fé. Para mim, são dois pontos muito fortes: o reconhecimento do papel do líder lá na base e uma fé profunda. “Você é uma fonte rica do amor de

Classificação Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde (CID) – Publicação que relaciona doenças a códigos de até seis caracteres, com descrições de seus sintomas, circunstâncias sociais e causas externas. Publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ajuda na comparação internacional de estatísticas de morbidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões globais na área médica. A CID é revista periodicamente e está em sua décima edição (CID-10)

Deus, seu ventre deve ser um templo de saúde, amor e paz para o bebê.”

A mãe recebe essa cartela e a líder a lê e a discute com ela. Essa cartela é um grande instrumento de fraternidade e de orientação técnica. Com o uso dessa primeira cartela, imediatamente orientamos a mãe a procurar o pré-natal. Hoje,

grças a Deus, o índice de gestantes acompanhadas no pré-natal tem aumentado e a gente tem visto isso de perto. Antes da visita seguinte, a gente vai ao sistema de saúde para pedir colaboração, para acolher essa gestante. E a gestante não se sente só. Quando chega o oitavo mês fazemos visitas de duas em duas semanas, e, nono mês, toda semana. Por que isso é possível? Porque o líder mora na mesma comunidade em que moram as mães. E cria laços. São pessoas voluntárias, pessoas simples, mas que foram preparadas para fazer essa visita e dar pequenas orientações.

Quando a líder não tem segurança, ela diz: “Espera aí, deixa eu consultar o meu guia”. E eles costumam dizer que o guia é a segunda Bíblia. A Bíblia é a primeira e aqui é a segunda, porque ela vai dizer: “Deixa eu ver, você está no terceiro mês, deixa eu ver o que é que o meu guia está dizendo aqui”. E ela entrega a cartela. Então são instrumentos que fazem essa relação face a face. E isso cria laços. Po-

demos seguir adiante.

Nós tivemos, realmente, uma queda no acompanhamento da gestante a partir de 2008, 2009. Hoje, nós fechamos o último trimestre de 2009.

Todo mês, o líder manda toda a informação para o seu coordenador, que a encaminha para Curitiba, onde esses dados são computados e a gente acompanha. Nós ainda não fechamos o primeiro trimestre de 2010 porque ainda estamos recebendo dados, mas já estamos em processo de fechamento.

Eu quero fazer um grande pedido ao Ministério da Saúde. A partir de 2007 nós começamos a acompanhar, como falou o senador Augusto Botelho, através do cartão da gestante se estava sendo feita a **medida uterina**. Por quê? Porque a gente sabe que esse é um dado muito importante, tanto para a mortalidade materna como para a mortalidade infantil.

T e m
s i d o

uma grande dificuldade, mas eu recorro que quando o cartão da criança foi implantado, eu trabalhava no Ministério da Saúde na época, a gente também teve muita dificuldade. O senhor não é desse tempo, mas era muito difícil para os pediatras e as enfermeiras marcarem o cartão da criança, e, hoje, todo mundo marca (*veja reprodução de parte do cartão da gestante na próxima página*).

A gente costuma dizer que, na Pastoral da Criança, a nossa espiritualidade é muito de João Batista: a gente abre caminhos. A gente chega ao secretário municipal de saúde e pede, já que essa medição só pode ser feita pelo médico ou pela enfermeira, que seja feita essa medida e colocada no gráfico. É uma melhoria da qualidade do pré-natal que vai ajudar bastante. Estamos conquistando esse espaço. E a gente está pedindo o grande apoio do Ministério da Saúde para divulgar nos estados, prefeituras, a questão da medida uterina. A mãe,

realmente, precisa de uma orientação maior quando e s s a me-

Medida da altura uterina – exame que serve para acompanhar a dilatação do útero durante a gravidez e estimar o crescimento do bebê. É a distância entre o osso púbico e o umbigo, tomada com uma fita métrica. Após 20 semanas de gestação, a cada semana, a medida aumenta aproximadamente um centímetro e, até a 32ª semana de gravidez, corresponde, em média, ao número de semanas de gestação. É uma referência que vale apenas para gestantes de um só feto e com quantidade normal de líquido amniótico



"Laços de amor", usados pela Pastoral da Criança para acompanhar as futuras mães e instruí-las sobre os cuidados durante a gravidez

didada atinge parâmetros de alerta.

Das gestantes por nós acompanhadas, 88% foram vacinadas em dia. Acho que isso também é um dado importante, lembrando que nós estamos nos bolsões de pobreza, naquelas áreas em que o sistema de saúde, muitas vezes, não está próximo.

As nossas gestantes estão sendo acompanhadas em uma média de seis consultas pré-natal. A gente tem feito um mutirão em busca da gestante para melhorar esse indicador. Estou vindo

agora de Salvador, onde nós tivemos um grande encontro regional com os estados do Nordeste e, neste mês de maio, nós estamos aproveitando para dar um incentivo maior, um mutirão em busca da gestante.

Como a gente faz esse mutirão? A gente faz o mapeamento da comunidade. Saímos dois a dois, como mandou Jesus, visitando todas as casas daquela comunidade para que a gente possa identificar uma gestante o mais rápido possível. Não precisa estar cadastrada na pastoral.

Neste mês de maio, o Brasil todo vai entrar em mutirão na Pastoral da Criança em busca da gestante. Esse é um mutirão que já acontece de três em três meses, mas, como disse a nossa senadora [Rosalba Ciarlini], aproveitando o mês de maio, e o Dia Nacional do Combate à Mortalidade Materna, a gente também está junto nesse mutirão em busca da gestante.

Das gestantes que nós estamos acompanhando, 76.342 foram encaminhadas ao serviço de saúde e atendidas. Quando nós vamos implantar a Pastoral da Criança em uma nova comunidade, os técnicos fazem visitas, com os líderes, ao sistema de saúde. Isso tem criado laços muito fortes. E, como disse o nosso senador [Flávio Arns], nós tivemos, entre as nossas gestantes, 83 óbitos em 2008. Em 2009 foram 52, e, até agora, houve nove óbitos registrados de gestantes acompanhadas pela Pastoral da Criança.

Na região Nordeste, apesar do envolvimento das nossas lideranças, ainda temos uma situação que precisa de um olhar especial, em termos de acompanhamento.

O papel da pastoral é socializar o conhecimento. E na questão da redução da mortalidade materna, esse face a face, essa visita domiciliar, é que faz com que a gente possa ter, realmente, um acompanhamento pessoal, personalizado. Para nós, cada mulher acompanhada tem nome, ela é d. Maria, d. Lourdes, d. Cláudia, quer dizer, alguém que é nosso.



Cartão de acompanhamento pré-natal

Dados da Gestante

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

___ Gestação(ões) ___ Parto(s) ___ Parto(s) natural(ais)
___ Cesariana(s) ___ Aborto(s)

D.U.M.: ___/___/___ D.P.P.: ___/___/___

Endereço: _____

Telefone: (_____) _____

Obs.: _____

Médico: _____

Telefone: (_____) _____

Recomendações do médico

 **Traga sempre este cartão**

Cartão usado pelo SUS: a meta é que todas as gestantes façam pelo menos sete consultas, e respectivos exames, antes de dar à luz

Senadores questionam taxas de mortalidade

O sobe e desce das estatísticas – causado, segundo o governo, pela redução da subnotificação – parece mostrar que o índice não está sendo reduzido com a velocidade necessária, argumentam os parlamentares

ROSALBA CIARLINI

A Dra. Ana Ruth Rezende Góes apresentou um trabalho que é maravilhoso, humano, solidário, fraterno, que é feito pela Pastoral da Criança. E não podia ser diferente, para uma mulher que tem o nome de Ana Ruth. Um nome forte: Ana, a mãe de Nossa Senhora, e Ruth, todos conhecem, os seus feitos estão na Bíblia: uma mulher fiel, forte, que enfrentava desafios.

Queria agradecer também ao Dr. Hélvio Bertolozzi Soares, aos senadores, e também ao dr. Adson França. Vamos passar, agora, ao debate. Eu gostaria que o senhor [Adson França] e o dr. Hélvio pudessem complementar uma questão:

Em 1990 morriam 140 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2004 foram 71, e aí foi lançada a grande campanha pela saúde da mulher. Só que, em 2008, estamos com 75. Eu quero saber o que está havendo, que gargalo é esse? O que está acontecendo? Não está chegando no interior?

Está faltando o quê? Recurso, informação, divulgação? Dr. Adson, qual percentual dos recursos do ministério, a cada ano, é usado para divulgar ações, via propaganda? A propaganda informativa, que é necessária e importantíssima para o combate à

gripe, à dengue, e para as mais diversas atividades do ministério, mas que é fundamental também como meio de educação com relação à saúde da mulher e à mortalidade materna.

Há alguma coisa programada? Eu entendo que esse é um planejamento que não pode ser de um ano, de dois anos. Isso tem que ser uma ação de Estado, não de um governante. Obrigada.

ADSON FRANÇA

Em 1999 começamos a trabalhar, nos estados, com os comitês de mortalidade, a ênfase na redução da subnotificação. Municípios ou estados que tinham mortalidade baixa passaram a apresentar números elevados.

À medida que isso vai se intensificando, a partir do momento em que a notificação se tornou obrigatória, evidentemente que a mortalidade vai aumentar em um primeiro momento e ficar em um platô elevado, como está agora.

A partir das medidas que forem sendo adotadas, como o estudo da mortalidade e a ação no local onde ocorre o óbito, levantando os principais motivos do óbito seja no pré-natal, no parto e no **puerpério**, passaremos a ter redução. Senão vamos ter sempre elevações e



CRISTINA GALLO

Adson França

quedas, chamadas elevações em crise e quedas em crise. A mortalidade tem que ter uma queda que a gente chama em lise, que é progressiva e contínua. No momento, estamos tendo isso. Estabilizou-se em um platô e vai se reduzir progressivamente.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Posso dar um exemplo? A mortalidade materna de Curitiba ou do Paraná vinha da mesma forma: 74 [mortes para cada 100 mil nascidos vivos], 72, 68, subia para 72, caía para 58 etc. Hoje, está em 44. Mas foram 12 anos, de 1996 a 2008, para chegar a esse número. Então, não vai haver uma redução imediata de morte materna.

O caminho correto é esse. Está caindo progressivamente. Aumentou porque a investigação melhorou. Hoje, com essa

Puerpério – período que se segue ao parto em que há modificações físicas e psíquicas específicas para que se inicie o caminho de volta ao estado de antes do início da gravidez. É marcado pelo momento em que acaba a interação hormonal entre o bebê e o organismo da mãe, geralmente após o descolamento da placenta. O término do puerpério é variável, normalmente na primeira ovulação após o parto. O puerpério é dividido em três fases: imediato (do primeiro ao décimo dia), tardio (do décimo ao 45º dia) e remoto (do 45º dia até a retomada da função reprodutiva da mulher)

melhora na investigação, vêm medidas para a redução. E agora, nos parece que vamos ter uma união mais forte entre ministério e Febrasgo. E isso começa a partir de maio.

ROSALBA CIARLINI

O senhor nos traz uma boa notícia, porque essa união é fundamental. Sempre achamos que ela deveria existir porque uma questão dessas, que é tão importante para o Brasil todo, tem que reunir um mutirão de esforços entre quem está tratando disso no dia a dia e fazendo um trabalho tão bonito como faz a federação. Parabéns.

ADSON FRANÇA

Vou buscar contribuir um pouco mais com essa reflexão. Tive a felicidade de ser consultor da OMS durante 11 anos e acompanhar a redução da mortalidade materna em Portugal. Portugal levou 26 anos para reduzir a mortalidade materna de 80 por 100 mil nascidos vivos para 16 por 100 mil nascidos vivos. E, nesse período, quem for estudar vai ver subidas e

descidas pequenas, às vezes circunstanciais. E eu estou falando de Portugal por quê? Porque Portugal não nos parece uma potência econômica das mais relevantes do mundo, em que pese o profundo apreço que temos pelos lusitanos e pelo seu país, pela nossa história de vida.

O que precisamos, de fato, é manter uma linha geral de política de Estado e não de política de governo. E acho que a gente está caminhando nesse sentido. Se pegarmos um processo anterior a esse que estamos seguindo, tínhamos uma linha geral de enfrentar o problema somente com ações de governo.

Com a ideia de juntar a sociedade civil, profissionais de saúde, e aí entram a Febrasgo, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Enfermagem, a Rede Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, a Pastoral da Criança...

Por exemplo, a Pastoral participa desse comitê desde 2004, com a dra. Zilda,

por quem temos também um profundo respeito. Ela é um patrimônio desse país. Ela tinha uma coisa interessante, ela tinha uma reflexão muito positiva do que é separar questões de caráter pessoal e filosófico e colocar acima o bem público.

Ela dizia assim: “Adson, nós queremos participar do Comitê de Mortalidade Materna. Eu não vou nas reuniões quando o debate for a questão do aborto, que é uma das causas, mas mandarei uma pediatra para o debate, representando a Pastoral da Criança. Não vou por conta de que ficaria uma situação constrangedora para vocês e para mim”.

E nós, gestores, não temos como não discutir o problema. A gente perde 160, 158, 140, 190 mulheres por ano por complicações por abortamento, independentemente de questões filosóficas ou religiosas. Ninguém é a favor, mas o problema existe. Ela tinha essa atitude madura, humilde e participou em todos os momentos.

