

Jornal da RedeSaúde

Nº. 20, maio de 2000

O tema da mortalidade materna é o destaque desta edição do Jornal da Rede, que traz um artigo de Maria José de Oliveira Araújo, Secretária Executiva da RedeSaúde, com um balanço sobre os 13 anos da campanha internacional contra a morte materna, suas principais conquistas e obstáculos.

Esta edição apresenta também uma entrevista com a professora, pesquisadora e especialista em morte materna, Ana Cristina Tanaka, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O Jornal destaca também a aprovação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna, que vai investigar o problema da morte materna no Brasil.

A mortalidade materna é um dos temas discutidos pela coordenadora do programa de saúde da mulher do Ministério da Saúde, Tânia Lago, em entrevista ao Jornal da Rede. Nessa conversa a coordenadora fala sobre as iniciativas que já foram ou estão sendo implementadas pelo Ministério, com destaque para a busca da melhoria da qualidade da assistência ao parto e para o “pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal”.

Defendendo a necessidade da humanização do parto, ou sua despatologização, em seu artigo a médica Lívia Carneiro escreve sobre a proposta da casa de parto.

A pedido da RedeSaúde, a pesquisadora Cristina Tanaka coordenou a elaboração do Dossiê Mortalidade Materna, que contém diversas informações e dados atualizados e está sendo distribuído às organizações integrantes da Rede para subsidiar suas atividades junto à imprensa e parlamentares de todo o país em torno do 28 de Maio, Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher.

Ainda no âmbito do 28 de Maio, em destaque a Campanha pelo Exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos dos/as Adolescentes.

Esta edição traz também um encarte sobre o Seminário “Implantes, DIU, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos”, realizado em Atibaia, São Paulo, em dezembro de 1999. O encarte contém a íntegra do Relatório Final sobre o Seminário, com as principais discussões e as recomendações dos/as participantes. Antecedendo o Relatório, um artigo de Maria Betânia Ávila, do SOS Corpo, atualizando o debate sobre contracepção no âmbito dos direitos reprodutivos.

Expediente:

Conselho Editorial: Alejandra Ana Rotania/RJ, Dayse Reis/PE, Enid Backes/RS, Fátima Oliveira/MG, Guacira Cesar de Oliveira/DF, Jacira Melo/SP, M. Liège Santos Rocha/SP, Maria José de Oliveira Araújo/SP.

Secretária Executiva: Maria José de Oliveira Araújo

Coordenação Editorial: Jacira Melo

Editora: Marisa Sanematsu

Secretaria: Eugenia Lisboa Homem

Projeto Gráfico e Arte: Paulo Batista

Fotolito: Input

Impressão: Hamburg Donnelley Gráfica e Editora

Apoio: Fundação Ford e FNUAP

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Sumário

Campanha Internacional Contra a Morte Materna Completa 13 Anos <i>Maria José de Oliveira Araújo</i>	04
Mortalidade Materna: Reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde <i>Entrevista com Ana Cristina d'Andretta Tanaka</i>	08
Aprovada CPI da Mortalidade Materna	16
Dossiê 28 de Maio: Mortalidade Materna	18
Saúde da Mulher é Prioridade no Ministério <i>Entrevista com Tânia Lago</i>	20
Humanizar É Preciso <i>Livia Martins Carneiro</i>	28
Em Pauta Publicações	31
28 de Maio de 2000: Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher	37
ENCARTE: A Contracepção em Debate	38
Velhos conflitos, novas perspectivas. <i>Maria Betânia Ávila</i>	38
Implantes, DIU, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos	42

Campanha Internacional Contra a Morte Materna Completa 13 Anos

*Maria José de Oliveira Araújo**

Em 1987, na Costa Rica, realizou-se o V Encontro Internacional Mulher e Saúde, ocasião em que as participantes aprofundaram questões relacionadas à morte das mulheres durante a gravidez, o parto, o pós-parto e decorrente de abortos malfeitos. Como estratégia de combate a essas mortes, com 98% de causas evitáveis, as mulheres decidiram por um conjunto de ações capazes de visibilizar a morte materna em todo o mundo.

Logo depois do V Encontro, em uma reunião realizada no dia 28 de maio, oitenta mulheres de várias nacionalidades instituíram o 28 de Maio como Dia de Ação pela Saúde da Mulher, tomando como subtema, naquele momento, a morte materna.

Ainda em 1987, no Quênia, uma conferência intitulada “Iniciativa à Maternidade Segura”, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), objetivou visibilizar as mortes maternas e reduzi-las em 50% até o ano 2000.

A Campanha iniciada pelas mulheres, em um efeito dominó, foi sendo assumida pelos governos de diversos países e por organizações internacionais, regionais e nacionais de saúde.

Na sua dinâmica, a Campanha muda de tema a cada dois anos, mas sempre tendo como foco os direitos das mulheres à saúde sexual e reprodutiva.

A morte materna é uma questão social

O âmago da Campanha Contra a Morte Materna está em mostrá-la em números, testemunhos, pesquisas e, não menos importante, em denunciá-la como um problema também social e não apenas técnico, uma vez que 98% das suas causas são evitáveis.

A morte materna, em todos os países, está ligada à pobreza econômica das mulheres, à sua falta de acesso a informações e à incúria ou ausência de serviços de saúde adequados. Como agravante ao quadro, há a subordinação da maioria das mulheres e seu baixo poder de negociação na família, na relação com seus parceiros e com os poderes públicos em geral.

Outro fator a ser considerado é o problema da multiparidade, da possibilidade de uma mulher gerar muitos filhos, que em si não é causa de morte materna; mas o é quando associada à pobreza e à falta

de acesso aos serviços de saúde. Outro problema ocorre quando as mulheres pobres têm acesso aos serviços e são, muitas vezes, tratadas como pessoas sem voz e sem identidade.

Por tudo isso, costumamos dizer que o coeficiente de morte materna é um indicador extremamente fiel para aferirmos a situação das mulheres em um dado momento, em um determinado país. Esse coeficiente é o retrato de como um governo trata sua população e qual a qualidade dos serviços de saúde no atendimento às mulheres.

Outra questão social relacionada à morte materna diz respeito à desestruturação familiar. Pesquisas comprovam que com a morte da mãe, via de regra, os filhos pequenos são distribuídos entre parentes. Portanto, as crianças vivenciam, além da morte da mãe, a separação dos irmãos e muitas vezes do próprio pai.

Balanco dos 13 anos de Campanha

De saída podemos afirmar que a Campanha Contra a Morte Materna vem cumprindo seus principais objetivos: visibilizar o flagelo e estimular a mobilização da sociedade em torno do tema. Outra vitória importante é que a morte materna deixou de ser tratada apenas por profissionais de saúde, tornando-se uma questão de direitos da mulher, portanto de exercício de cidadania. Exemplo significativo ocorreu na cidade de São Paulo, em 1989, durante a formação dos comitês municipais de morte materna. Até então, os médicos resistiam à presença de mulheres não médicas dentro dos comitês. E depois de muita luta das mulheres e da administração do Partido dos Trabalhadores foi elaborada e sancionada uma lei municipal garantindo a participação da sociedade civil nos comitês de morte materna.

A Campanha também conseguiu chegar nos rincões mais longínquos, mobilizar grupos de periferias, associações de bairro e tornar comum a noção de que, com políticas públicas de baixo custo e assistência de qualidade no pré-natal, parto e pós-parto, a morte materna é plenamente evitável.