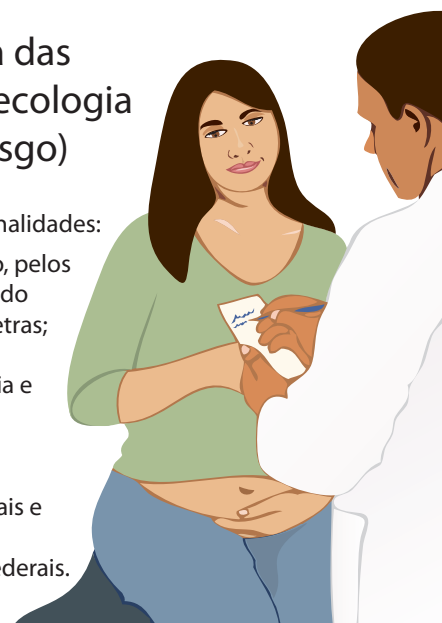
Eu tenho 25 anos de obstetrícia, ginecologia e cirurgia geral. Nesses 25



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Fundada em 1959, a Febrasgo tem entre suas finalidades:

- zelar pelo aperfeiçoamento técnico e científico, pelos interesses econômicos e pelos aspectos éticos do exercício profissional de ginecologistas e obstetras;
- promover encontros científicos;
- outorgar o título de especialista em ginecologia e obstetrícia;
- manter publicações que divulguem os conhecimentos da especialidade;
- articular-se com organizações médicas nacionais e estrangeiras;
- representar a categoria junto às autoridades federais.





Maternidade Alfredo da Costa, Lisboa: índice em Portugal é de 16 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos

anos, tínhamos atestados de óbito em que era escrito: parada cardiorrespiratória, falência múltipla dos órgãos. Como alguém morre sem ser por parada cardiorrespiratória ou falência múltipla dos órgãos?

Olha um dado interessante: em 1997, perdemos, no Brasil, 2.042 mulheres; em 1998, 1.968; em 1999, 1.670; em 2000, 1.697; em 2001, 1.677; em 2002, 1.655. Claro que não nos agrada estar perdendo, em 2008, 1.540, porque a maioria, 90%, seriam evitáveis. Mas a coisa é muito complexa. Nos estados, por exemplo.

Está no **Datusus**: no Rio Grande do Norte, tivemos 43 [mortes para cada 100 mil nascidos vivos], e um trabalho muito bom, no geral, historicamente. Já tivemos 29, em 98; em 2001 foi a 26, em 2003 foi a 66, em 2006, a 24, e agora está em 40.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Vou contar uma história,

para que se possa entender como a morte materna funciona. Em 1996, houve três mortes em Palmeira (PR). Peguei o carro da Secretaria Estadual de Saúde e fui a Palmeira. Me apresentei como representante da Comissão de Mortalidade Materna do Paraná. O profissional já me olhou como se fosse uma coisa punitiva.

Eu falei: “Eu sou do Comitê de Mortalidade, eu vim aqui, houve três mortes por **pré-eclâmpsia** e eu quero uma pesquisa de por que ocorre isso. Você sabe fazer sulfato de magnésio?”

“Não.”

“Você tem isso?”

“Não.”

Voltei no carro e peguei uma coisa que nós fizemos no Paraná, chamado “**kit eclâmpsia**”, que tinha uma **cânula de Guedel**, medicamentos. Passei o dia capacitando aquele profissional para ele ter condição de trabalhar com pacientes que apresentavam eclâmpsia. E demos a ele uma referência: em Ponta Grossa

(PR), que dista 15 quilômetros, não houve mortes nos anos anteriores.

Perguntei: “Quantos casos, você teve, de morte materna, aqui?”

“Ah, eu não tive nenhum caso de morte materna.”

Eu já sabia e continuei: “Quantos casos de eclâmpsia você teve?”

“Dez.”

“O que você fez?”

“Eu fiz aquele esquema que estava no material e enviei para Ponta Grossa e dois para Curitiba”.

Depois desse caso, passados dois anos, houve, novamente, três mortes por pré-eclâmpsia em Palmeira. O que houve? Regrediu. Então, você volta a Palmeira. O que aconteceu? Mudou o médico. O médico já não era o mesmo. E isso acontece.

Não se pode achar que a taxa está em 12 [mortes para cada 100 mil nascidos vivos] agora e que o ano que vem vai estar 11 e depois vai estar dez, não. O que é 12 agora, o ano que vem pode estar em 20

Departamento de Informática do SUS (Datusus) – órgão do Ministério da Saúde que coleta, processa e divulga informações sobre saúde

Pré-eclâmpsia – quadro clínico da gestante caracterizado pelo aumento da pressão arterial, inchaço e liberação de albumina (proteína essencial ao organismo) na urina, dores de cabeça, vertigens, zumbidos, fadiga, sonolência e vômitos. Cerca de 10% das grávidas sofrem de hipertensão, ou pré-eclâmpsia leve

Eclâmpsia – complicação da gravidez caracterizada por convulsões a partir do agravamento da pré-eclâmpsia. A eclâmpsia pode levar ao coma. Geralmente, acontece nos três últimos meses da gravidez, durante ou depois do parto

Cânula de Guedel – também conhecida como cânula em “s”, serve para manter as vias aéreas desobstruídas e auxiliar na respiração boca a boca, evitando que a língua obstrua a passagem de ar

Influenza A – como é chamada a maior parte das gripes, inclusive a causada pelo vírus H1N1. Os sintomas da doença são: febre repentina, tosse, dor de cabeça intensa, dores musculares e nas articulações, irritação nos olhos e forte coriza. Iniciado em abril de 2009, o surto de H1N1 matou mais de 100 pessoas no México, espalhando-se rapidamente para mais de 100 países. A Organização Mundial de Saúde alertou, em junho daquele ano, para a existência de uma pandemia (epidemia global). Porém, mais tarde, foi demonstrado que o vírus teve baixo grau de morbidade e de letalidade. Medicamentos se mostraram eficazes no combate à doença e, meses mais tarde, foi desenvolvida uma vacina. As grávidas estão entre as mais vulneráveis à doença, havendo sido registradas diversas mortes de gestantes no Brasil

DIVULGAÇÃO/SEC. SAÚDE PALMEIRA - PR



Consulta em posto de saúde de Palmeira (PR): monitoramento do peso da grávida é um dos itens do pré-natal

novamente, e você tem que correr atrás da mortalidade materna o tempo inteiro. É dessa forma que funciona.

ADSON FRANÇA

Como a **influenza A**, a mortalidade materna também vai crescer muito nos registros, no mundo todo. Preparem-se, os senhores e as senhoras... Nós vamos estar na **Assembleia Mundial de Saúde**, em Genebra, em 18 de maio.

Se a OMS incorporar a gripe H1N1 como morte materna, preparem-se. Poderemos ter dados assustadores para divulgar. Eu acho que ninguém deseja isso. Mas a gripe suína tem que ser incorporada... É um dado novo.

O bom senso diz o seguinte: a mortalidade materna, no Brasil, aumentou de 2004 a 2008? Não. A mortalidade materna no Brasil de 2004 a 2008 di-

minuiu? Diminuiu. Pouco, mas diminuiu. Em 2004, no Brasil, 1.641 mulheres perderam a vida; em 2005, 1.620; em 2006, 1.623; em 2007, 1.590 e em 2008 1.540.

Estamos satisfeitos com isso? Ainda não, porque são óbitos que podem diminuir muito mais. A mortalidade materna, no Brasil, mantém, então, uma estabilidade com ligeira queda, estável e com perspectiva de salto de qualidade lá na frente.

A opinião é do professor dr. Ruy Laurenti, que tem 42 anos de estudo sobre óbito materno e é referência da Organização Mundial da Saúde, e professor titular da USP. Por quê? Porque estão sendo tomadas medidas. Mas ainda não nos satisfazem plenamente. Esse é o ponto.

Embora a senhora não se sinta completamente con-

vencida, não parece uma conclusão tão robusta, mas ela o é. E o Hélio Bertolozzi, um grande professor, uma das maiores referências da América Latina, junto com o Andalaft [**Jorge Andalaft Neto**] e com o **Jacob Arkader**, chegou a essa conclusão.

Existem 27 cursos de qualificação nos estados brasileiros. Participaram 1.368 técnicos. Tivemos uma revisão de prontuários com os conselhos regionais de medicina onde incorporamos, de 2002 a 2007, 1.408 mortes maternas.

O que é incorporar? Essas eram mortes que estavam classificadas como parada cardiorrespiratória ou falência múltipla dos órgãos e foram reclassificadas como hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hemorragia, complicações por abortamento, que são causas obstétricas diretas.



Nesse sentido, tivemos uma atitude responsável, tiramos o dado debaixo do tapete.

Mas precisamos de muito mais. Os recursos da área técnica da saúde da mulher não diminuíram, mas a avaliação da atenção à saúde da mulher não pode ser o cálculo do recurso específico somente de uma área. A gente tem que ver, na atenção básica, o que aumentou.

Nós saímos de 1.112 unidades de saúde da família, de atenção básica, para entre 26 e 29 mil unidades. Estamos qualificando profissionais do Samu para urgências e emergências obstétricas.

Antes, o profissional do Samu dizia assim: “Na hora que chega uma urgência neonatal de recém-nascido e obstétrica, nos ajude, porque a gente não sabe para onde vai. Nós somos intensivistas, mas não tivemos esse treinamento na residência...”. Foi uma atitude honesta da Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

Assim, estamos em um processo que leva tempo. Estamos qualificando. Agora estamos com turmas novas, já completando 1.100 ambulâncias, devemos chegar a 3.018 ambulâncias do Samu, onde todo profissional, todo médico, vai ter uma qualificação básica para a urgência obstétrica e a urgência neonatal, para recém-nascidos.

Agora, nós precisamos de mais vagas de residência em obstetria no Brasil. Precisamos de mais mecanismos nos estados e municípios para a fixação do profissional nas cidades de pequeno porte.

O ministro tem classificado isso como “nó crítico”. Houve uma ampliação,

IVONALDO ALEXANDRE/GAZETA DO POVO



agora, de vagas de residência médica. E precisamos, em alguns lugares, fechar escolas médicas que não estão qualificadas.

Não estamos numa situação de achar que um programa, ou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, não corresponde às expectativas. Aprendi com o professor Hélio Bertolozzi que não se reduz mortalidade materna sem planejamento familiar e acesso a métodos contraceptivos.

Fizemos a maior compra de métodos contraceptivos e chegamos a um ponto em que, hoje, nós estamos chegando a 31 milhões de mulheres com 50 milhões

de cartelas de anticoncepcionais, 3,45 milhões de ampolas de anticoncepcionais orais, 300 mil dispositivos intrauterinos. Alguns diziam: “Parem de discutir complicações por aborto e discutam planejamento familiar”. Nós estamos discutindo planejamento familiar.

ROSALBA CIARLINI

Nem o ministro nem o senhor estão me dizendo sobre as dificuldades... Será que está tudo bem, que não existe nenhuma dificuldade para a implantação do programa? O dinheiro foi suficiente?

Assim ninguém bota mais emenda para a saúde

**Curitiba
banas
de máscara
para evitar
contágio pela
gripe suína:
grávidas
são as mais
atingidas**

Conferência de Genebra – Assembleia Mundial de Saúde (World Health Assembly), fórum superior de decisões da Organização Mundial da Saúde (OMS) formado por delegados de todos os estados-membros. Acontece anualmente em maio em Genebra, na Suíça. A 63ª assembleia aconteceu em 2010, quando se discutiu especialmente a implementação das Regulações Internacionais de Saúde, de 2005; o monitoramento das metas do milênio relacionadas à saúde; estratégias para reduzir os efeitos deletérios do álcool; e o combate a medicamentos pirateados

Jorge Andalaft Neto – médico, dirige a Comissão Nacional sobre Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei da Febrago

Jacob Arkader – médico obstetra e ginecologista, especialista em mortalidade materna, foi secretário-executivo da Abrasgo entre 1997 e 2005

Lei Luiza Erundina – Lei 11.634/07, de autoria da então deputada federal Luiza Erundina, garante o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A vinculação da gestante à maternidade deve ser feita no ato de inscrição no programa de assistência pré-natal nos serviços municipais de saúde

Anemia falciforme – doença hereditária que leva à má-formação das hemácias, causando deficiência no transporte de oxigênio. É mais comum na África, Europa mediterrânea, Oriente Médio e em algumas regiões da Índia. A expectativa de vida do portador da doença é encurtada, para 42 anos para homens e 48 anos para mulheres, em média



de, porque o dinheiro é suficiente.

As políticas não precisam ser mais bem divulgadas? Todo mundo está sabendo? Eu quero saber quais são as dificuldades, Dr. Adson, porque, agora mesmo, o Dr. Hélio falou que é necessário treinamento continuado. Ele disse que treinou um médico e dois anos depois o problema continuou porque tinha mudado o profissional. Se a qualificação fosse continuada não haveria esse problema. O que nós queremos é encontrar caminhos para cada vez melhorar mais.

ADSON FRANÇA

São cinco pontos. Precisamos ampliar a qualificação de profissionais para urgências e emergências obstétricas e neonatais no Brasil. Nós qualificamos, nesse período, 3.666 obstetras em parceria com a Febrasgo, e fizemos um curso adaptado. Então, precisamos continuar.

Segundo, precisamos avançar em mecanismos de fixação de profissionais em municípios

de pequeno porte. Isso é consenso no governo, é consenso no Ministério da Educação, no Ministério da Saúde. Para isso precisamos que o gestor municipal e o gestor estadual ampliem essa sua parte.

Terceiro aspecto necessário: precisamos fazer com que duas leis importantes sejam colocadas em prática. O ministro citou aqui a Lei Ideli Salvatti, que fala da presença do acompanhante. A presença do acompanhante não é só apenas simbólico, é afeto, é amor e ajuda. Há também a **Lei Luiza Erundina**, que diz que a mulher, no pré-natal, precisa saber qual é o local em que ela vai parir.

Quarta questão. Se é identificado no pré-natal que a gestante tem **anemia falciforme**, é uma nefropata, ou cardiopata, ou se tem alto risco obstétrico, ela precisa saber, no programa Saúde da Família, o melhor local a ser encaminhada para parir. E isso exige um esforço dos profes-

sionais, gestores municipais e gestores federais.

E a quinta questão diz respeito à necessidade de darmos um salto de qualidade na qualificação do pré-natal. Avançamos, melhorou muito, mas precisamos mais dos professores universitários, da academia, da universidade. E das prefeituras e dos estados.

Saímos de uma média de 2,2 consultas durante o pré-natal, na década de 90, para 6,6 consultas. Mas o salto qualitativo, temos a humildade de dizer, ainda é necessário. Não podemos ter situações em que, no pré-natal, não seja identificado o risco obstétrico. Então, estamos de pleno acordo, é preciso persistir na educação médica.

São esses os pontos que unem o Ministério da Saúde à Febrasgo, à Sociedade Brasileira de Pediatria, ao Conselho Federal de Medicina, à Associação Médica Brasileira, à Rede de Humanização do Parto e Nascimento, à Pastoral da Criança. Nós temos ainda esses desafios.



Adson França: é preciso continuar preparando as equipes do Samu para atender a emergências obstétricas

ROSALBA CIARLINI

Eu considero fundamental a Lei Luiza Erundina. As mulheres fazem pré-natal e não sabem onde vão ter seu filho. Aí fica uma indagação: muitas não sabem porque o próprio profissional não sabe para onde encaminhar, porque, naquele município, não tem nem maternidade. Quantas cidades brasileiras não têm serviço de obstetrícia?

ADSON FRANÇA

Nós temos, no Brasil, 4.680 maternidades, e existe um estudo da Organização Mundial da Saúde que o mais coerente é ter maternidades em municípios com mais de 30 mil habitantes.

A gente está rediscutindo essa opinião. Nós temos, no Brasil, 2.500 municípios com menos de 10 mil habitantes. Então, o raciocínio que a gente está discutindo com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (Conasems) e com os conselhos municipais e Federal de Medicina, é o trabalho em rede.

Um município pequeno não necessariamente vai ter condições de manter uma maternidade, mas ele precisa encaminhar as gestantes para um município que tem maternidade.

Tem o levantamento de que o problema não necessariamente é carência de maternidades. Nós precisamos é de maternidades mais estruturadas, precisamos ampliar a quantidade de leitos de UTI, agora, na Amazônia Legal e no Nordeste.

ROSALBA CIARLINI

No Rio Grande do Norte apenas Natal, a capital, está em condições de ter parto de alto risco. Se você estiver em Pau dos Ferros, que fica a mais de 500 quilômetros da capital, um parto de alto risco tem que ser transferido para lá ou para Fortaleza.

E quero fazer uma defesa dos prefeitos porque estou lá perto e estou vendo. Tem prefeitos que são excelentes, que estão colocando até muito mais do que os 15% [de recursos orçamentários em saúde], alguns deles passam de 18%, de 20%, mas



PEDRO GUILHON/PMPA



Maternidade no Rio Grande do Norte: apenas as de Natal atendem a partos de alto risco, diz Rosalba

sem condições.

É muito bem vinda a preparação do Samu. Mas fico preocupada com as cidades menores e distantes que não têm Samu, não têm maternidade. Para ir fazer uma simples ultrassonografia para atender uma grávida que está passando por dificuldades...

O Brasil é muito heterogêneo, é muito complexo e a gente tem que analisar do pior para o melhor.

O melhor, as melhores condições estão na capital, porque muitas vezes são hospitais que, se não forem públicos, podem ser credenciados para dar uma boa assistência.

Mas no interior tem que ser público mesmo, o ministério tem que agilizar recursos para as prefeituras, para o governo do estado, para que possam ter o mínimo. É o caso do meu

estado, senador Augusto Botelho.

Ando de município a município, estou ali perto, sou pediatra, médica há 33 anos. Quando comecei, eu era generalista, porque era 'interiologista'. Trabalhei naquele ônibus volante do Funrural, indo de comunidade em comunidade.

Cheguei a fazer parto, como pediatra, em cima de uma mesa, em uma casa. Foi a maior dificuldade da minha vida, porque eu não tinha aprendi-

do a fazer parto.

Cheguei em uma cidade, a parteira veio correndo me chamar. Não tinha mais condição de levar para outra cidade, e eu tive, pedindo a Deus que me ajudasse, de fazer um parto em cima de uma mesinha, com as mínimas condições. Graças a Deus, hoje, é meu afilhado, é um homem fei-

to, estou ajudando ele a terminar o curso superior. Se Deus quiser vai ser um grande homem. São situações que eu vivi.

Depois, eu consegui ficar somente em Mossoró. Naquela época, tive um relacionamento muito forte com as parteiras. Implantei o banco de leite na cidade, fui da pastoral. Então, essa experiência, essa vivência me angustia. Daí por que fico cobrando algumas respostas. Quando a gente está lá na base, é que sente.

Brasília fica muito distante. O prefeito dá um grito lá, quando chega aqui é uma angústia tentar auxiliar algumas cidades. Começam as dificuldades: "Não, não vai ter recurso esse mês no ministério". Daí vem a burocracia: por conta de um documento, deixa de acontecer.

ROSALBA CIARLINI

Sei que o Dr. Adson está fazendo um grande trabalho, assim como o Dr. Hélio Bertolozzi, o nosso

Rosalba Ciarlini:
Ministério da Saúde tem que repassar mais recursos para cidades do interior



professor. Mas eu ainda não aprendi uma coisa, Dr. Hélio. Acho que é questão de temperamento: quando boto uma coisa na cabeça, fico angustiada, vou atrás, não sei ficar parada.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Algumas coisas estão erradas. A primeira é que número de mortes ou queda no número de mortes não quer dizer que a mortalidade materna está sendo reduzida.

Vou responder isso ao Adson. Aqui está colocado em número de mortes maternas. Não me importa isso. Deveríamos colocar isso em razão de mortalidade materna. Talvez, a razão de mortalidade materna tenha até aumentado de 2004 a 2008.

Então, a forma como foi colocada aqui está errada. Vamos deixar claro. O caminho está correto. Por quê? Porque está existindo notificação.

Segundo: a capacitação, desde 1985, quando se criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), não reduziu nada, nem câncer de colo, nem morte materna.

Ainda mais quando se lida com um país tão heterogêneo, com características tão diferentes e quando não se sabe reconhecer o que acontece no Sul, no Centro-Oeste e no Norte.

E ainda se traz um curso Also. Alguém sabe o que é Also? Fale [dirigindo-se ao Dr. Adson França] para eles o que é Also. Em inglês.

ADSON FRANÇA

Esse curso foi adaptado e nós estamos, com a Febrasgo, firmando um convênio, de que você vai participar, de um curso completamente adaptado, feito junto com a Universidade de São Paulo. E a Febrasgo vai fazer um curso agora. Tem um convênio, agora, de R\$ 800 mil, só para a qualificação de obstetras, a pedido do presidente [da Febrasgo], Nilson [Roberto de Melo].

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Vamos escancarar uma coisa simples: 60% dos médicos não sabem fazer aplicação de sulfato de magnésio em um caso de pré-eclâmpsia; 76% dos médicos não fazem manejo ativo de terceiro período.

Se o médico não sabe fazer sulfato de magnésio, a paciente vai morrer por pré-eclâmpsia; se ele não faz manejo ativo do

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – de 1984, está centrado na atenção integral à saúde da mulher, incluindo o planejamento familiar

Also ou Advanced Life Support in Obstetrics – ensina técnicas de atendimento em emergência obstétrica usando modelos de tamanho natural

Manejo ativo do terceiro período – série de intervenções recomendada pela Organização Mundial da Saúde (como o corte do cordão umbilical e a massagem do fundo do útero) para reduzir a perda sanguínea no terceiro período do parto, que se inicia após a expulsão do feto e termina com o desprendimento da placenta



ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ

O projeto Amamenta Poá, em Poá (SP), ensina às gestantes os cuidados necessários durante gravidez

terceiro período, ela vai morrer por sangramento pós-parto.

São coisas que é preciso saber se aquele hospital está fazendo. Tem que se estudar a morte materna. Se não estudarmos a morte materna, pode se capacitar quem quiser, vai-se gastar dinheiro e não será resolvido.

FLÁVIO ARNS

Qual é o nosso grande objetivo como sociedade, seja Congresso, Executivo, mé-

dicos? Nós queremos abordar corretamente a questão, no caso o desafio da diminuição da mortalidade materna. Esse é um problema que atinge a mulher, a mãe, principalmente, como o senador Augusto Botelho colocou antes.

Quer dizer, você prepara tudo e a mãe morre. Não tem coisa mais triste. Quer dizer, toda morte é triste, mas essa particularmente. Reduzir a mortalidade materna significa melhorar a condição de saúde do país.

O dr. Hélvio foi extremamente contundente, preciso, em termos de iniciativas que devem ser tomadas. Nós temos que sentar e dizer: “O que fazer?”. Temos que chamar quem entende e fazer. O ministério, os médicos, a Pastoral, seja lá quem for.

A audiência de hoje coloca algumas coisas claras, que nós poderíamos ter pensado antes: para diminuir a mortalidade materna, salário e educação são fundamentais. Quanto mais educação, quanto mais acesso a salário, mais acesso a hospital, mais acesso a informação, mais se diminui a mortali-

dade materna.

Assim, esse é um problema dos bolsões de pobreza. Aí nós vamos para os bolsões de pobreza, onde a pastoral trabalha, onde a escolaridade é baixa, onde o salário é baixo e onde a população precisa ser abordada.

E o que a gente vê nos bolsões de pobreza? A Ana Ruth colocou muito bem isso. A líder que conhece a mulher, a líder que tem informação, que vi-

sita, que tem a parte afetiva, articula com o sistema de saúde para ir lá e fazer.

O que acontece? Nos bolsões de pobreza atendidos por uma iniciativa organizada, científica, como a colocada, com o parâmetro científico, mas na linguagem do povo, os índices de mortalidade materna estão em 52 [mortes para cada 100 mil nascidos vivos], e, no Brasil, estão em 85.

ROSALBA CIARLINI

Em 75, não?

FLÁVIO ARNS

Em 85.

ADSON FRANÇA

Em 75.

FLÁVIO ARNS

São mil quinhentas e tantas mortes por pouco menos de dois milhões de nascimentos por ano. Daria 85, no meu cálculo. Mas, vamos supor que sejam 75. Mas, nos bolsões de pobreza [atendidos pela Pastoral da Criança] foram

52 em 2009.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Foram 52 mortes.

FLÁVIO ARNS

Por 100 mil, porque atendem a 100 mil gestantes.

ANA RUTH REZENDE GÓES

É o número exato, 52 mortes.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Se o número de nascidos vivos for dez mil, o número é elevadíssimo.

ANA RUTH REZENDE GÓES

Nós acompanhamos 82 mil gestantes. Dessas, nós perdemos, no ano passado, 52 gestantes.

FLÁVIO ARNS

De 100 mil?

ROSALBA CIARLINI

Não, de 82 mil.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Não está na razão.

AUGUSTO BOTELHO

Ninguém aqui falou em mortes à razão de 100 mil nascidos vivos, que é a forma

mais correta de a gente discutir. Por isso está dando essa confusão, senador Flávio, o senhor está entendendo dessa forma. Se a gente transformar em 100 mil nascidos vivos, esse número vai mudar, todos os números vão mudar.

FLÁVIO ARNS

Então seria bom, senadora Rosalba, a gente fazer





Atendimento à saúde pública no Chile conta com a ajuda da Associação de Damas Chilenas

essa estimativa, esse cálculo, para ver se a gente pode chegar a dados comparativos semelhantes.

De qualquer forma, o que a gente observa? Que há uma metodologia, há um desafio. Mesmo que sejam 75, esse é um número extremamente elevado. Se no Paraná é 40, que já é alto, e em Curitiba, 12,8, quer dizer, de 12,8 para 75 há uma diferença significativa, muito significativa.

ROSALBA CIARLINI

E é 13 no Chile, hoje.

FLÁVIO ARNS

O Chile, 13. O Paraguai, quanto?

ROSALBA CIARLINI

O Paraguai, eu não sei. O Chile é exatamente esse valor.

FLÁVIO ARNS

Na Argentina é quanto?

ROSALBA CIARLINI

Bem menos, bem menos.

FLÁVIO ARNS

Bem menos quanto?

ROSALBA CIARLINI

No Uruguai é bem menor [taxa de mortalidade materna] que no Brasil, acho que na faixa de 30, de vinte e tantos, no Paraguai também é menos. No Paraguai, eu não tenho certeza. Mas no Uruguai, Chile, Cuba, e acho que no Equador também, é menor...

FLÁVIO ARNS

O Dr. Adson não sabe de quanto é na Argentina e no Paraguai?

ADSON FRANÇA

Sei, sim. O ministro deixou muito claro, a razão de mortalidade materna no Brasil é maior do que na Argentina, do que no Uruguai e do que no Paraguai.

FLÁVIO ARNS

No Paraguai é quanto?

ADSON FRANÇA

Do que no Paraguai, não. Maior do que no

Chile, no Uruguai e na Argentina, esses três. A razão de mortalidade materna na Bolívia está 82 por 100 mil [nascidos vivos], no Paraguai está 91 por 100 mil, e aí vai. Na Argentina, a razão da mortalidade materna está em 44 por 100 mil, ou seja, bem melhor do que a brasileira. No Uruguai estava variando entre 33 e 37. E no Chile já chegou a 13 e subiu, agora, a 26 por 100 mil.

ROSALBA CIARLINI

Não é 26. É 18,7 [no Chile].