No entanto, não podemos fazer um balanço sobre esses 13 anos de Campanha sem falar dos obstáculos. O primeiro deles, e mais abrangente, está na incompatibilidade entre a proposta de uma maternidade segura e um modelo político-econômico que tende a cortar direitos dos cidadãos e cidadãs. Sabemos de países, a Bolívia por exemplo, nos quais as mulheres já pagam pelos serviços públicos de saúde. Assim como é consabido que as mulheres de baixa renda seguem com acesso

restrito aos métodos de contracepção. Parece claro que cidadania das mulheres e feminização da pobreza não conjunam.

Outro grande impasse é a questão da criminalização do aborto. Na América Latina e no Caribe, o aborto comparece como uma das principais causas de morte materna, pois sendo proibido ele é praticado de forma insegura e dificilmente temos um acompanhamento pós-aborto. A situação fica mais dramática quando sabemos de casos de mulheres encarceradas por terem feito abortos, com penas pesadas, na Nicarágua, Chile e Colômbia.

O crescimento do HIV/AIDS entre as mulheres também é preocupante, se consideramos que muitas morrem em decorrência da AIDS durante e depois da gravidez.

Por último, há o problema da subnotificação de mortes maternas. Em um relatório do Banco Mundial são citadas mortes por malária de mulheres grávidas na região Norte do Brasil, e nós não temos esses dados notificados no sistema de informação do SUS (Sistema Único de Saúde). A mesma subnotificação é encontrada em relação às mortes maternas das mulheres do meio rural. Tampouco podemos trabalhar com dados diferenciados entre mulheres brancas, negras e indígenas, uma vez que o sistema de saúde não tem registro de raça/etnia.

A Campanha deve continuar

Os impasses e os obstáculos na luta contra a morte materna são por si só indicadores de que a Campanha deve continuar, e as mulheres em hipótese alguma podem se esquivar dessa tarefa. A Campanha criou parcerias interessantes com universidades, delegacias, hospitais públicos etc. Ou seja, ampliou o debate e a zona de intervenção.

Também merecem destaques as redes de saúde. A Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe teve um papel fundamental na coordenação e difusão da Campanha ao longo destes anos. Através das suas publicações, da realização de encontros e seminários e do apoio a grupos nacionais e internacionais, a RSMLAC vem contribuindo para tornar visíveis as ações realizadas na América Latina e Caribe e, ao mesmo tempo, oferecer um real diagnóstico da situação da morbi-mortalidade materna na região.

No Brasil, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos vem encampando desde sua criação, em 1991, todas as lutas pela saúde da mulher. E tem trabalhado como coordenadora da Campanha Contra a Morte Materna, tomando para si a tarefa de potencializar no país a articulação dos grupos na área da saúde da mulher.

Como conclusão, podemos dizer que, por um lado, temos o que comemorar nestes 13 anos de Campanha. Hoje a problemática da morte materna é considerada um grave problema de saúde e tem merecido atenção do Executivo, do Legislativo e da mídia. Por outro lado, é preciso seguir trabalhando para que a morte materna desapareça definitivamente da vida das mulheres.

** Maria José de Oliveira Araújo é médica, coordenadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo e Secretária Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.*

Mortalidade Materna: Reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde

Entrevista com Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Há mais de três décadas a questão da morte materna tem sido um dos principais temas de pesquisa e estudo de Ana Cristina d'Andretta Tanaka, professora livre-docente de um dos mais conceituados centros de pesquisa do país, o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E há vários anos a professora Cristina Tanaka vem denunciando que a magnitude do problema da morte materna no Brasil é, principalmente, um reflexo da qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes, chamadas por isso de “mortes evitáveis” pelos/as estudiosos/as do assunto.

Atualmente membro da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, vinculada ao Ministério da Saúde, Cristina Tanaka participou da elaboração do documento apresentado pela Organização Panamericana de Saúde na 23ª Conferência Sanitária Panamericana, em 1990, o qual propunha que todos os países das Américas assumissem o compromisso de reduzir a mortalidade materna em 50% até o final da década de 90. Trata-se de um documento histórico que inspirou muitas das discussões nas conferências do Cairo e Beijing.

Nesta entrevista ao Jornal da Rede, Cristina Tanaka comenta algumas das iniciativas que vêm sendo implementadas pelo governo brasileiro para atingir essa meta e qual seu impacto efetivo sobre os coeficientes de morte materna. Cristina também aponta a necessidade de uma mudança de enfoque sobre o problema, dando-se mais atenção às causas dessas mortes, cujas raízes estão não apenas na qualidade da assistência prestada, mas principalmente na desintegração dos serviços de atenção à saúde da gestante.

Maria José Araújo e Jacira Melo

JR – *A seu ver, quais são os principais obstáculos para que o problema da mortalidade materna receba a devida atenção política no Brasil?*

Cristina – *Penso que a questão da falta de percepção da gravidade da morte materna está relacionada principalmente a uma questão cultural, ao modo como a sociedade encara essa morte,*

como algo que pode acontecer e que, se acontece, foi porque Deus quis. Infelizmente, é pouco freqüente o entendimento de que essa morte é um problema de saúde pública que pode ser reduzido. Minha sensação é que a população em geral não tem consciência de que a morte materna pode e deve ser evitada. É como a morte de uma criança, que em geral é encarada como uma fatalidade, uma obra do destino.

JR – *Mas há vários anos a mortalidade infantil vem recebendo atenção de organismos internacionais e tem sido tema de campanhas mundiais com grande apelo na mídia. Por que não se consegue maior visibilidade para a magnitude do problema da morte materna?*

Cristina – A busca da redução da mortalidade infantil conta com uma política internacional consolidada, de apelos muito fortes. Ano após ano, são apresentadas imagens que mexem com a população. Até hoje fico tocada quando me lembro de uma criança de Biafra: um fotógrafo pede para a mãe erguê-la para ele tirar uma foto; a mãe a levanta e, quando a abaixa, a criança morre; não tem como não se sensibilizar. E aqui, vale perguntar: por que então o coeficiente de morte perinatal, de crianças recém-nascidas, não cai? Ninguém mostra um recém-nascido morrendo; essas imagens não são privilegiadas nas campanhas. A perinatal não tem suas taxas reduzidas, ao contrário, pelos dados de que dispomos ela está até aumentando. No caso da mortalidade materna, há uma cultura que aceita essa morte como se a mãe tivesse cumprido o seu papel, o de dar continuidade ao mundo. E, nessa perspectiva, ela teve até uma morte nobre, ao dar à luz... Existe morte mais digna do que essa? São questões de costume, de mentalidade, que precisam ser consideradas nas campanhas para redução da morte materna.

JR – *Pelos números disponíveis a percepção que se tem é que a alta incidência de morte materna acontece de norte a sul, de leste a oeste do país, que o problema da má assistência acontece nos diferentes estados e municípios.*

Cristina – Os coeficientes mais altos de morte materna estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Os dados disponíveis comprovam isso, um maior número de mortes proporcionalmente ao número de nascidos nessas regiões. Mas no Sul e no Sudeste a morte materna continua sendo um problema muito sério. No município de São Paulo, por exemplo, o coeficiente está em torno de 60 por 100 mil nascidos vivos, incluídas as subnotificações. Não tenho dúvida de que a morte materna é um problema das classes mais desassistidas; é um problema de acesso aos serviços, acesso a serviços

de qualidade. Não dá para continuar dizendo que o problema acontece porque a mulher não fez o pré-natal. Quando ela consegue fazer o pré-natal, a pergunta é: com que tipo de qualidade?

JR – *Você vem insistindo também que é preciso focar com maior ênfase as causas dessas mortes.*

Cristina – Como a morte materna é a morte mais subnotificada, quer dizer, para cada morte registrada há uma outra que não foi declarada como materna, o que se vê é que, enquanto o setor de saúde fica brigando para saber se o número certo é 80 ou 100, essa discussão também acaba escamoteando o grande problema que são as causas de morte, as causas que podem ser trabalhadas para evitar a morte materna. É evidente que é importante conhecer com precisão o coeficiente de morte materna. Mas esse não deve ser o único enfoque. A meu ver, o grande problema da morte materna está centrado na desintegração dos serviços.