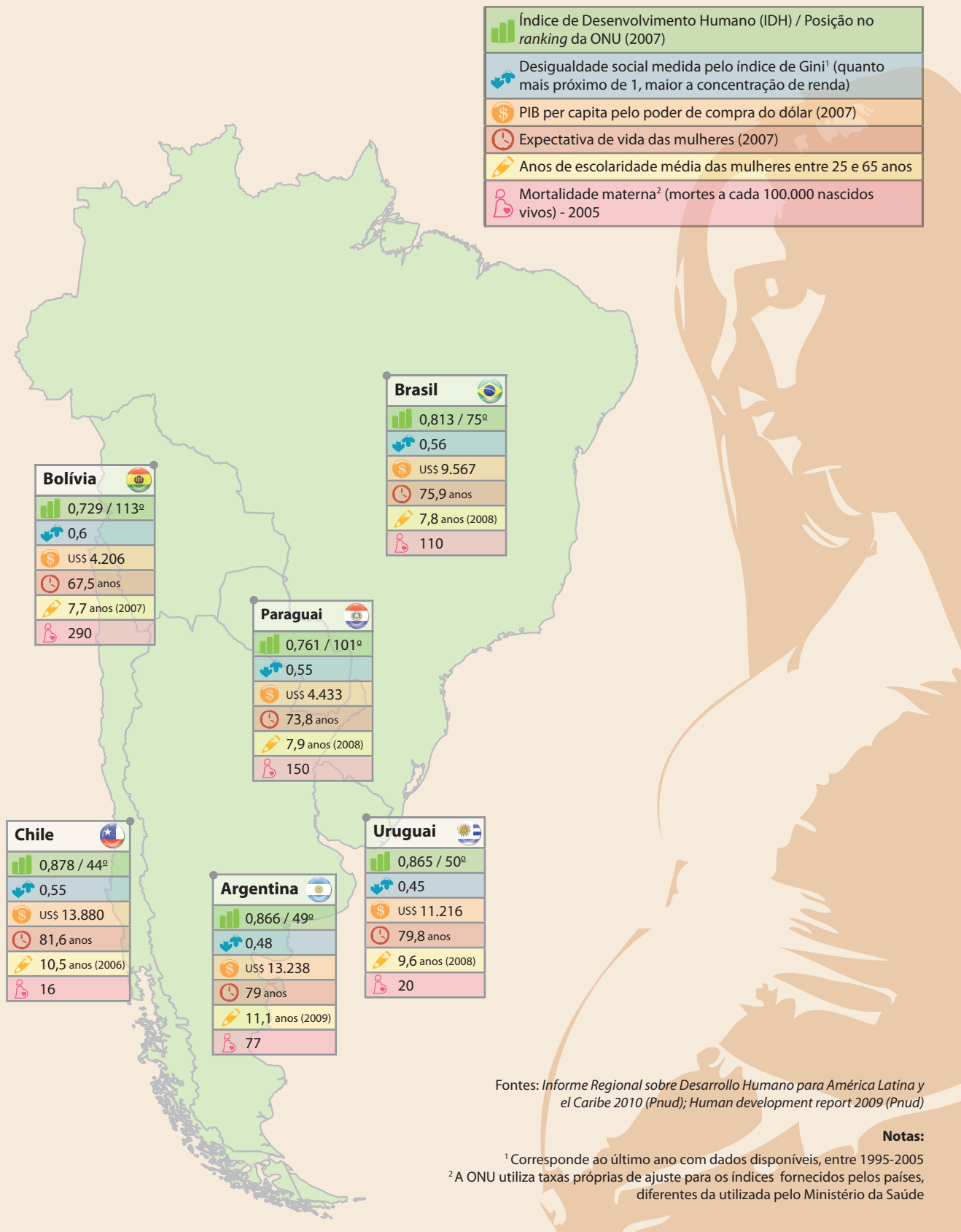
ADSON FRANÇA

Peguei esse dado na internet ontem.

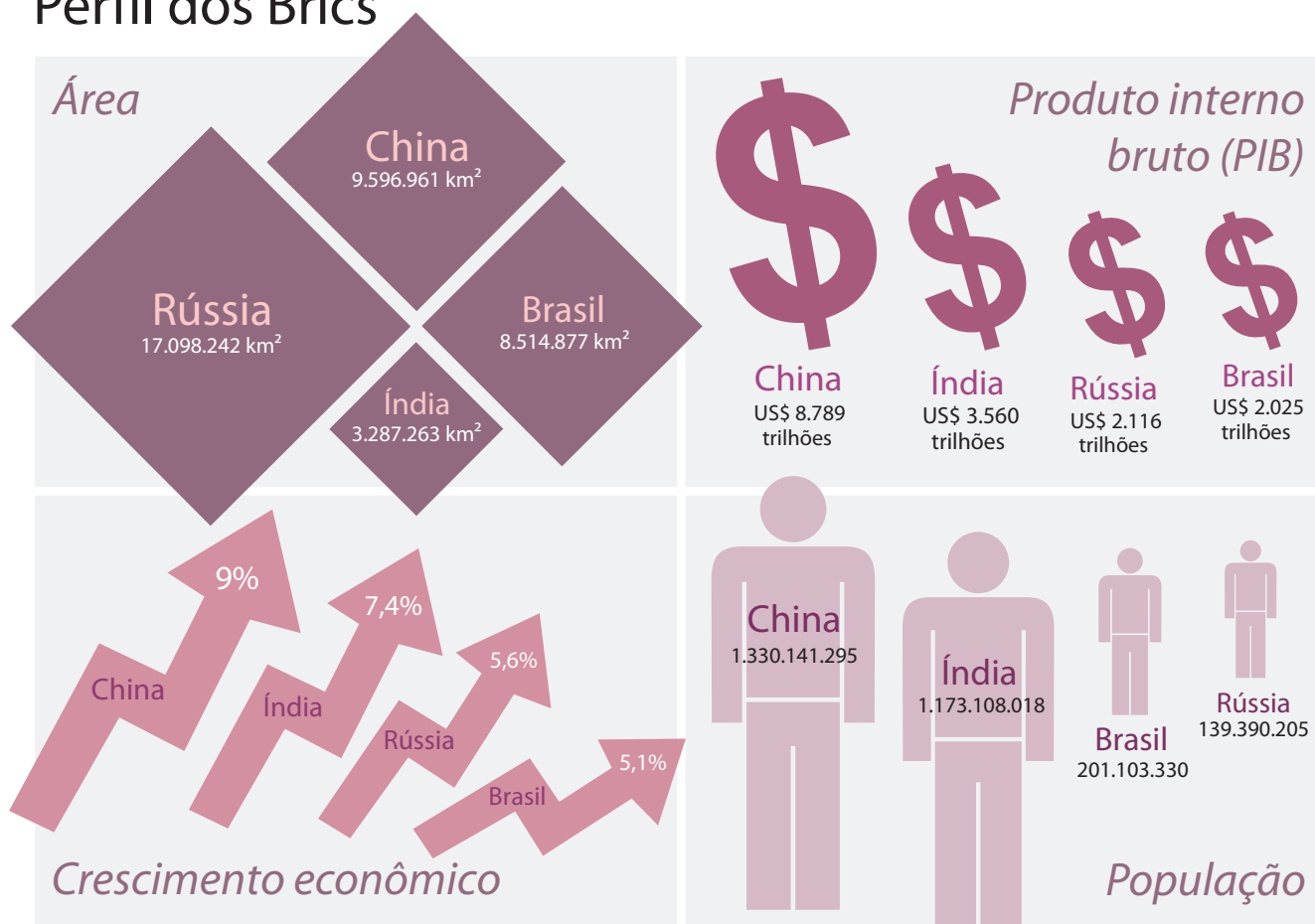
A nossa razão de mortalidade é maior do que a da Argentina, do que a do Uruguai e do que a do Chile. Se essa é a pergunta, a resposta é essa. E o ministro fez uma ponderação de que o país tem dimensões continentais, tem a Amazônia, tem o

Comparação com vizinhos da América do Sul mostra relação entre desenvolvimento humano e índice de mortalidade materna

Indicadores sociais demonstram que, assim como na mortalidade materna, Brasil tem taxas inferiores às de Chile, Uruguai e Argentina e superiores às de Bolívia e Paraguai



Perfil dos Brics



Fonte: CIA The World Factbook

Nordeste, é heterogêneo, é mais complexo, mas a nossa taxa é maior, nunca escondemos isso.

FLÁVIO ARNS

Não é questão de esconder. Se alguém diz: “Nós estamos bem”. Bem comparados com quem?

Ninguém disse que estamos bem, só quero dizer isso. Ninguém disse que estamos bem.

ADSON FRANÇA

Não. Nem o ministro e nem eu.

FLÁVIO ARNS

Nós temos que perguntar: “Nós avançamos ou não avançamos? Há dificuldades ou não?”. Quer dizer, podemos ser comparados com os outros ou como estamos? Porque nós não podemos nos comparar conosco próprios.

ADSON FRANÇA

Comparados com a Índia, com a África do Sul, com a Rússia, que são países que têm o tamanho do nosso, nós estamos bem melhor.

FLÁVIO ARNS

Não. Comparado com os nossos vizinhos. Com o Paraguai, estamos parecidos, e temos uma taxa quase o dobro que a da Argentina, e com uma taxa quatro vezes maior que a do Chile. Eu acho que isso é um problema para nós. Temos que dizer: “Olha, temos que investir mais, fazer mais para que haja menos mortalidade materna”.

AUGUSTO BOTELHO

Eu gostaria só de fazer uma observação. Eu ajudei a fundar o nosso [de Roraima] comitê de mortalidade materna. Antes de ter o co-

mitê, a nossa mortalidade era lá embaixo [em razão da subnotificação, que o comitê teria melhorado]. Eu acredito que nos países latinos, com exceção do Chile, essas estatísticas não são tão confiáveis quanto as da gente.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

A mortalidade do Paraguai, por exemplo, é de 340 por 100 mil [nascidos vivos].

ADSON FRANÇA

Antes de fundar o comitê a mortalidade de vocês [Roraima] era 12,1. Será que era verdade?

AUGUSTO BOTELHO

Não era verdade. Era errada. Por isso que eu digo que o Paraguai e a Argentina não podem ser um parâmetro. A gente tem que se comparar com o **Brics**.

Brics – sigla que designa o grupo de países formado por Brasil, Rússia, Índia e China. Todos eles têm grande população, grande extensão territorial e são considerados economias emergentes

Programa Mãe

Curitibana – projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba que busca dar assistência no planejamento familiar, no pré-natal, no parto, no puerpério e no acompanhamento à saúde da criança. Entre os seus objetivos estão: redução da mortalidade materna e infantil, melhoria na qualidade do pré-natal, melhoria do acesso ao parto hospitalar de boa qualidade, a redução da transmissão vertical do HIV, sífilis e toxoplasmose, redução dos problemas da gravidez de risco, inclusive daqueles causados pela incompatibilidade sanguínea entre gestante e bebê, e redução da internação de crianças por doenças respiratórias e acidentais



ANTONIO SCARPINETTI/UNICAMP

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na cidade universitária da Unicamp, em Campinas (SP)

ROSALBA CIARLINI

Mas na Argentina, o investimento em saúde *per capita*, é três vezes o que o Brasil investe.

AUGUSTO BOTELHO

A gente tem que se comparar com os Brics, que é onde a gente está. Se for fazer uma comparação para fins estatísticos, não tem valor a gente se comparar com Uruguai, com Paraguai.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Tem duas diferenças importantes. Por exemplo, 60% da população Argentina está em Buenos

Aires. Mais de 65% da população do Uruguai está em Montevidéu. Assim, é muito mais fácil trabalhar. É como se nós estivessemos trabalhando em Curitiba.

Então, vamos comparar Curitiba com Montevidéu. Curitiba, que tem o mesmo padrão de vida, tem uma mortalidade três vezes menor do que Montevidéu e quatro vezes menor do que a de Buenos Aires.

ADSON FRANÇA

Campinas é melhor do que vários países europeus.

FLÁVIO ARNS

O que eu digo? Quere-

mos diminuir a mortalidade infantil, a mortalidade materna e também a infantil. É aí que queremos chegar. Então, está bom. O que Curitiba está fazendo, que está dando certo, junto com a comunidade que é o Mãe Curitibana, pode ser multiplicado.

Mas, o que nós temos que fazer de concreto para diminuirmos as preocupações que a senadora Rosalba levantou? Se eu vejo os números, será que é só notificação? Eu acho que isso deve ser melhor analisado.

ROSALBA CIARLINI

Quero dizer que a audi-



ência foi realmente importante porque chegamos à compreensão de que temos algo a ser feito, principalmente nas cidades menos desenvolvidas, mais pobres. Porque Curitiba avança, tem uma renda *per capita*, um nível educacional muito melhor do que outras regiões.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Não, não, não. Eu acho que ela tem uma organização de sistemas de saúde que facilitam a redução da mortalidade materna. E eu acho que isso é o grande diferencial.

ROSALBA CIARLINI

Concordo. Eu conheço a organização de lá.

Mas tem uma renda *per capita* maior e um nível educacional maior do que se você comparar com o Norte e o Nordeste, isso é inevitável. Eu conheço bem Curitiba e conheço o sistema de saúde de lá, inclusive copiei algumas coisas.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES

Comparando com São Paulo e Rio de Janeiro, que têm um índice de mortalidade maior do que o de Curitiba, nós perdemos em índice *per capita* para qualquer um desses estados. Então, por que Curitiba é melhor do que esses estados?

ROSALBA CIARLINI

Ótimo. Porque está mais organizada. Eu concordo com o senhor, a organização é fundamental, mas também o nível educacional, o nível econômico, tudo isso é importante.

O que nós queremos aqui? É deixar esse alerta. É preciso, exatamente, que o Ministério da Saúde faça a avaliação de todas as regiões onde o índice de mortalidade é maior nas cidades. E não adianta a gente querer tapar o sol com a peneira, tem que investir, é vida.

E é algo que marca para sempre. Uma mãe morrer em um parto, na hora mais sublime, quando isso poderia ter sido evitado, é algo

revoltante. Isso é doloroso.

Então, fica aqui só um alerta. Nós queremos contribuir, encontrar caminhos, leis, projetos, ações, recursos. Mas queremos que haja transparência de informações e cobrança, porque também temos que cobrar os governos dos estados.

Do meu estado, sei que muito poderia ter sido feito na interiorização de ações que iriam salvar vidas. Mas isso eu estou dizendo do meu estado, reconhecendo que o governo, realmente, não atuou bem em defesa da saúde da mulher, especificamente na queda da mortalidade infantil. E também algumas prefeituras. Outras tentaram se superar, mas houve, também, essa falha. Então nós temos aqui essa responsabilidade.