JR – *Sua proposta então é que seja intensificado o debate sobre o pré-natal e a assistência ao parto considerando a grave desintegração dos serviços?*

Cristina – Veja, o pré-natal acontece como se ele tivesse um fim em si mesmo. Não é garantida uma retaguarda hospitalar para esse pré-natal. A situação é dramática, pois está sendo criada uma cultura de se dar alta no pré-natal. Assim, no período de maior risco – após a 33ª semana –, a mulher fica fora do serviço. Ela recebe alta e fica sem assistência. Em obstetrícia, a única alta aceitável é no término do puerpério. Essa história de alta no pré-natal, após a 33ª semana, é um absurdo, um tema que está merecendo um sério debate.

JR – *Já é possível avaliar o impacto da iniciativa do Ministério da Saúde de classificar o atendimento ao parto como urgência?*

Cristina – Para responder essa pergunta vamos entender o que acontece com a mulher que recebeu alta no pré-natal. Na hora do parto, isto é, no momento em que se considera que essa mulher está em franco trabalho de parto, ela recorre ao hospital. Então, na hora em que a central de vagas faz o encaminhamento, o ponto nevrálgico do trabalho de parto ficou fora da assistência. O que quero chamar atenção é sobre o fato de que, com esse sistema não integrado, a mulher está fora da assistência no período de maior risco, que é no final da gestação e durante o trabalho de parto.

JR – *Como os serviços, os prontos-socorros, estão interpretando o parto enquanto uma urgência? Dependendo dessa interpretação, a mulher poderá estar correndo sérios riscos.*

Cristina – O Ministério da Saúde tentou fazer uma coisa interessante, que era obrigar os serviços conveniados a atenderem o parto porque o Ministério considerava parto como urgência. Entretanto, em diversos serviços, houve uma interpretação errônea, isto é, se o parto é uma emergência, então só vamos receber no período expulsivo. Alguns serviços no interior, por exemplo, chegam ao absurdo de só internar a mulher se ela passou no pronto-socorro e lá disserem que é preciso internar porque ela está na iminência de dar à luz, com a cabeça do bebê aflorando, ou então com alguma patologia. A meu ver, o Ministério pensou corretamente ao enquadrar o parto como urgência, pois certamente pensou no parto como um todo, não como um momento. Entretanto, o setor de saúde espertamente decidiu, em lugar de gastar 24 horas com uma internação, só internar no período expulsivo e assim ter mais vagas. Essa distorção traz sérios riscos para a gestante.

JR – *Há toda uma polêmica sobre os centros de parto normal, as chamadas casas de parto. Qual é sua opinião sobre essa proposta?*

Cristina – Acredito que toda e qualquer coisa que melhore a assistência ao parto é válida, mas desde que se leve em consideração a estrutura do lugar e a tecnologia que esse lugar já tem. Essas propostas de desvincular totalmente uma assistência ao parto de uma assistência hospitalar – de uma retaguarda, de uma tecnologia – tendem a ter uma repercussão muito negativa, principalmente em lugares como São Paulo. Não sou contra a casa de parto, mas na minha concepção ela tem que estar vinculada a um hospital, porque se houver uma complicação vai ser preciso o apoio de um médico, de um especialista. Não se trata de ser contra partos realizados por enfermeiras muito bem treinadas, pessoas que sabem o que fazer. Mas elas têm que saber o seu limite e não ter medo de recorrer a um especialista. Por exemplo, em Itapeverica da Serra, São Paulo, estão fazendo um serviço muito bonito. Lá tem uma ala de parto normal que é “tocada” só por enfermeiras obstétricas. Mas elas estão dentro do hospital e, sempre que precisam, a obstetra está lá, o pediatra está lá, o anestesista está lá. Mas no meio rural ou no interior o contexto é outro. Por exemplo, há anos atrás fui a Palmas, no sul de Minas. Lá o centro de parto era a casa da parteira. O obstetra visitava a cidade duas vezes por semana. A parteira recebia as mulheres da área rural para terem seus bebês. Na casa havia vários quartos onde ela acomodava as mulheres em trabalho de parto. E eu vou dizer que não pode ter casa de parto? Nesse caso era uma boa solução. O que você não pode é transpor para um centro com alta

tecnologia uma experiência que é válida para uma região rural ou uma pequena cidade. A casa de parto em São Paulo vai causar impacto na mortalidade materna? Não vai. A casa realiza um ou dois partos por dia, no máximo. Não vai haver impacto nenhum. Temos 220 mil nascimentos por ano em São Paulo. Mesmo se a casa realizar um parto por dia, serão 360 ao ano. Pouquíssimo. Que impacto vai ter esse serviço, essa experiência, nos coeficientes de mortalidade materna? Nenhum. Não sou contra a casa de parto, mas sou contra simplificar demais a atenção. Obviamente, não sou favorável ao abuso na utilização de tecnologia. Mas não dispor de recursos tecnológicos consagrados numa situação de risco é negar acesso, e isso é muito complicado.

JR – *Atualmente, qual é a situação da cobertura do registro de morte materna considerando as diversas regiões do país?*

Cristina – Para cidades onde são realizadas as investigações de morte materna há números mais próximos da realidade. Estou me referindo aos comitês de prevenção de morte materna. O estado do Paraná é um exemplo típico, mas já existem vários outros estados em que são feitas investigações, como Ceará, Bahia, Pernambuco e Cuiabá. O que se mediu há anos atrás, no início da década de 80, é que cerca de 10% dos enterros de adultos ocorriam sem a declaração de óbito. Entendo que o sub-registro da morte materna é relativo. Na pesquisa que realizamos recentemente, encontramos 6% de sub-registros, isto é, não se chegou nem aos 10% nos quinze municípios pesquisados. O que ocorre é não se ter o registro da morte como sendo uma morte materna. Isso vai variar de região para região, mas não há grandes diferenças. Há lugares, como por exemplo grandes capitais no Norte ou até no Nordeste do país, onde para cada morte materna há duas ou três mortes não declaradas. Mas, no país como um todo, não deve estar muito acima de dois. Quer dizer, para cada morte declarada existe uma morte a uma morte e meia que não é declarada.

JR – *Segundo os dados disponíveis, 80% dos partos no país acontecem em hospitais. Como explicar então que o parto continua ocorrendo em um ambiente inseguro e com baixa qualidade de assistência?*

Cristina – A meu ver, temos aqui dois problemas. O primeiro é a condição em que essa mulher chega, porque nem sempre o hospital tem responsabilidade e às vezes ele é incapaz de atender a mulher. O hospital teria condições se a mulher tivesse chegado em um momento mais oportuno. Aqui, volto a chamar a atenção sobre a desintegração dos serviços, a desassistência a que essa mulher é

submetida no período final da gestação e durante o trabalho de parto. Essa situação dramática faz com que, muitas vezes, a mulher chegue ao hospital já com complicações graves. É preciso que fique bem claro: a responsabilidade não é da mulher, em nenhum momento a culpa é da mulher. O problema está no sistema de serviço que não está integrado. Um segundo problema está relacionado à qualidade da assistência. Alguns estudos já mostraram que as instituições são direta ou indiretamente responsáveis por boa parte desses óbitos maternos: só recebem as gestantes no período expulsivo, não supervisionam de forma adequada o pós-parto imediato e, muitas vezes, não têm banco de sangue nem convênio eficiente com um hemocentro. Da análise dos óbitos pode-se apreender que eles estão ligados à instituição e à qualidade das equipes de assistência médica e de enfermagem.

JR – *Em janeiro o Ministério da Saúde divulgou um relatório informando que houve um crescimento na média de exames pré-natais. É possível prever qual será o impacto desse aumento sobre os coeficientes de morte materna?*

Cristina – No ano passado o Ministério da Saúde elaborou e implantou cinco ou seis medidas que, espero eu, tenham um impacto positivo na redução da mortalidade materna. Entretanto, a visualização do impacto dessas medidas não acontece no curto prazo. Infelizmente, sempre trabalhamos sobre o passado. O Ministério acabou de fechar os dados de 97 e este ano vai fechar os de 98. O que estou querendo ressaltar é que o impacto dessas ações de governo só será visualizado em 2002. Contudo, não tenho dúvida de que esse aumento de cobertura dado pelo PAB (Piso de Assistência Básica), os pagamentos para a enfermeira e obstetrícia, os pagamentos de anestesia no parto, a fixação de um teto para cesárea, todo esse conjunto de medidas vai repercutir positivamente.

Mas é preciso ressaltar que o aumento de consultas isoladas, sem a necessária integração entre o serviço de pré-natal e o serviço de atenção ao parto, não traz os resultados esperados, pois o aumento da cobertura não garante o que é mais importante, que é a retaguarda hospitalar. Aumenta-se a quantidade de pré-natais, mas e a qualidade? O que acontece com a mulher no final do pré-natal, o que acontece se houver uma complicação? Isso não se garante. Se não for feito o que já vem sendo preconizado há muito – e que o próprio Ministério preconizou, quando idealizou seu primeiro programa materno-infantil –, que é a integração dos serviços, não vai haver redução da mortalidade materna. A gravidez não é um momento isolado; ela possui três etapas que devem ser vistas como um todo.

Enquanto o serviço de saúde não adotar essa ação coletiva de integralização de todo o processo gravídico, não teremos uma redução significativa na mortalidade materna.

JR – *E a questão da formação médica, dos problemas de imperícia, dos erros que causam mortes evitáveis?*

Cristina – Um aspecto importante para a redução da morte materna no país está vinculado à necessidade urgente de as escolas médicas e de enfermagem reverem seus conteúdos de obstetrícia. Os aspectos mais simples da obstetrícia estão deixando de ser diagnosticados. Alguns procedimentos que sempre foram feitos hoje não são mais realizados – por desconhecimento ou por estarem apoiados na tecnologia. Procedimentos básicos da obstetrícia não estão sendo ensinados. Então, o ensino da obstetrícia tem que ser revisto. Hoje alguns obstetras não sabem ver, não sabem o que é posição fetal, não sabem onde está o dorso, se não tiver o ultrassom ele não sabe. O profissional sabe tudo sobre tomografia, ressonância magnética, mas o bê-á-bá da obstetrícia ele não sabe. A obstetrícia não necessita de grandes aparatos tecnológicos. Na obstetrícia, é possível resolver de 70% a 80% dos casos com atendimento clínico. Obviamente, se houver apoio das tecnologias, ótimo, mas não se pode resumir a isso.

JR – *No ano passado, em seu artigo na edição especial do Jornal da Rede (maio/99) sobre morte materna, você afirmou que a mortalidade materna é um indicador de desigualdade, da falta de acesso a cuidados adequados de saúde. Na sua avaliação, o Brasil está caminhando para cumprir os acordos assumidos internacionalmente e enfrentar esse problema tão grave?*

Cristina – Penso que a atual equipe de saúde da mulher do Ministério da Saúde tem realizado grandes esforços, mas isso não significa que iremos atingir as metas recomendadas nos acordos internacionais. Não vamos se não houver melhora na questão da acessibilidade e na questão institucional, de qualidade médica, de qualidade de assistência, e o sistema governamental não tem conseguido mudar o sistema de atenção. Não vamos porque o enfoque ainda está centrado na culpa da mulher, da sociedade, na pobreza. O enfoque de qualquer iniciativa de redução da morte materna deve estar centrado nas causas, na qualidade da assistência e na acessibilidade.

Aprovada CPI da Mortalidade Materna

O plenário da Câmara Federal aprovou em março o requerimento da deputada Fátima Pelaes (PSDB-AP) para a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito com o propósito de investigar a alta incidência da mortalidade materna no país.

Nas últimas décadas, grupos feministas e especialistas vêm denunciando as mortes de mulheres por complicações na gravidez, parto e puerpério. Essas mortes representam um desperdício de vidas, pois trata-se de mulheres saudáveis que morrem de causas que são evitáveis em 90% dos casos. A alta incidência de mortalidade materna reflete, entre outros fatores, a má qualidade da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto.

Apresentado, em 1996, o requerimento da deputada apontava que o Brasil estava entre os cinco países latino-americanos com os maiores coeficientes de morte materna. Números mais recentes mostram que esse quadro praticamente não apresentou mudanças nos últimos anos.

De todas, a morte materna é a mais subnotificada, quer dizer, é a morte onde se omite com maior frequência que ela é decorrente de complicações na gestação, parto e pós-parto. Pesquisadores/as estimam que o fator de correção da sub-informação da morte materna para o Brasil como um todo é de duas vezes, isto é, para cada morte declarada como materna existe uma que não foi declarada.

Em 1997 o coeficiente de morte materna no Brasil era de 55 por 100 mil nascidos vivos. Considerando-se as subnotificações, pode-se dizer que para esse ano o coeficiente foi de 110 por 100 mil nascidos vivos. Esse número coloca o Brasil ao lado dos países mais pobres da América Latina.

O Brasil assumiu diversos compromissos internacionais de redução da morte materna em 50% até o ano 2000. Chegou a hora de avaliar a situação, apurar responsabilidades e apontar caminhos para as políticas públicas de combate à morte materna.

Portanto, a CPI da Morte Materna é uma prioridade da agenda política do movimento de mulheres pela saúde em todo o país.

Resultados esperados

Com essa CPI e a mobilização de pessoas e organizações em torno dela, espera-se que o tema da mortalidade materna seja incluído de vez na agenda política nacional e receba a devida atenção de autoridades e sociedade em geral.

A partir dos trabalhos realizados dentro e fora da Comissão, espera-se que sejam apontadas iniciativas para que se conheça exatamente qual é a real magnitude da morte materna no Brasil e que sejam discutidas propostas de ações concretas para o enfrentamento desse grave problema.

Estratégias de ação

Dentre as principais estratégias de ação do movimento de mulheres para que sejam alcançados esses resultados incluem-se: articulação com parlamentares para fornecimento de nomes – de pesquisadores/as, membros de comitês de morte materna e gestores/as de serviços de saúde para compor audiências –, dados de pesquisas e denúncias; e ações de comunicação dentro do movimento e na mídia.

Dossiê 28 de Maio: Mortalidade Materna

Morte Materna: Uma tragédia brasileira

Para o 28 de Maio, Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos estará trabalhando com o Dossiê Mortalidade Materna junto à mídia, Congresso Nacional, assembleias legislativas e câmaras de vereadores de todo o país.

A morte de mulheres por complicações na gestação, parto e pós-parto é um grave problema de saúde pública no Brasil. Segundo dados de 1997, o coeficiente de mortalidade materna no país estava próximo de 110 por cem mil nascidos vivos. Trata-se de número semelhante ao dos países mais pobres da América Latina. Observa-se que os dados disponíveis sobre a década de 90 revelam que não tem havido queda nessa taxa, o que aponta para uma tendência à estagnação. Isso permite concluir que as ações de saúde feitas até o momento não causaram impacto de redução da mortalidade materna no país.