Nós vamos encerrar a audiência agradecendo aos que participaram. Quero agradecer e desejar que possamos, nessa soma de esforços, nessa reflexão, encontrar cada vez mais caminhos que melhorem a saúde da mulher.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Centro de saúde de Rosário do Ivaí (PR): mortalidade materna no estado é a menor do país

Gripe A e avanços na saúde abriram debates

Na primeira audiência promovida pela Comissão de Assuntos Sociais, o ministro explicou as ações do governo para o combate às epidemias de influenza A e dengue, além de falar sobre o Sistema Único de Saúde

Por se tratar da principal urgência na área de saúde à época, a audiência de abertura do ciclo de palestras da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o atendimento do SUS abordou também as ações do governo para combate da epidemia de influenza A, causada pelo vírus H1N1, conhecida também por gripe suína.

Em sua exposição, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, afirmou que a circulação da doença no Brasil foi limitada.

O ministro fez um balanço das ações de prevenção e combate à disseminação da doença tomadas pelo governo. Segundo

Temporão, a estratégia brasileira teve como base orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O ministro também detalhou os recursos liberados para o controle da gripe suína, que havia recebido R\$ 141 milhões de crédito suplementar, liberados por meio de medida provisória.

Entre as providências, José Gomes Temporão citou o monitoramento das fronteiras e portos, além de terminais rodoviários e aéreos; o treinamento e alerta aos profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos suspeitos; e a distribuição à população de mais de quatro milhões de folhetos explicativos sobre a do-

ença e suas medidas de prevenção.

Dengue e malária

O ministro informou ainda que o número de casos da dengue caiu 49% nos três primeiros meses de 2008 em relação ao mesmo período de 2009 – de 440.360 para 226.513 casos. De acordo com os dados, 18 estados e o Distrito Federal registraram redução, e oito (Acre, Amapá, Roraima, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) tiveram aumento na incidência da doença.

Temporão também salientou a queda de quase 50% (de 607 mil para 315 mil casos), entre 2005 e



Temporão, Rosalba Ciarlini, Renato Casagrande (em pé) e Augusto Botelho, na audiência de maio de 2009



2008, das notificações de malária, graças à ampliação do diagnóstico, à melhoria na estrutura de atendimento, à expansão da rede laboratorial de detecção da doença e à aplicação de remédios mais eficazes. Entre 2002 e 2007, foram 40 mil internações a menos, gerando uma economia de R\$ 7 milhões.

Por fim, o ministro abordou o programa Mais Saúde (conhecido como PAC da Saúde), orçado em R\$ 90 bilhões e lançado em 2007 com 175 metas. Temporão expôs resultados da iniciativa até janeiro de 2009, como o aumento em 10% nas equipes do programa Saúde da Família (PSF) e a erradicação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, que deve render ao país uma certificação da OMS.

Para 2009, o Mais Saúde está focado em 31 pontos estratégicos, como a ampliação da vasectomia como técnica de planejamento familiar, expansão

da rede e da oferta de medicamentos na Farmácia Popular, combate à tuberculose, hanseníase, malária e dengue.

Senadores veem avanços

Durante o debate, os senadores elogiaram as ações adotadas pelo Ministério da Saúde para prevenir e combater a influenza A, a dengue e a malária. Os membros da CAS defenderam ainda a aprovação de projeto de lei (PLS 121/07) do senador Tião Viana (PT-AC) que regulamenta a Emenda Constitucional 29, destinada a assegurar recursos mínimos para financiamento da saúde pública.

Segundo o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, de cada R\$ 100 gastos em saúde no país, R\$ 68 vêm do setor privado. Diante desse quadro, defendeu a ampliação dos gastos públicos na área, considerando essencial a aprovação do PLS 121/07, já votado pelo Senado e em

tramitação na Câmara dos Deputados.

Outra forma de carrear recursos para o setor seria por meio do ressarcimento pelos atendimentos feitos aos usuários de planos de saúde privados pela rede pública. De acordo com Temporão, a Agência Nacional de Saúde (ANS) deve adotar uma estratégia para cobrar dos planos de saúde por internações e atendimentos de média e alta complexidade a seus usuários.

O senador Mão Santa (PSC-PI) pediu ao ministro a revisão das tabelas do SUS. Para Mão Santa, que é médico, caso os valores dos serviços prestados não sejam reajustados, mais profissionais deixarão de atender os pacientes do sistema. Também a senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN), que é médica e presidente da Comissão de Assuntos Sociais, citou a depreciação que sofrem os proventos dos médicos aposentados que prestam

Morada do DF recebe panfleto educativo de campanha contra a dengue, em novembro de 2005

serviço ao SUS.

Em relação à malária, o ministro informou que a formação de microscopistas para identificação da doença em 62 municípios do país aumentou o número de lâminas examinadas de 150 mil para 450 mil. Temporão também discorreu sobre medidas de controle da febre amarela no Rio Grande do Sul, adiantando que 4,3 milhões de doses de vacina já foram liberadas para contenção da doença no estado.

Em seguida, o senador Mão Santa criticou os baixos salários pagos aos médicos do país e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Já o senador Eduardo Azeredo (PSDB-MG) comentou o registro de “turismo médico” (procura de tratamento de

saúde por estrangeiros) no Brasil, na Índia e no México. Temporão reconheceu que o custo mais baixo tem atraído esse público.

Aconselhamento genético

O senador Flávio Arns (PSDB-PR) pediu a atenção do ministro para o atendimento do SUS em genética clínica e para pessoas com deficiência.

A portaria 81/09 que instituiu o atendimento em genética clínica pelo SUS, explicou Arns, foi fruto de mais de cinco anos de intensos debates, inclusive com a participação da Sociedade Brasileira de Genética Clínica. Ele a considerou “um avanço e uma vitória, porque muitas famílias precisam desse aconselhamento genético”, mas lamentou que ainda

não tenha sido regulamentada. O senador pediu à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que elabore um documento para orientar os hospitais brasileiros sobre os procedimentos para a efetivação dos centros de genética clínica e aconselhamento familiar.

Já a portaria 2.867/08, que alterou a forma de repasse dos recursos do SUS para o atendimento das pessoas com deficiência, esclareceu Arns, estabeleceu que os estados fossem responsáveis pelo atendimento da pessoa com deficiência nas especialidades de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, psiquiatria, neurologia e terapia ocupacional. Ele pediu que o ministério reveja essa decisão.

Especialistas defendem internação de doentes mentais

Apesar de não concordar com o modo pelo qual as pessoas eram tratadas nos tradicionais manicômios – situação que originou a reforma psiquiátrica e o

fechamento desses hospitais –, o presidente da Associação de Psiquiatria de Brasília, Antônio Geraldo da Silva, concordou com a internação das pessoas com

transtornos mentais em hospitais que ofereçam serviços com qualidade técnica e tratamento adequado.

Essa foi uma das opiniões reveladas no debate

Hélio Barros,
Pedro Gabriel,
Rosalba Ciarlini,
Helena Calil e
Antônio Silva





promovido pela CAS e pela Subcomissão Permanente de Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde, sobre a reforma psiquiátrica.

Estabelecida pela Lei 10.216/01, a reforma trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental: recomenda o fechamento gradual dos antigos hospitais psiquiátricos e proíbe a construção de novos estabelecimentos.

Antônio Geraldo da Silva também defendeu a prevenção, a detecção e o tratamento precoce das doenças mentais. Ele informou que cinco em cada dez causas de incapacitação para o trabalho em todo o mundo são devidas a transtornos mentais. Em sua avaliação, o Sistema Único de Saúde (SUS) não trabalha com prevenção de problemas mentais, apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendar

às autoridades a priorização das doenças mentais que causam maior impacto na sociedade. Diante disso, as pessoas precisam buscar tratamento na rede privada de saúde.

O médico criticou ainda a falta de programas destinados ao tratamento de distúrbios mentais em idosos, crianças e adolescentes, bem como de adolescentes envolvidos com álcool e drogas. Ele ressaltou que os recursos destinados ao cuidado com a saúde mental do brasileiro são insuficientes (2% do orçamento do Ministério da Saúde) para atender a todas as necessidades.

A professora de psiquiatria da Escola Paulista de Medicina Helena Calil também defendeu a internação de pacientes com distúrbios mentais em crise. As pessoas que têm

condição de arcar com as despesas, disse, internam seus familiares em clínicas particulares, enquanto os mais carentes ficaram desassistidos após a lei da reforma psiquiátrica. Para ela, o tema deve ser mais bem discutido, pois, em sua avaliação, há preocupação tanto do governo como do setor médico em me-

lhorar a qualidade de vida dos portadores de distúrbios mentais, bem como de seus familiares.

A OMS determina o uso de medicamentos no

início para evitar que os problemas mentais se tornem crônicos, informou o diretor da Associação Brasileira de Psiquiatria, Hélio Lauer de Barros. Ele disse que mais de 20% da população mundial sofre de algum distúrbio mental. Barros defendeu o aumento do número de leitos

Centro psiquiátrico em Curitiba: no novo modelo de atendimento, é proibido internar

2% do orçamento da Saúde não são suficientes para tratar doenças mentais, afirma Antônio Silva

Na audiência, estudantes protestaram contra manicômios



MÁRCIA KALUWE

disponíveis na rede hospitalar pública destinados a esses doentes, bem como cuidados familiares, habilitação para o trabalho e educação da sociedade sobre o problema para evitar a discriminação.

Hélio Barros propôs à CAS a constituição de um grupo de trabalho para estudar os pontos essenciais da prestação de serviço em saúde mental. Ele considera importante que desse grupo participem representantes da área médica.

Já para o coordenador nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado, a Lei 10.216/01 é um avanço e cria regras jurídicas para o tratamento da doença mental. Ao apresentar um histórico da situação da saúde mental no Brasil antes da vigência da lei, ele disse que até 1987 o paciente com problemas

mentais era tratado em “asilos” do Ministério da Saúde e em clínicas do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que gastavam mais de 95% dos recursos destinados à saúde mental.

Os problemas gerados com esse sistema asilar, enfatizou o representante do Ministério da Saúde, levaram à mudança estrutural dos estabelecimentos, com fechamento de instituições insalubres que causavam danos físicos e morais às pessoas. Embora reconheça que o número de centros de atenção psicossocial (CAPs) seja pequeno para atender as necessidades do país, ele afirmou que a soma dessas unidades de tratamento tem crescido, levando à interiorização do atendimento, especialmente às cidades do interior do Nordeste.

A presidente da CAS, senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN), disse que é preciso melhorar o atendimento às pessoas com problemas mentais. A ideia é que as sugestões apresentadas nos debates possam contribuir para uma melhor distribuição dos recursos do Orçamento, bem como originar propostas legislativas para a área.

O senador Flávio Arns (PSDB-PR) sugeriu que os familiares e a pessoa com distúrbio mental, os setores acadêmico, trabalhista, da educação, esporte, assistência social, entre outros, também devam apresentar seu ponto de vista sobre o tema.

Durante o debate, duas estudantes permaneceram na sala de reuniões vestidas com camisas de força e com as bocas tapadas por fita adesiva, em um protesto contra os manicômios.



Elisa Costa,
Telles de
Almeida,
Rosalba
Ciarlini, Maria
Alice Toledo e
João Batista de
Medeiros

Saúde do idoso vai demandar cada vez mais atenção da sociedade

José Luiz Telles de Almeida, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, afirmou que em 2006 a saúde do idoso ganhou prioridade com o programa preventivo Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Dez milhões de pessoas foram cadastradas em 2008, e a estimativa é de que 15 milhões tenham recebido o benefício em 2009.

Telles de Almeida participou do debate realizado pelas comissões de Assuntos Sociais, Direitos Humanos e Legislação Participativa, e pela Subcomissão de Acompanhamento da Saúde e do Idoso.

Segundo Telles de Almeida, indicadores demonstram o impacto das políticas públicas voltadas para o atendimento à população idosa. Ele assinalou que o Ministério da Saúde optou pela descentralização administrativa

para as secretarias municipais de saúde.

O representante do Ministério da Saúde admitiu, no entanto, o pouco interesse dos alunos de Medicina pela geriatria e pela atenção básica à saúde e, conseqüentemente, a carência de profissionais, especialmente no interior. E conclamou a população idosa a participar dos conselhos municipais de saúde e do idoso.

– Não devemos olhar para os 32 milhões de idosos como uma catástrofe. São uma grande vitória e serão cada vez mais se nos capacitarmos e nos mobilizarmos – finalizou.

Orçamento é “chocante”

Ao apresentar as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE) de que, em 2025, o país terá uma população de 32 milhões de idosos, a professora de Psiquiatria da Universidade de Brasília Maria Alice Toledo se disse “impressionada e chocada” com a redução da dotação orçamentária para o atendimento ao idoso.

Segundo a professora, dos R\$ 20 milhões alocados em 2008 foram aplicados somente R\$ 6 milhões. Em 2009 os recursos previstos caíram pela metade – R\$ 10 milhões –

dos quais somente R\$ 600 mil foram usados.

Ela também alertou para a “evolução exponencial” do mal de Alzheimer, doença degenerativa que afeta a memória. A psiquiatra lamentou o alto custo do exame de dosagem de vitamina B-12 para detectar

Para especialista, além de serem muito poucos, recursos previstos no orçamento não são aplicados

Os desafios para o sistema de saúde brasileiro

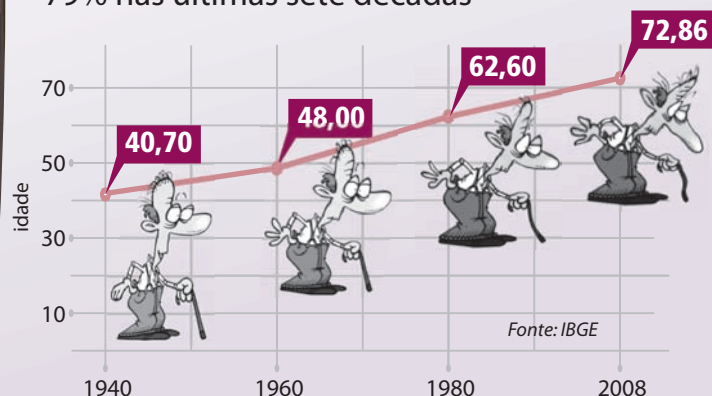
Problemas a serem resolvidos

- ✦ Por serem crônicas e múltiplas, as doenças dos idosos perduram por muitos anos e são de abordagem (diagnóstico e terapia) complexa. Isso faz com que sejam necessários mais serviços de saúde e especialidades médicas para atender a essa parcela da população
- ✦ 73% dos idosos dependem exclusivamente do SUS para atendimento médico
- ✦ Idosos exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos
- ✦ O tempo de ocupação do leito hospitalar por idosos é maior se comparado aos mais jovens
- ✦ Quando internados, o risco de evolução desfavorável é maior, com possibilidade de, quanto maior o tempo de internação, haver interação entre doenças crônicas e agudas
- ✦ As taxas de readmissão hospitalar nos primeiros três meses após a alta são elevadas
- ✦ Os idosos necessitam mais de serviços de reabilitação e de instituições de longa permanência

Possíveis soluções

- ✦ Promoção do envelhecimento saudável
- ✦ Reabilitação da capacidade funcional comprometida
- ✦ Capacitação de recursos humanos especializados
- ✦ Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais
- ✦ Participação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, com médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, farmacêuticos, psicólogos clínicos, neuropsicólogos

Longevidade dos brasileiros aumentou 79% nas últimas sete décadas



a doença, que assim fica restrito a pessoas em boa situação financeira.