Em 1994, as mortes devidas às síndromes hipertensivas apareceram em 28% das declarações de óbito no Brasil; as síndromes hemorrágicas, em 16%; o aborto, em 10%; e as infecções puerperais, em 8% dos casos. As síndromes hipertensivas são responsáveis por quase um terço das mortes maternas no país, indicando problemas na qualidade da assistência ou falta de pré-natal. A doença hipertensiva específica da gravidez é de fácil detecção no pré-natal e, se tratada adequadamente, não leva à morte.

Além dos problemas ligados à qualidade da atenção à saúde, um estudo recente realizado no Paraná, sobre mulheres negras e mortalidade materna, revela que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres das raças amarela e preta.

Já as causas hemorrágicas estão ligadas diretamente à qualidade da assistência, onde a oportunidade da atenção é fator decisivo. A falta de disponibilidade de sangue nos hospitais faz, por vezes, com que a assistência seja tardia e o agravo à saúde da mulher, irreversível.

Em regiões como o Norte do país, onde há maior prevalência de malária, doença cujas principais complicações referem-se a distúrbios de coagulação, pode-se supor que algumas mortes maternas por hemorragias nessas regiões sejam devidas a complicações da malária. Até o momento, não existem estudos que tratem dessa importante questão.

Outro fator que merece atenção é o da raça, pois nas regiões Norte e Nordeste do país prevalecem os descendentes da raça negra, cujos problemas de anemia falciforme e lúpus eritematoso são mais freqüentes. Igualmente, são necessários estudos mais cuidadosos para conhecer a verdadeira dimensão desses casos e poder enfrentar o problema.

A morte materna é um dos mais sensíveis indicadores de inequidade, desarticulação e desorganização da assistência à saúde, da falta de uma política pública que responda às necessidades das mulheres.

Preparado especialmente para ser utilizado no trabalho com profissionais de imprensa e parlamentares, o Dossiê Mortalidade Materna foi elaborado sob a coordenação da pesquisadora Ana Cristina Tanaka, professora livre-docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O Dossiê traz diversas informações e dados atualizados sobre morte materna, no Brasil e no mundo, bem como informações detalhadas sobre as causas dessas mortes, prematuras e quase sempre evitáveis.

28 de Maio

Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher

Saúde da Mulher é Prioridade no Ministério

Entrevista com Tânia Lago

A médica sanitária Tânia Lago – atualmente coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde – iniciou sua trajetória no campo da saúde da mulher como pesquisadora, participando de um estudo sobre aleitamento materno no Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) no começo dos anos 80. Desde então, passou a focar os temas de direitos reprodutivos nos diferentes campos de sua atuação. O mestrado realizado na Inglaterra abordou a questão do planejamento familiar. E, ao retornar ao Brasil, Tânia passou a integrar a equipe de pesquisa em saúde da mulher do Instituto de Saúde de São Paulo.

Antes de assumir em junho de 1998 a coordenação da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, Tânia Lago conciliava a coordenação da área da mulher na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com as aulas ministradas na conceituada Faculdade de Medicina da Santa Casa.

Durante esta entrevista ao Jornal da Rede, Tânia Lago falou sobre o crescimento dos recursos, as prioridades e metas da área de saúde da mulher. Segundo Tânia, uma das questões que têm recebido especial atenção do Ministério tem sido a qualidade da assistência ao parto. Como exemplo, Tânia fala da implantação do programa que prevê um “pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal”. Nesta entrevista a coordenadora também destaca a importância do controle social para pressão e fiscalização da aplicação de recursos na saúde, fala sobre o estudo nacional sobre mortalidade materna encomendado pelo Ministério e defende a compra centralizada de métodos contraceptivos.

Maria José Araújo e Jacira Melo

JR – *Na área da saúde a questão dos recursos é sempre fundamental. Qual é a situação atual do financiamento para a saúde da mulher? E como esses recursos estão sendo alocados?*

Tânia – *Embora do ponto de vista do financiamento tenha ficado mais explícito qual é o volume de recursos especificamente aplicados na saúde da mulher, ainda não é possível dizer qual será o montante para o ano 2000. Isso porque a maior parte dos recursos que são aplicados na saúde da mulher não estão nesta área técnica, nem deveriam estar; os recursos estão na execução da*

assistência. É o dinheiro que paga o atendimento das mulheres e todas as ações de prevenção. Todo recurso envolvido na atenção direta às mulheres continua na Secretaria de Assistência à Saúde. Há também algum recurso disponível no Ministério para ações estratégicas. Desde 98 temos conseguido estar presentes no orçamento de recursos estratégicos. É preciso travar um diálogo intenso para conseguir uma fatia desses recursos. Um exemplo concreto foi a verba que conseguimos para comprar métodos contraceptivos. Vem desse fundo para assuntos estratégicos o recurso que conseguimos em 98 para a campanha do câncer de colo uterino; e espero conseguir novamente recursos desse fundo para o pré-natal. Já os recursos de que a área técnica de saúde da mulher dispõe vêm crescendo desde 1998. O montante de 98 foi da ordem de R\$ 1,7 milhão; em 1999 tivemos R\$ 11 milhões. Pode-se dizer que o Ministério tem como prioridade – e não se trata de retórica, mas de alocação de recursos – a implementação da atenção básica através da estratégia de saúde e da família, agentes comunitários e atenção à saúde da mulher.

JR – *Entendemos que não é papel do Ministério realizar a vigilância direta sobre os municípios, mas algum tipo de monitoramento seria necessário para saber se eles estão cumprindo as metas acordadas, se estão aplicando os recursos nas áreas a que foram destinados. Como saber, por exemplo, se os recursos estão sendo aplicados na saúde da mulher?*

Tânia – Em 1999, o Ministério propôs alguns indicadores para o monitoramento da atenção básica. Essa proposta fez parte de um pacto assinado entre o Ministério e cada um dos 27 estados da federação. Assim, se um município não atingiu a meta estabelecida de comum acordo, isso indica que não aplicou o recurso, não há outra possibilidade. Entretanto, se os estados não monitorarem esse pacto, dificilmente o Ministério vai conseguir olhar para cada um dos cinco mil municípios. No caso da área técnica de saúde da mulher, estamos monitorando a razão de consultas de pré-natal por mulher que deu à luz no SUS (Sistema Único de Saúde), que seja residente em determinado município. Com esse trabalho descobrimos que havia 2 mil e quatrocentos municípios no Brasil que não registravam nenhuma consulta pré-natal. Foi feito um intenso trabalho juntamente com os estados e o número já começou a apresentar um recuo. A nossa experiência tem demonstrado que o controle social é fundamental. Onde se tem conselho atuante – conselho municipal de saúde, conselho da mulher – o quadro é diferente, porque existe pressão e fiscalização.

JR – *Quais são as metas e prioridades que vêm orientando os trabalhos da área de saúde da mulher?*

Tânia – Em 1998 e 1999 o Ministério começou investindo na melhoria da qualidade da assistência ao parto. A área técnica de saúde da mulher passou um ano e meio trabalhando com a questão da assistência ao parto a partir de duas estratégias. A primeira incluiu o incentivo à melhoria da qualidade da assistência, com um aumento médio de 30% na tabela de pagamento do SUS para todos os hospitais por todo tipo de parto, que ocorreu em maio de 98, e também um aumento no pagamento das internações relativas às gestações de alto risco – porque elas são mais caras e portanto é preciso que os hospitais recebam mais a fim de se adequar melhor para atender casos de alto risco. A segunda estratégia desencadeou várias ações: introduzimos os pagamentos de parto realizado por enfermeira e da anestesia para o parto normal; e introduzimos também o financiamento para criação de centros de parto normal, as chamadas casas de parto.

JR – *Quais as repercussões do limite de pagamento para o parto cesáreo? Há denúncias de que são feitas mais cesáreas no SUS do que os números revelam.*

Tânia – Com o propósito de modificar o modelo de atenção ao parto, o Ministério lançou a portaria que instituiu um limite hospitalar para o pagamento do parto do tipo cesariana, que começou em 40% no segundo semestre de 98 e agora, neste primeiro semestre de 2000, está em 35% do total de partos realizados por hospital. E, nesse período, as taxas de cesáreas realizadas no SUS caíram de 32,5% até o primeiro semestre de 98 para 28% no ano seguinte. Mas, embora tenha havido uma queda importante da cesárea no SUS, sabemos que esses índices não refletem a realidade. Hoje fazem-se mais cesáreas do que os números do SUS revelam. Há AIH (guia de internação hospitalar) não apresentada de cobrança de parto cesáreo; há AIH de parto cesáreo cobrado no SUS como parto normal. Por isso, a taxa real de cesáreas no SUS hoje merece atenção redobrada. De qualquer forma, são distorções que estão sendo enfrentadas. Mesmo com ressalvas, é possível dizer que a taxa real de cesáreas caiu. Analisando-se os dados de 1998 do sistema de nascidos vivos observa-se que as taxas de cesárea caíram em todos os estados.

JR – *As Regionais da RedeSaúde têm recebido denúncias de casos que necessitavam de cesáreas e os hospitais alegaram que já haviam atingido a taxa limite. Como o Ministério tem enfrentado esse “efeito contrário” da portaria?*

Tânia – Para esses casos, vejo alguns caminhos. Em primeiro lugar, as secretarias municipais de saúde precisam monitorar de perto essas ocorrências, fazendo auditorias, realizando reuniões com as equipes dos hospitais. Deixar esse monitoramento por conta das mulheres é cruel demais, mesmo porque na hora do parto não é hora de ficar brigando pela melhor assistência. Além disso, é preciso investir no trabalho a ser feito com os médicos, que são os que fazem a cesárea. Temos mantido diálogo com a Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia) para definir uma campanha para a redução das cesáreas que tenha como alvo os médicos gineco-obstetras. E, por fim, a nossa orientação é que toda denúncia precisa ser apurada com rigor, com a devida investigação e definição de responsabilidades.

JR – *Recentemente o Ministério divulgou relatório informando o crescimento do número de exames pré-natais. Trata-se de um esforço relevante mas isolado, pois persiste a não-integração entre o serviço de pré-natal e o serviço de atenção ao parto.*

Tânia – O sistema de atenção de gestação de alto risco prevê como condição para o repasse do recurso para os estados que eles criem centrais de regulação de leitos para a maternidade. Trata-se de uma forma de evitar essa perambulação das mulheres à procura de hospitais no momento do parto. O problema é que a central pode existir formalmente, receber recurso e operar ou não, dependendo da demanda dos hospitais. Como ela opera a partir do chamado de um serviço, ela só opera bem se os serviços estiverem mobilizados a se integrar. A meu ver, essa questão da não-vinculação do pré-natal ao parto é um problema que permanece no Brasil e para o qual temos encontrado poucas soluções. Existem algumas experiências isoladas que enfrentaram de vez esse problema. Uma delas é a de Curitiba, onde a secretaria municipal criou um vínculo obrigatório entre o pré-natal e a maternidade de referência que faz o parto. Essa é a condição para a maternidade receber a AIH do parto, isto é, a maternidade ter recebido uma gestante que estava vinculada a ela.

JR – *O crescimento da oferta de serviços de pré-natal está diretamente vinculado ao repasse do PAB (Piso de Assistência Básica) para os municípios. Mas sabemos que quantidade não significa qualidade.*

Tânia – Quando o Ministério começou a transferir recursos para os municípios, um valor per capita, como é o caso do PAB, o número de consultas de pré-natal no Brasil aumentou aproximadamente 80% de 1997 para 1998. Única e exclusivamente porque o Ministério passou a transferir para os

municípios o valor de R\$ 10 per capita/ano para assistência básica. Mas sabemos também que só aumentar a quantidade de consultas não quer dizer melhorar o acompanhamento. Por isso o Ministério está lançando o programa de qualidade no acompanhamento de pré-natal, que prevê a implementação no país inteiro de um pacote mínimo, que estamos chamando de “pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal”. Isso significa oferecer a cada gestante no mínimo seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta de puerpério. É obrigatoriamente oferecer ou captar a mulher para o pré-natal ainda no primeiro semestre da gravidez. Veja, é tudo aquilo que vínhamos falando há mais de 20 anos, enquanto pesquisadoras e feministas. Foram incluídos agora no pacote mínimo dois testes anti-HIV para todas as mulheres, além de dois VDRL, hemograma, dois de glicemia em jejum e dois urina I. Nesse pacote mínimo também foi incluída a necessária vinculação com o momento do parto. Seja qual for o tipo de vinculação que cada cidade seja capaz de fazer, seja a referência obrigatória, referência associada à central de vagas, referência com número como é feito em Curitiba. Enfim, cada município tem que descobrir sua fórmula de vinculação. Então acredito que, se conseguirmos melhorar a qualidade do pré-natal e do parto com a vinculação, teremos resultados positivos em relação à mortalidade materna.

JR – *A morte materna é um dos indicadores mais precisos para medir-se a questão do acesso, da oferta e da qualidade dos serviços. Como o Ministério da Saúde vem enfrentando o grave problema da mortalidade materna?*

Tânia – Como diz o professor Ruy Laurenti, a estatística oficial dificilmente piora. Se observarmos a estatística oficial de mortalidade materna do estado de São Paulo, veremos uma reta desde 1983. Em outras palavras: há quase 20 anos esse coeficiente não cai. Os dados nacionais indicam claramente que houve uma queda de 1980 até 1990. Houve um descenso importante, a mortalidade materna caiu de um patamar de aproximadamente 70 para 60 por 100 mil nascidos vivos no Brasil como um todo. Considerando a estatística oficial, de 1990 até hoje, o coeficiente de mortalidade materna é uma reta em torno de 57. Hoje em dia ninguém mais se arrisca a dizer que esse número é duas vezes maior, ou uma vez e meia maior. Enfim, sabe-se que é alto, mas quanto exatamente? Então o Ministério encomendou para a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo um projeto de pesquisa sob a coordenação do doutor Ruy Laurenti. Usando uma mostra representativa de cada uma das cinco macrorregiões do país, o estudo vai estimar qual é o tamanho e a estrutura da mortalidade

materna atual em cada região. E a proposta é de que essa pesquisa seja repetida daqui a cinco e dez anos.

JR – *Como será conduzido esse estudo, com quais instrumentos e metodologia?*

Tânia – Trata-se de um projeto de pesquisa em construção. A idéia é trabalhar com uma amostra de todos os óbitos de mulheres em idade fértil e daí investigar nas casas e serviços para descobrir mortes maternas não declaradas. O problema é que, mesmo assim, perdem-se óbitos em várias regiões, porque em algumas não há a declaração do óbito, não se sabe quem morreu. O maior problema está na região Norte, onde a não-notificação de óbito ainda é significativa. Será preciso encontrar uma forma de identificar óbitos de mulheres lá e depois tentar descobrir se esses óbitos foram maternos ou não. Bem, essa pesquisa é uma prioridade para o Ministério.