– A grande maioria da população idosa brasileira depende exclusivamente do SUS. É necessário que se dê condições para que esse indivíduo tenha um tratamento digno – avaliou.

Segundo a psiquiatra, o Brasil tem hoje 74 centros de referência do idoso, o que considera um ga-

nho, mas insuficientes para atender à demanda crescente. A médica considera fundamental capacitar os profissionais do programa Saúde da Família para o atendimento domiciliar especializado, principalmente para os pacientes terminais, muitas vezes abandonados pela família nos hospitais.

SUS deve se preparar

Apesar de o envelhe-

cimento populacional ser uma espécie de “prêmio” pela aplicação de políticas públicas adequadas, o Sistema Único de Saúde enfrentará o aumento no número de doenças crônicas e incapacitantes e a ampliação da utilização dos serviços públicos e dos gastos em saúde.

A afirmação foi feita pela médica Elisa Franco de Assis Costa, ex-presiden-

te da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

– Se compararmos o Brasil ao Canadá, o Brasil tem três vezes mais hipertensos, três vezes mais diabéticos. Hoje estamos em uma situação muito mais difícil que a do Canadá – observou, ao explicar que enquanto o último tem um contingente de 2 milhões de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, o Brasil tem 6 milhões nessas condições.

Elisa Costa manifestou preocupação especial com a população dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos, que, segundo ela, cresceu 65% nos últimos anos.

Os gastos com saúde das mulheres acima dos 60 anos representam, segundo a médica, “um desafio de política pública”. Ela ressaltou que o SUS é deficiente na chamada atenção primária ao idoso, atendimento no qual poderiam ser detectados problemas e evitadas internações, especialmente no caso do muito idoso que, à falta de diagnóstico, acaba tendo sua incapacitação aumentada, e a internação prolongada, com maiores custos.

A especialista informou que, entre 2005 e 2008, houve aumento de 8% nos casos de fratura do fêmur em idosos, o que elevou os gastos do SUS em 20%.

Ela acrescentou que pesquisa sobre tendência à mortalidade indicou também que “grande porcentagem” dos idosos acima de 80 anos de idade morre sem assistência médica, dado que considera “assustador”.

Elisa Costa declarou que a “grande falha” do SUS a ser superada é a falta de conexão entre as diversas áreas de atendimento – da atenção básica à urgência.

A médica observou ainda a necessidade de capacitar 15 mil profissionais para atender aos idosos, quando o Brasil dispõe atualmente de apenas 744 geriatras habilitados.

– A reabilitação não é prioridade no SUS. O centro de referência [do idoso] não cabe na rede SUS. A fragilidade [do idoso] é reconhecida, mas não há parâmetros claros para detectá-la – disse, ao enumerar

Para a médica Elisa Costa, o SUS não oferece e nem prioriza a reabilitação física dos idosos

Idoso de Cuiabá recebe vacina contra gripe, para prevenir doenças respiratórias

PEDRO ALVES SES/MT



os problemas existentes.

Para Elisa Costa, os gestores precisam de “dados confiáveis” para implantar “programas eficazes, com recursos escassos”.

“Idosos de rua”

João Batista de Medeiros, gerontólogo social, afirmou que, em duas ou três décadas, o Brasil terá a sexta população mais idosa do mundo. Ele mencionou trabalho do presidente da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, Renato Maia Guimarães, segundo o qual “se não forem adotadas providências urgentes em favor da valorização dos idosos, teremos idosos de rua”. Medeiros informou que poucas universidades no país oferecem a geriatria como especialidade.

O gerontólogo social, especialista em atendi-

to social e psicológico do idoso sublinhou que a situação das pessoas de terceira idade “é preocupante” nos hospitais públicos.

A presidente da CAS, senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN), sugeriu que o SUS capacite técnicos em Enfermagem para dar atendimento adequado aos idosos.

O relator do ciclo de debates, senador e médico Papaléo Paes (PSDB-AP), considera mais preocupante o número insuficiente de profissionais especializados no atendimento a idosos, a incapacidade do SUS de atender à demanda.

Papaléo também gostaria de ver os municípios aplicando medidas bem-

sucedidas para a melhoria da saúde dos idosos e mais ações para atendimento aos portadores do mal de Alzheimer.

O senador Augusto Botelho (PT-RR), médico e presidente da subcomissão, informou que, como integrante da Comissão Mista de Orçamento (CMO), irá propor mais verbas para o atendimento ao idoso.

Botelho também manifestou a intenção de apresentar projeto de lei de “responsabilidade sanitária”, em moldes semelhantes à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O senador José Nery (PSOL-PA) propôs o controle social dos investimentos feitos no SUS.

Se providências urgentes não forem tomadas, teremos idosos de rua, alerta gerontólogo

Centro de Medicina do Idoso, em Brasília: há poucas instituições e geriatras no país



ANA VOLPEZ/S

Ao contrário de outros países, Brasil não se preparou para envelhecer

O envelhecimento da população brasileira ocorre a taxas aceleradas. Em 1991, eram 11 milhões de idosos. Passados 17 anos, a cifra subiu para 19 milhões. Estimativa de alguns especialistas prevê que 23 milhões de brasileiros terão mais de 60 anos em 2010. E, em 2025, as projeções calculam que serão 32 milhões de idosos, representando cerca de 15% da população brasileira.

Se a previsão se confirmar, o Brasil envelhecerá em 34 anos o que países europeus demoraram um século. Na França, por exemplo, a população idosa dobrou de 7% para 14% em cem anos.

Esse quadro só piora as dificuldades para que o país consiga adequar suas políticas públicas e o atendimento em saúde para o idoso. Isso porque o país vai adiando o enfrentamento dessa realidade, o que está retratado nos poucos recursos públicos destinados a essa faixa da população. Em 2008, dos R\$ 20 milhões previstos, só foram aplicados R\$ 6 milhões.

Há poucos profissionais especializados, reduzida capacitação na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e falta conexão entre hospitais, postos de saúde e centros de atendimento especializado.

Além desse diagnóstico preocupante, aqui não existem – ao contrário do que ocorre na Finlândia, Noruega e Dinamarca – instituições de longa permanência para quem precisa de ajuda para atividades diárias, como tomar banho e se vestir. Nesses países, os asilos são considerados instituições de saúde. No Brasil, possuem caráter assistencial, abrigando basicamente

quem não tem moradia e renda, ou que só recebe o benefício de prestação continuada (previsto na Lei Orgânica da Assistência Social). Por essa razão, na maioria das vezes, os asilos parecem verdadeiros depósitos de velhos. E ainda assim são poucos. Na Suécia, cerca de 9% dos idosos moram nessas instituições. No Brasil, o índice é de 1%.

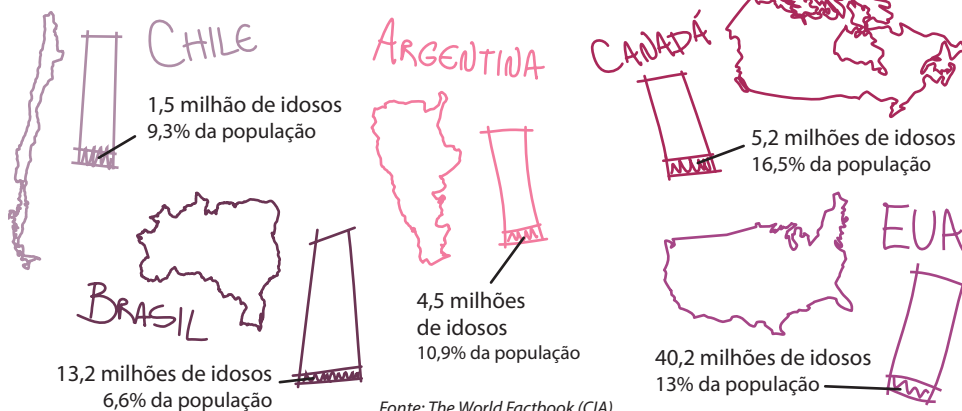
Canadá é modelo

Outro problema no atendimento ao idoso no país é a carência de uma rede estruturada e interconectada, como, por exemplo, a do Canadá. Ao contrário, os idosos brasileiros são atendidos pela rede básica, como os postos de saúde, e perambulam entre ela e os médicos especializados.

Se o cardiologista detecta osteoporose, por exemplo, o paciente é obrigado a retornar ao posto, que o encaminha ao reumatologista. Se este detectar hérnia de hiato e refluxo, o idoso volta novamente ao posto, para ser encaminhado ao gastroenterologista. Além disso, há poucos centros de referência.

No Canadá, os casos mais complexos – os cerca de 25% dos pacientes que sofrem de diabetes, hipertensão, artrose, osteoporose ou doenças degenerativas como Alzheimer e Parkinson – são encaminhados aos especialistas para um primeiro atendimento. Eles seguem depois para os serviços de reabilitação específicos. Lá, recebem treinamento para voltar a tomar banho e se vestir sozinhos, quando tiverem doença que afete a memória, como o Alzheimer, mas ainda tiverem capacidade de locomoção.

População de idosos nas Américas



Centro de medicina de Brasília se destaca por qualidade

Inaugurado em 2002, o Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (HUB), apesar de sobreviver praticamente de doações e trabalhos voluntários, conseguiu se sobressair no atendimento a pacientes com mal de Alzheimer entre os 74 centros de referência do idoso classificados pelo Ministério da Saúde. A unidade possui apenas três médicos geriatras efetivos e outros quatro voluntários.

Trabalhando no que é considerada a primeira pesquisa comportamental sobre o Alzheimer na região Centro-Oeste, o centro avalia e produz dados estatísticos buscando saber até que ponto atividades como pintura, canto e estímulos visuais retardam a doença.

Segundo o vice-coordenador da entidade, Einstein de Camargos, há dez pesquisas em andamento, das quais cinco no nível de mestrado e uma no de doutorado. Uma delas investiga aspectos genéticos relacionados ao Alzheimer.

– O estudo ajuda a entender melhor o perfil do paciente em relação ao tratamento da doença – explica Camargos.

Outra linha de atuação do centro oferece atendimento humanizado ao paciente e a sua família.

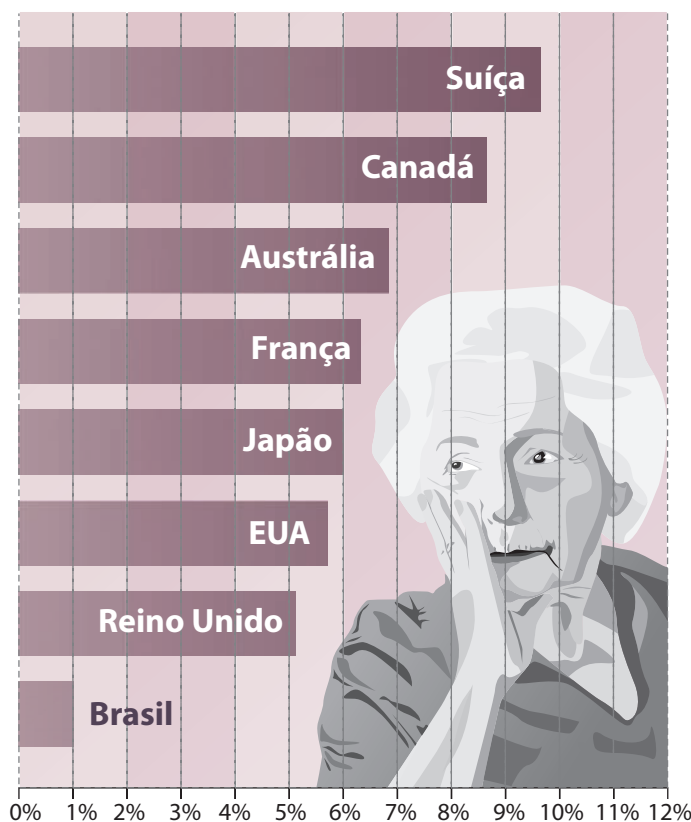
Os idosos com demência passam por uma espécie de triagem, após a qual são atendidos por ge-

riatra, dentista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo e profissionais das áreas da neuropsicologia, nutrição e farmácia. Depois, conforme Camargos, são encaminhados para grupos específicos de pintura, coral e estimulação cognitiva. O coral, por exemplo, faz apresentações públicas, e o maestro responsável é um idoso de 72 anos.

O centro possui uma pequena sala para preparo físico, além de um grupo orientado por uma professora voluntária da área de farmácia da UnB para capacitar cuidadores. Porém, a unidade não consegue atender à grande demanda por seus serviços. São 30 a 35 pacientes assistidos em domicílio, na proporção de dois por semana, segundo Camargos. No total, são atendidos uma média de 500 pacientes por mês e há uma enorme lista de espera.

Faltam instituições para idosos

Percentual de idosos vivendo em instituições entre 1980 e 1990:



Fonte: Artigo publicado na Oxford Textbook of Geriatric Medicine, 2000

Especialistas pedem prioridade para prevenção de queimaduras

O presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), Flavio Nadruz Novaes, alertou para a necessidade de realização de campanhas nacionais de prevenção ao problema.