JR – *Qual é sua avaliação preliminar sobre a campanha nacional de prevenção ao câncer de colo uterino? Quais foram os principais problemas? Sabe-se que muitas mulheres que fizeram o papanicolau ainda não receberam o resultado e que houve problemas nas referências para colposcopia até para mulheres que tiveram resultado positivo.*

Tânia – Ainda não se fechou uma avaliação sobre a campanha. O INCA (Instituto Nacional do Câncer) deve estar encerrando um balanço da campanha até o final do mês de março. Eles dizem que a demora se deve ao fato de que em março do ano passado foi desencadeada uma busca ativa das mulheres que tiveram resultado positivo, isto é, com alteração patológica no papanicolau. O Ministério da Saúde forneceu os nomes e endereços das mulheres para os estados, que por sua vez repassaram aos municípios para que fizessem a busca ativa. Essa busca ativa continua em quase todos os estados e o INCA não tem ainda uma posição atual sobre quantas mulheres foram tratadas até o momento. Há poucos dias fizemos uma reunião com os estados, onde o INCA reiterou a urgência da devolução das informações destacando dois motivos. O primeiro é a necessidade da informação em si – quantas mulheres foram ou estão sendo tratadas? Isso é uma prestação de contas que precisamos fazer para a sociedade. E o outro é: se há mulheres que não puderam ser encontradas, qual é a forma que iremos utilizar para ir atrás dessas mulheres? Então, não temos ainda um balanço sobre a campanha. O primeiro e último balanço foi feito pelo INCA em abril de 1999 – quando as equipes saíram atrás das mulheres não tratadas – e registrava que havia

aproximadamente 5.700 mulheres em tratamento. Fechados os dados de 99, precisamos saber quantas dessas mulheres já foram tratadas.

JR – *Lembrando que temos uma lei de planejamento familiar que ainda precisa ser implementada de fato, qual é sua opinião sobre a controvérsia a respeito da compra centralizada de métodos contraceptivos?*

Tânia – Vou tentar fazer uma ponte com a história do PAB. O município recebe o PAB para prestar toda a atenção básica. Então, quando se fala sobre atenção à saúde da mulher isso inclui o pré-natal, a assistência às queixas ginecológicas e também acesso à anticoncepção e ao planejamento familiar. Vem daí a idéia de que faz parte da atenção básica atender a demanda em anticoncepção. Mas não seria justo exigir que com os R\$ 10 per capita/ano que os municípios recebem, eles fossem capazes de fazer tudo isso e também adquirir métodos contraceptivos, porque os métodos são muito caros. Por outro lado a gente tem uma lei aprovada em 1997 pelo Congresso Nacional, que deixa claro que todo cidadão brasileiro tem direito a informação e acesso aos meios contraceptivos e que esses métodos devem estar disponíveis através do SUS. Dado que o recurso que os municípios e estados recebem é pequeno, e não seria suficiente para comprar também os contraceptivos, o Ministério da Saúde resolveu adquirir os métodos a partir do ano 2000 e distribuir gratuitamente para estados e municípios. Estamos começando com uma compra capaz de atender aproximadamente 30% da demanda estimada por contracepção reversível no SUS. A expectativa é que essa oferta vá aumentando até 2002, quando esperamos atingir 100% da demanda no SUS. Há duas possibilidades de financiamento para a compra dos métodos: uma é continuar como contrapartida federal, incluindo os contraceptivos no rol de insumos estratégicos para o SUS; a outra é definir um rateio do financiamento na comissão tripartite, composta por representantes dos governos federal, estadual e municipal. A opinião da área técnica é que os contraceptivos devem ser considerados como insumos estratégicos, comprados pelo nível federal e distribuídos gratuitamente. A meu ver, a democratização do recurso irá prejudicar a aquisição, porque ela vai implicar um volume de recurso três vezes maior do que é gasto quando se compra de forma centralizada. É por isso que creio que devemos continuar com a compra centralizada.

<p>Para implementar o programa do “pacote mínimo de qualidade para assistência pré-natal”, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição aos municípios do material que compõe o kit básico para</p>

acompanhamento pré-natal e o kit de informações para as mulheres. O kit básico inclui: Pinard; fita métrica; gestograma; tabelas de correlação peso e altura; e os manuais para o pré-natal normal, pré-natal de risco e emergência obstétrica. Já o kit de informações para as mulheres contém a Cartilha Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher, preparada pela RedeSaúde, que trata dos direitos da mulher grávida; a agenda da grávida, que tem informações e dicas sobre como lidar com a gestação e traz de volta o cartão da gestante. Segundo Tânia Lago, o Ministério está reintroduzindo o cartão da gestante com um lay-out diferente, que procura chamar atenção para esse pacote, pois a idéia é lembrar a gestante a todo momento sobre a assistência pré-natal que ela deveria estar recebendo, para que ela tenha um mínimo de condições de checar se isso está de fato ocorrendo.

Humanizar É Preciso

*Livia Martins Carneiro**

Antes competência natural das mulheres, o parto passou a ser especialidade médica. Ocorria nos domicílios, como um momento de comunhão familiar, e acabou sendo levado para os hospitais. Nesse ambiente frio e impessoal, com os argumentos da garantia de segurança e redução de riscos, foi excluída a participação familiar e retirado da mulher o seu papel de protagonista. Deita-se a mulher, facilitando-se intervenções como episiotomia e fórceps, deixando-a segmentada e alheia a sua esfera genital.

Formula-se uma tecnologia que é considerada superior à fisiologia feminina. A postura do/a profissional médico/a, de hipervalorização dos riscos e perigos, aliada à subestimação da capacidade da mulher em dar conta da situação e ambas acrescidas muitas vezes de atitudes ultrajantes, que despersonalizam e depreciam a mulher, vão torná-la impotente e vulnerável para enfrentar os desafios do parto. É a construção de mais uma dominação masculina, onde se estabelecem a superioridade e o controle do masculino sobre o feminino.

Esse modelo de parto tecnológico, que privilegia o prático, cômodo, rápido e lucrativo em substituição ao imprevisível e incoercível, esvazia os significados afetivos e existenciais que permeiam o parto. A lógica é não se submeter às forças da natureza, mas sim ao controle tecnológico, compatível com o que é considerado bem-estar na modernidade, ou seja, a capacidade de consumir e programar todas as coisas.

A concentração dos partos nas grandes maternidades ou em hospitais gerais resultou na sua patologização e tornou a sua assistência uma violência camuflada nas normas e rotinas eleitas para facilitar o trabalho da instituição. Outro ponto a considerar é o elevado custo operacional dessas maternidades, como também a complexidade do atendimento – sem justificativa, pois ao redor de 80% das mulheres internadas como doentes são saudáveis.

Como resultado do descaso das autoridades de saúde em relação à assistência ao parto, conjugado a essas novas maneiras de encarar e lidar com ele, o Brasil recebeu o título nada honroso de “Campeão em Cesáreas”.

Nos últimos cinco anos o movimento de mulheres vem abrindo um debate com a sociedade civil, a academia e as autoridades públicas sobre mais esta aberração na vida das mulheres. Foi constituída

a Rehuna – Rede pela Humanização do Nascimento, que conta com diversas parcerias e procura atuar de forma criativa em várias localidades do país. Em seguida o Conselho Federal de Medicina lançou a campanha “Natural É Parto Normal” que deu grande visibilidade a esta questão. Ficou evidente que era necessário realizar mudanças no modelo de assistência ao parto, pois essa distorção não iria ser eliminada apenas com um trabalho de informação e educação.

O Ministério da Saúde implementou algumas medidas, como: estipulação do percentual de cesáreas nos serviços; a legitimação do atendimento ao parto pela enfermeira obstétrica; o reforço na fiscalização dos serviços prestados pelo SUS (coibindo o duplo faturamento ou a complementação das cesáreas desnecessárias) e a normatização e construção das casas de partos; trata-se dos primeiros passos para a humanização do parto.

É tempo então de nos perguntarmos: Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual? Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural? Como a instituição deve proceder para acolher a mulher, o homem e a criança? O que seria dar condições ao parto?