Estimativas apontam para a existência de cerca de 1 milhão de queimados no Brasil. Desse total, 30% são crianças e jovens que se queimaram em razão de acidentes domésticos, provocados principalmente por álcool líquido e fogos de artifício.

As informações foram prestadas por Novaes e por especialistas que participaram do debate da CAS que discutiu medidas para prevenção de queimaduras e para reabilitação de queimados.

Flavio Novaes disse ser

possível reduzir em muito o número de queimados fazendo campanhas preventivas, evitando os altos custos do tratamento hospitalar e da reabilitação psicossocial e educacional, ambos de longa duração.

Principal problema é que não existe uma política nacional de prevenção, alerta Flavio Novaes

– As queimaduras podem ser evitadas em sua quase totalidade. Deveria haver uma articulação entre o Ministério da Saúde e a SBQ para construção de modelo de política para prevenção a queimaduras.

– No entanto, não há uma política nacional de prevenção – avaliou o presidente da SBQ, que propõe ações educacionais, como a distribuição de cartilhas a estudantes.

Inserção de sequelados

Ana Aparecida de Fran-

ça e Silva, presidente da Associação dos Portadores de Sequelas por Queimaduras (Aposeq), apontou dificuldades decorrentes da não inclusão das pessoas com queimaduras no Decreto-Lei 3.298/99, que propicia benefícios à pessoa com deficiência, como passe livre e reserva de vagas em concursos públicos, entre outros.

– Ninguém vai querer dar trabalho de recepcionista para uma pessoa com sequela no rosto. A sociedade tem buscado formas de inclusão, mas o sequelado não está incluído – denunciou.

O senador Flávio Arns (PSDB-PR) defendeu a elaboração de projeto de lei que altere o Decreto 3.298/99, de modo a estender a pacientes com queimaduras médias e graves benefícios concedidos a pessoas com deficiência. O senador preside



J. FREITAS

Flavio Novaes, Roberta Costa, Augusto Botelho, Ana Silva e José Adorno, cirurgião plástico especializado em queimados

a Subcomissão Permanente de Assuntos Sociais das Pessoas com Deficiência, subordinada à CAS.

O Decreto 3.298/99 estabelece a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que compreende o conjunto de orientações normativas para assegurar o pleno exercício dos di-

reitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Entre os problemas enfrentados por pessoas com queimaduras graves, Ana Aparecida listou a dificuldade de acesso aos centros de referência; os custos do transporte e da permanência do paciente e dos familiares nos locais de

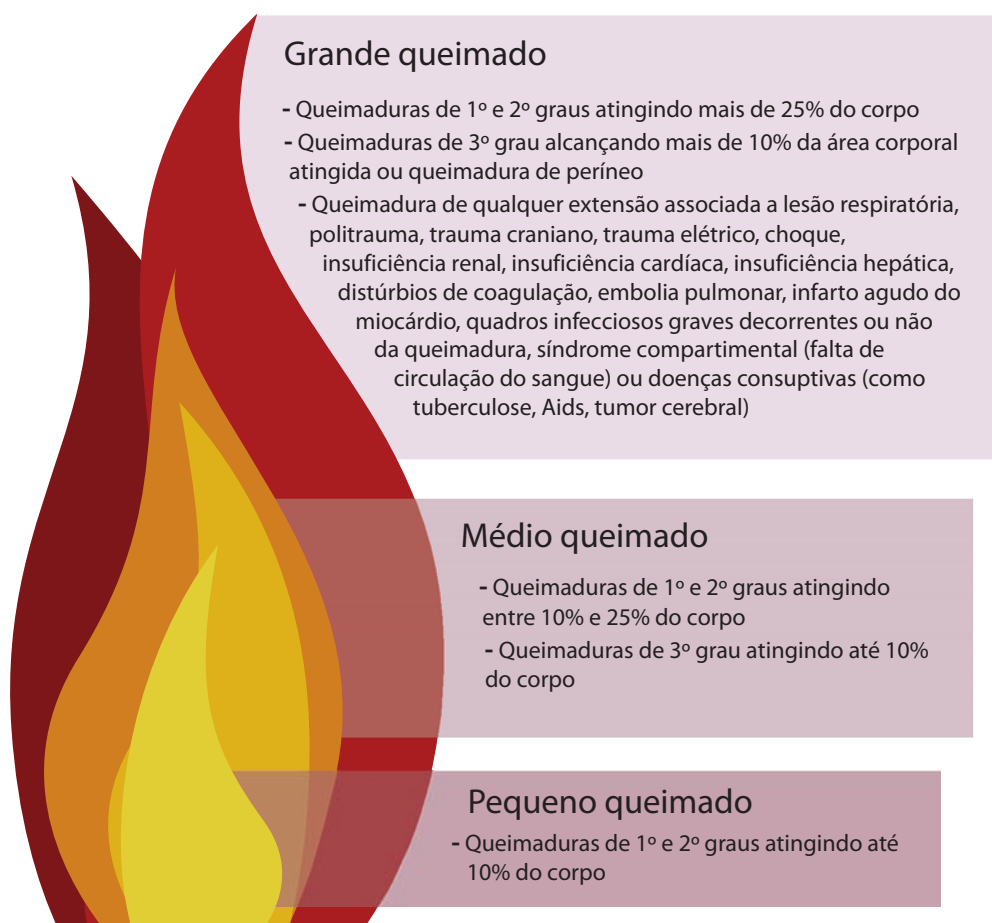
tratamento; o preconceito social que o queimado sofre na escola, no mercado de trabalho e no convívio social; a dificuldade para aquisição de medicamentos e equipamentos; e a falta de profissionais qualificados para atendimento aos pacientes.

A presidente da Aposeq defendeu a necessidade de

Registros de queimaduras em 2008

Tipo de atendimento	Nº de registros	Custo para o SUS (R\$)
Grandes queimados	5.694	24.811.869,62
Médios queimados	7.592	7.986.301,03
Sequelas	3.727	2.896.491,17
Enxertos	2.729	2.223.479,77
Pequenos queimados	2.565	747.524,67
Atendimentos de urgência em médios e grandes queimados	1.910	666.014,49
Diagnósticos	288	17.784,83
Total Geral	24.505	39.349.465,58

Escala de gravidade das lesões



ampliação da capacidade do SUS de realizar cirurgias reparadoras, promover assistência social, fornecer medicamentos e dar apoio psicoterapêutico e psicológico aos pacientes.

Segundo ela, a sociedade não está preparada para receber e dar assistência adequada à criança queimada em idade escolar e para auxiliar a reinserção do queimado no mercado de trabalho.

Roberta Maria Leite Costa, coordenadora de Queimados do Ministério da Saúde, explicou que os centros de referência deverão passar a capacitar profissionais de saúde no atendimento a queimados. Segundo a coordenadora, as universidades atuam em parceria com os centros de referência, formando multiplicadores responsáveis

por disseminar conhecimentos junto a profissionais que atuam nos hospitais gerais.

Outra possibilidade em análise, disse a representante do Ministério da Saúde, é a utilização de recursos do Fundo Nacional da Saúde para estruturar unidades de queimados em hospitais gerais.

Álcool líquido

O senador Papaléo Paes (PSDB-AP), vice-presidente da Subcomissão Permanente de Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde, subordinada à Comissão de Assuntos Sociais, recomendou a edição de uma medida provisória pela Presidência da República proibindo a comercialização de álcool líquido, dada a urgência da questão, tendo em vista ser esse

o meio mais frequente de ocorrência de queimaduras no ambiente doméstico.

– É uma questão grave de saúde pública e a Presidência da República pode extinguir essa venda, dando prazo para que a indústria se adapte às novas exigências – sugeriu.

O senador Augusto Botelho (PT-RR), presidente da subcomissão, alertou para a necessidade de conscientizar a população para a necessidade de o queimado utilizar a malha de compressão, procedimento recebido com preconceito por muitos pacientes.

Botelho apontou ainda o perigo representado no interior de seu estado pelo uso de lamparinas improvisadas com latas de leite em pó, que seriam responsáveis por muitos acidentes com queimaduras.

As cicatrizes de quem não tem oportunidade

O drama do cearense Edvaldo Silva, de 46 anos, ilustra bem a falta de políticas para reinserção social dos atingidos por queimaduras. Há quase seis anos, o pedreiro de profissão estava dormindo na serraria de amigos, nos arredores de Brasília, quando foi surpreendido por três assaltantes. Para escapar, resolveu não reagir e fingiu que estava morto. Os bandidos borrifaram seu corpo com solvente e atearam fogo. Edvaldo ficou quase um mês internado e hoje se arrepende da decisão. "Se eu soubesse no que ia dar, teria reagido", diz.

Apesar de não conseguir trabalhar como pedreiro, por não aguentar mais a exposição ao sol e à poeira, Edvaldo acha que teria condições de ser aproveitado em outro tipo de trabalho. Só que até agora não conseguiu nada. Faz alguns bicos em casas de conhecidos e sobrevive graças à ajuda da companheira. "Eu sinto a discriminação.



ANA VOLPE/JS

Luciana de Souza tentou trabalhar como cozinheira, mas perdeu a força nas mãos e vive hoje do Bolsa Família

É o que mais me dói", confidencia. Ele não consegue se aposentar e gostaria de ter acesso ao passe livre para se deslocar até a cidade goiana de Anápolis, onde há junta médica para os exames periciais.

A história de Luciana de Souza, de 34 anos, também mostra as dificuldades enfrentadas pelos queimados. Ela acidentou-

se com um vidro de álcool perto do fogão quando tinha 16 anos. Hoje tem três filhos de pai já falecido e cuida da mãe, com problemas mentais. Tentou em vão trabalhar como cozinheira e agora sobrevive do Bolsa Família e do benefício assistencial da mãe. "Perdi a força nas mãos e não suportar temperaturas mais elevadas", relata.

Acidentes crescem com a venda de álcool no varejo

Embora tenha vigorado por pouco tempo, a Resolução 46/02 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que proibia a venda de álcool líquido para uso doméstico, ajudou a reduzir em cerca de 60% o número de acidentes, apenas nos seis meses iniciais de sua vigência, segundo levantamento da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ).

A medida foi suspensa em agosto daquele ano por meio de liminar da Justiça Federal pedida pela Associação Brasileira

de Produtores e Envasadores de Álcool. O álcool líquido retornou às prateleiras dos supermercados e o número de acidentes voltou a subir, atingindo, segundo a SBQ, 150 mil acidentes anuais, cerca de 30% com crianças.

Em 2003, a Anvisa realizou seminário para discutir o assunto e concluiu que a proibição deveria ser mantida.

"O produto é plenamente dispensável na sua forma líquida. O álcool em gel é

mais seguro e pode ser usado

como desinfetante", afirma

Cláudio Maierovitch, ex-presidente da Anvisa.

A agência ainda tenta derrubar a liminar.

A situação brasileira mostra-se ainda mais grave quando comparada à de outros países. O Brasil é o único que comercializa álcool líquido no varejo como saneante doméstico. Em outros países a venda do produto é restrita e para uso hospitalar.

Além da disputa judicial, um projeto do senador Antônio Carlos Valadares (PSB-SE) tenta desde 2006 deixar claro que a Anvisa tem competência para regular a matéria e restringir a comercialização de álcool líquido de uso doméstico, já que isso foi questionado na Justiça.

O projeto (PL 692/07) permanece aguardando designação de relator na Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio da Câmara dos Deputados.



Estripulias viram tragédias e marcam para sempre

Tinha tudo para ser uma aventura divertida. Os quatro meninos em férias resolveram acampar na fazenda da avó, na Chapada dos Veadeiros, região próxima a Brasília. Iam passar a noite sozinhos, perto da sede da propriedade.

Kleiton da Silva, então com 10 anos, teve a ideia de iluminar a barraca com auxílio de uma vela. O primo Walisson Souza, de 9 anos, adormeceu primeiro, ouvindo as conversas dos outros meninos. Nenhum deles prestou atenção na vela acesa e a barraca acabou por pegar fogo.

O acidente em julho de 2008 marcou a vida dos dois primos para sempre. Walisson sofreu queimaduras profundas em 75% do seu corpo. Quase morreu. Já fez cinco procedimentos de enxertos e seis remoções de pele queimada.

Durante dois dias na semana, tanto ele quanto o primo, e suas mães, saem de Alto Paraíso (GO) por volta das 4h da manhã para serem atendidos em Brasília, no Hospital Regional da Asa Norte, onde os meninos passam por sessões de fisioterapia.

Eles conseguiram a doação de malhas compressoras para melhorar as sequelas. E lutam agora para retomar a rotina diária.

Ivone da Silva, a mãe de Walisson, foi obrigada a parar de trabalhar para cuidar do filho. De volta à escola, Walisson conta que sua professora explicou o seu caso aos

colegas. Mas dá mostras que ficou um menino mais retraído.

O primo Kleiton queixa-se de que os colegas ignoraram a explicação da professora. "Eles me xingam e me deram o apelido de Queimadinho. Falei para eles que isso não é doença. É um acidente que pode acontecer com todo mundo", diz Kleiton, cujo maior desejo é melhorar e "ficar sem defeito".



Kleiton e Walisson, depois do descuido que quase os matou: luta para ficar "sem defeito"

Mortes relacionadas a queimaduras

Com uma taxa de mortalidade inferior a 10% para os maiores de 60 anos vitimados por queimaduras, o Brasil tem índice similar ao de país desenvolvido

Fonte: Sociedade Brasileira de Queimaduras

8,09%

3,66%

1,55%

0,95%

0,63%

0-4 anos

5-12 anos

13-18 anos

19-59 anos

mais de 60 anos

ANA VOLPE/S

Mercado de próteses precisa de padronização e fiscalização

Solange Beatriz Palheiro Mendes, diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fena-saúde), defendeu a padronização da nomenclatura dos equipamentos ortopédicos (órteses) e das próteses, para que se possa regulamentar sua comercialização e facilitar a criação de uma política de preços e de redução das distorções do mercado.

A declaração foi feita em audiência pública, na Subcomissão de Promoção, Acompanhamento e Defesa da Saúde, que tratou do fornecimento de órteses e próteses pelos serviços de saúde do país.

A grande diversidade de nomes para produtos similares, disse ela, leva a dificuldades de comparação de preços. Solange explicou que 21% dos brasileiros – cerca de 43 milhões de pessoas – são atendidos por planos privados de saúde, dos quais uma parcela sig-

nificativa é representada por pessoas idosas.

Segundo ela, o desafio é compatibilizar o aumento da demanda por equipamentos ortopédicos com a elevação dos custos dos materiais, além das dificuldades dos serviços médico-hospitalares de acompanhar a evolução tecnológica nessa área.

Solange Mendes defendeu que sejam realizados “estudos e avaliações econômicas consistentes” sobre órteses e próteses, e determinada a obrigatoriedade de especificação, pelo fabricante, sobre reutilização de equipamentos.

Érika Pisaneschi, coordenadora da área técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, esclareceu que a escolha de equipamen-

to adequado que garanta melhor qualidade de vida depende da avaliação de equipe multidisciplinar.

Ela ressaltou que, em 2008, o Sistema Único de Saúde realizou 3 milhões de atendimentos em órteses, próteses e medicamentos especiais e 500 milhões de consultas. Explicou que as ações são descentralizadas e de responsabilidade de estados e municípios, com recursos repassados pelo ministério.

Entre as ações do programa Mais Saúde a serem desenvolvidas até 2011 e que envolvem diversos ministérios, entidades beneficentes e a Rede Sarah de Hospitais, Pisaneschi mencionou a implantação de oficinas ortopédicas. A iniciativa visa à confecção de equipamentos adequados

Ministério da Saúde atribui à equipe médica a escolha do equipamento adequado ao paciente



JOSÉ CRUZ

Senadores da CAS e especialistas discutem o atendimento às pessoas que necessitam de órteses e próteses

às diversas necessidades de reabilitação.

No mesmo sentido, informou, o ministério tem dado prioridade à formação de ortesistas e protesistas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, e à compra de equipamento para saúde visual e auditiva.

Joselito Pedrosa, gerente-geral de Tecnologia de Produtos da Agência Na-

cional de Vigilância Sanitária (Anvisa), alertou para o fato de que a incorporação de tecnologias, nos equipamentos ortopédicos, é “muito mais célere” que a capacidade das instituições públicas e privadas de saúde de acompanhá-las. Ele ressaltou ainda que a “lógica” de mercado costuma ser colocada à frente da necessidade da população.

Outra medida da Anvisa para evitar distorções na oferta de órteses e próteses, destacada por Pedrosa, é o chamado acompanhamento pós-mercado, feito dois a três anos depois do registro do produto na agência. Pedrosa relatou que é comum o médico fazer o comunicado eletrônico à Anvisa sobre a ocorrência de falhas em implantes de



SAULO CRUZ/CD

Camille Cruz,
nadadora
paraolímpica, usa
o equipamento para
suas atividades

equipamentos ortopédicos, por temer que possa ser penalizado de alguma forma.

O senador Flávio Arns (PSDB-PR), autor do requerimento para realização da audiência pública, considera que a comissão poderia propor uma legislação que penalizasse o fornecedor de próteses ou órteses que causem prejuízo à saúde do paciente.

O senador observou que um texto de consenso poderá, inclusive, subsidiar o Supremo Tribunal Federal (STF), que tem recebido inúmeras ações de pessoas que estão nas filas do SUS à espera de vaga para cirurgias de implantação de órteses e próteses ou que questionam a qualidade dos materiais.

Já o senador Papaléo Paes (PSDB-AP) manifestou preocupação com o fato de alguns cirurgiões receberem representantes que advogam pela implantação de determinados tipos de órteses e próteses.

O senador se disse preocupado com a diferença de preço dos equipamentos fornecidos pelo SUS e pelos planos privados. Ele sugeriu que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Associação Médica Brasileira (AMB) definam diretrizes para a indicação de equipamentos, de acordo com evidências de aprovação pela literatura científica.

Prótese mais cara

Valdmário Rodrigues Júnior, diretor de Integração Cooperativista da Unimed do Brasil, afirmou que sistemas privados de saúde pagam até quatro vezes mais por um produto ortopédico, em compara-

ção com o preço pago pelo Sistema Único de Saúde.

– Deveria haver um controle rigoroso do mercado, que é leonino. Isso acaba piorando as condições do SUS, que não dá conta de atender seus clientes e mais os que migram da saúde suplementar – avaliou.

O representante da Unimed ressaltou a importância de a Anvisa e a ANS adotarem “estratégia rápida” para coibir abusos no início da cadeia produtiva, com um acompanhamento de preços, antes de o produto ser oferecido ao médico e ao paciente.

Jorge Luiz da Cunha Carvalho, representante da ANS, denunciou a existência de prática contrária ao código de ética médica, na indicação do equipamento a ser utilizado pelo paciente, situação que está sendo discutida pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

– O médico vai fazer uma cirurgia de coluna, pela qual recebe de R\$ 300 a R\$ 400, e a prótese custa R\$ 40 mil, R\$ 50 mil. Isso leva à procura de vantagens na colocação de material A ou B – denunciou.

A AMB e o CFM querem que a responsabilidade do médico esteja restrita à indicação do tipo de material e das características da prótese ou órtese, devendo a marca e a procedência serem definidas pela operadora de saúde.

Conforme explicou Jorge Carvalho, o tema

é complexo, pois envolve risco de dano ao paciente em casos de uso de equipamento inadequado, como também de complicações no procedimento cirúrgico, quando o médico não estiver familiarizado com o equipamento fornecido.

Ele sugeriu que seja implantado sistema semelhante ao da Suécia, onde existe a notificação de falhas em implantes. Também alertou para problemas de introdução, no mercado, de equipamento importado de alto custo, mas com alto índice de complicações pós-cirúrgicas, situação alimentada pela crença equivocada de que “o mais caro é o melhor”.

O representante da ANS anunciou que, em outubro deste ano, a agência fará consulta pública para atualização da lista de equipamentos com cobertura pelos planos de saúde.

Com isso, será possível a inclusão de material fabricado no exterior, mas que possua registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e a exclusão daqueles que não estejam

devidamente registrados na instituição.

Jorge Carvalho ressaltou ainda que os planos de saúde têm cobertura obrigatória de órteses e próteses.

Já os contratos anteriores a janeiro de 1999, correspondentes a 30% do total, podem tanto prever a cobertura total de gastos com próteses como apenas daquelas que exigem ato cirúrgico.

– Os óculos são uma órtese não ligada a ato cirúrgico, mas uma lente intraocular está ligada a cirurgia – exemplificou.

Papaléo Paes: representantes da indústria advogam seus produtos junto aos médicos

Para ANS, médico viola a ética se ignora o melhor para o paciente ao indicar equipamento

Câncer é a doença que mata mais crianças e adolescentes

O médico e presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Sobope), Renato Melaragno, informou que o câncer infantojuvenil é a doença responsável pelo maior número de mortes de crianças acima de 4 anos no Brasil.

Quando se incluem outras causas de mortes, que não apenas doenças, o câncer perde apenas para a violência urbana e os acidentes. Durante o debate sobre o tema na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), ele também chamou a atenção

para a falta de assistência às crianças e adolescentes doentes de câncer.

– No Brasil, não atingimos a sobrevida que já existe em outras partes do mundo, que é de 75% a 80% dos pacientes. Estamos na faixa de 50% a 60% de cura, o que é baixo – analisou o expositor, apontando como principal problema a falta de recursos públicos para os tratamentos.

Segundo Melaragno, a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), com valores muito baixos de pagamento aos profissionais e às clínicas, acaba gerando ônus

para as famílias e instituições privadas que cuidam dos doentes.

Dez mil crianças e adolescentes acima de quatro anos morrem de câncer anualmente no Brasil, número que poderia ser bem menor se o governo ampliasse os recursos destinados à compra de medicamentos e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberasse o uso de novas drogas

O presidente da Sobope contou que cada criança em tratamento pode custar de R\$ 3 mil até R\$ 12 mil por mês, mas o SUS paga no máximo R\$ 1,2 mil. Melaragno garantiu que não existe falta de competência ou atualização dos

Em número de mortes, doença perde apenas para a violência urbana e os acidentes, afirma especialista

MÁRCIA KALUWE



Rosalba Ciarlini, Renato Melaragno e Rilder Campos, na audiência sobre câncer infantil: 10 mil mortes por ano

médicos brasileiros especializados em oncologia.

O especialista citou ainda dificuldades que crianças carentes ou mesmo da classe média têm em obter medicamentos de ponta e que já são utilizados no restante do mundo para o tratamento do câncer. Para o médico, o acesso aos remédios mais eficazes deve ser democratizado, por intermédio do Poder Público.

– Precisamos saber se não há dinheiro ou se não há prioridade – observou, acusando o governo de "jogar a responsabilidade" para casas de apoio e instituições não governamentais que atuam no setor.

O presidente da Sobope relatou encontro recente com o ministro da Saúde, no qual José Gomes Temporão teria afirmado que as dificuldades de financiar medicamentos para tratar pessoas com câncer permanecerão até que seja regulamentada a Emenda 29, que destina mais recursos à saúde.

Melaragno fez referência ao medicamento usado pela ex-ministra-chefe da Casa Civil Dilma Rousseff, que passou por tratamento contra um linfoma.

– Por acaso a ministra pertence a uma casta superior? – questionou ele, afirmando que o medicamento recebido pela ministra custa R\$ 5 mil, não sendo, portanto, fornecido pelo SUS. Ele também criticou a Anvisa por não liberar remédios e exames já aprovados no exterior.

Índice de cura é baixo

A presidente da CAS, senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN), lembrou que, na Europa e nos Estados Unidos, o índice de cura do câncer em crianças é de 77%, contra 50% a 60% no Brasil. Ela chamou a

atenção dos presentes para a informação de Renato Melaragno, de que o câncer infantojuvenil está em terceiro lugar entre as maiores causas de morte de crianças acima de 4 anos no Brasi, atrás apenas da violência urbana e dos acidentes.

Ainda sobre o relato de Melaragno a respeito da falta de medicamentos adequados no sistema público de saúde, o senador Flávio Arns (PSDB-PR) considerou a denúncia grave e solicitou maior detalhamento das informações, para que a comissão possa adotar

uma posição e, se necessário, recorrer ao Ministério Público Federal.

O superintendente do Instituto Ronald McDonald, Francisco Neves, elogiou o trabalho que vem sendo feito pelas casas de apoio, em parceria com a Sobope, o Instituto Nacional de Câncer (Inca), a Confederação Nacional de Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer (Coniacc) e outras instituições que atuam na área. Ele destacou ainda ações de diagnóstico precoce do câncer infantil, realiza-



das por meio do programa Saúde da Família. As ações, frisou Neves, foram iniciadas em 2008 em São Paulo, a partir de 18 projetos-piloto.

Francisco Neves destacou ainda o trabalho de assistência psicossocial integrado à pediatria oncológica, realizado pelas casas de apoio por meio de trabalho voluntário. As casas de apoio, disse, oferecem aconchego, hospedagem, alimentação e transporte gratuito às famílias oriundas de outras regiões que se deslocam ao Sudeste para tratamento das crianças.

Ele informou que o instituto destina às instituições que atendem crianças com câncer os cerca de R\$ 12 milhões arrecadados no McDia Feliz – evento realizado anualmente pelas lanchonetes McDonald's, com o propósito de arrecadar recursos para apoiar ações de combate ao câncer infantojuvenil.

Os participantes da audiência ressaltaram a importância do diagnóstico precoce para que a cura aconteça sem sequelas. No entanto, observaram que nem todos os brasileiros têm acesso aos exames e

tratamento na fase inicial da doença.

“Câncer é democrático”

O representante da Confederação Nacional de Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer (Coniacc), Rilder Flávio de Paiva Campos, enfatizou que a doença atinge todas as classes sociais e faixas etárias.

Ele observou que a sociedade desempenha importante papel, em complemento às atividades do Estado, quanto ao diagnóstico e tratamento das



CLÁUDIO REIS/SECRETARIA DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL

Crianças com câncer e doenças hematológicas congênitas são assistidas pelo Hospital de Apoio de Brasília

crianças e adolescentes, ajudando ainda no apoio às famílias. Em sua avaliação, a contribuição do Legislativo é fundamental para que a criança, especialmente a carente, possa se tratar e, simultaneamente, participar de outros processos da vida cotidiana.

— Precisamos dividir essa responsabilidade. A sociedade civil, ao longo dos anos, tem conduzido esse processo da criança carente com câncer e vem fazendo a diferença. Esse fardo é pesado, é pesado pela dor e pelo dia a dia que é difícil — disse Rilder Campos, ao ressaltar que,

em muitas situações, as instituições atuam de forma a evitar que a criança morra de fome antes de começar o tratamento.

Já a médica pediatra e sanitarista Maria Tereza Fonseca da Costa, representante do Instituto Nacional de Câncer (Inca), defendeu a organização de uma rede de oncologia para enfrentar novos desafios. Ela destacou que o governo

tem implementado políticas contra o câncer infantojuvenil, mesmo sendo pequeno o percentual de crianças afetadas pela doença em relação à incidên-

cia de câncer em outras faixas etárias. A médica afirmou que, apesar das críticas, o SUS é o maior financiador do tratamento das crianças com câncer.

Embora não haja informação precisa sobre os índices de cura em cada região do país, observou Maria Tereza da Costa, as regiões Sudeste e Sul devem apresentar melhores resultados porque essas regiões concentram os recursos destinados ao cuidado dos doentes.

— Ainda há uma oferta desigual de acesso a tratamento em determinados locais do país, o que representa desigualdades de sobrevivência. Da qualidade do diagnóstico depende o sucesso do tratamento — ressaltou.

"Precisamos dividir a responsabilidade", alerta Rilder Campos sobre ações isoladas das ONGs

MÁRCIA KALUME



Comissão de Assuntos Sociais ouviu médicos e especialistas em câncer infantil