Tornar o parto simples, natural, agradável, benévolo e verdadeiramente benigno; e conservar o princípio básico da prática médica: *Primum non nocere* (se não se pode fazer o bem, que não se faça o mal).

É necessário mudar o cenário do parto. Da negociação entre as vantagens e desvantagens do domicílio e do hospital surge a casa de parto. Ela é a reconciliação entre esses dois partos. Podemos sonhar com ambientes mais semelhantes aos domicílios: paredes coloridas, janelas amplas, decoração singela, áreas verdes (praças e jardins) para as caminhadas, presença de música suave, quartos privativos que preservam a intimidade e afetividade da família, duchas e banheiras com água morna para amenizar os desconfortos, bancos e cadeiras obstétricas para favorecer a alternância de posição e adotar as benéficas posições verticais.

Em oposição às necessidades de privacidade do pré-parto, o ambiente do pós-parto, também chamado alojamento conjunto, pode ser um espaço comunitário. Nesta fase, as mulheres gostam de dialogar entre si sobre suas experiências e a sua criança. Elas trocam conhecimentos e informações e aprendem a dar o peito, entre si.

A casa de parto permite devolver o parto-nascimento à família e despertar inovações nas relações profissionais. Neste clima de intimidade e aconchego, os/as profissionais se sentem menos estressados/as e mais envolvidos/as e disponíveis para adequar rotinas mais flexíveis que levem em

conta o bem-estar da mulher e da criança. O/a profissional deve desenvolver habilidades relacionadas ao contato com a mulher, que serão favoráveis a sua adequação emocional à gravidez e ao parto, resultando em melhor adaptação anatômica, fisiológica e bioquímica do seu corpo. Ele/a também pode ajudar na elaboração e superação dos medos, ansiedades e tensões. Neste modelo de atendimento, toda a equipe deve acolher a mulher e sua família com empatia, solidariedade e respeito, sempre levando em conta suas opiniões, preferências e necessidades. Deve-se cultivar uma postura otimista, tendente a aumentar a capacidade da mulher, em vez de torná-la frágil e dependente. A idéia é criar uma perspectiva de continuidade de atendimento desses nove meses antes e nove meses depois (exogestação) nos quais a mulher carece da mesma atenção dos serviços de saúde.

Assim estaremos repolitizando o parto-nascimento, começando pela sua humanização e caminhando até a sua feminização, quando a mulher se apropriar novamente dessa sua antiga atribuição e tornar-se a protagonista na condução do seu parto. Transformando-se o parto em uma expressão viva de seus valores femininos e buscando-se compreender esse mundo de silêncio e mistério que o permeia. E que cada mulher, com sua particular história de vida, a sua psicologia e todas as memórias nela inscritas, possa enxergar todo o caminho da maternidade como uma grande crise construtiva; e o parto como uma força que a sustenta, que a amplia e a enriquece enormemente, além de dar começo a uma nova vida.

* *Livia Martins Carneiro é médica ginecologista-obstetra do Hospital São Pio X, em Ceres/GO.*

Em Pauta

Publicações

Direitos Humanos das Mulheres, Passo a Passo

*Human Rights Watch, Women Law & Development International e Cepia
Rio de Janeiro, 1999, 208 p.*

Trata-se de um manual que aborda, com uma linguagem simples e objetiva, o conceito e o conteúdo da legislação de direitos humanos e suas implicações para as mulheres, proporcionando um guia para operar mecanismos e estratégias visando a promoção e defesa dos direitos humanos das mulheres.

Mais informações: Cepia

tels./fax: (21) 558-6115 / 205-2136

e-mail: cepia@ax.apc.org

As Mulheres e os Direitos Civis – os direitos das mulheres são direitos humanos

Leila Linhares Barsted e Jaqueline Hermann (eds.)

Rio de Janeiro, Cepia, 1999, 180 p.

Terceiro volume da série Traduzindo a Legislação com a Perspectiva de Gênero, o livro tem como objetivo principal fornecer subsídios para os movimentos de mulheres, trazendo artigos que abordam questões relativas ao status civil das mulheres, seus direitos humanos nas relações familiares e seus direitos sexuais e reprodutivos.

A publicação traz também textos das leis de planejamento familiar e da união estável, além de extratos dos documentos das conferências do Cairo e Beijing.

Informações: Cepia

tels./fax: (21) 558-6115 e 205-2136

e-mail: cepia@ax.apc.org

Advocacy em Direitos Reprodutivos e Sexuais: Workshops Nacionais Além do Cairo e de Beijing: fortalecendo as organizações de mulheres no Brasil

Agende – Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento e RedeSaúde

Apoio: Fundação Ford

Brasília, 1999, 216 p.

Documentação e divulgação dos dois Workshops Nacionais de Advocacy em Direitos Reprodutivos e Sexuais, a saber: o Workshop Sul / Sudeste, realizado de 15 a 20 de março de 1999; e Workshop Norte / Nordeste, realizado de 12 a 17 de abril de 1999.

A publicação sistematiza os textos criados para os dois workshops e fornece o perfil das participantes e suas avaliações sobre os trabalhos. Também apresenta um pequeno histórico sobre os dois projetos de Advocacy.

Mais informações: Agende

tel.: (61) 273-3551

fax: (61) 273-5801

e-mail: agende@tba.com.br

Cidadania e Feminismo

Centro da Mulher Flora Tristán, Equidade de Gênero e Agende – Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento

México, 1999, 368 p.

O livro é composto por ensaios originalmente publicados em Debate Feminista, revista semestral mexicana que pretende atuar como ponte entre a teoria e a prática, entre o ativismo e os estudos acadêmicos.

Editada em português, essa publicação responde, segundo escreve Marta Lamas em sua introdução, à necessidade de compartilhar textos comuns e representa uma atitude de aproximação das companheiras de língua espanhola em relação às brasileiras.

Tratando de temas de cidadania, feminismo e política, o livro busca ser um instrumento de formação teórica voltado para o enriquecimento do discurso feminista e uma maior influência política do movimento de mulheres.

Informações: Agende

tel.: (61) 273-3551

fax: (61) 273-5801

e-mail: agende@tba.com.br

Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos

Regina Maria Barbosa, Suzana Kalckmann e Elza Berquó

Brasília, Ministério da Saúde, 1999, 55 p.

A pesquisa foi realizada nas cidades de São Vicente/SP, Rio de Janeiro/RJ, Belo Horizonte/MG, Goiânia/GO, Cabo/PE e Porto Alegre/RS e analisou a aceitabilidade do condom feminino entre usuárias selecionadas do SUS (Sistema Único de Saúde).

O objetivo geral da pesquisa foi fornecer subsídios à Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de políticas públicas no tocante à ampliação da oferta da camisinha feminina.

Informações: CNDST/AIDS

tel.: (61) 315-2544

fax: (61) 315-2519

Comportamento Reprodutivo e Sexual da População Masculina

Bemfam – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

Rio de Janeiro, novembro de 1999, 72 p.

Baseado nos resultados das entrevistas com 2.949 homens de 15 a 59 anos, levantados pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS/96), esse relatório busca traçar o perfil do homem brasileiro no que se refere a: fecundidade, demandas e intenções reprodutivas, conhecimentos e percepções, bem como usos e atitudes relacionadas à contracepção.

Mais informações: Bemfam

tel.: (21) 210-2448

fax: (21) 220-4057

e-mail: info@bemfam.org.br

Género y salud reproductiva en América Latina

Lucila Scavone (org.)

Costa Rica, Libro Universitario Regional, 1999, 368 p.

O livro trabalha com três eixos temáticos fundamentais para a saúde reprodutiva das mulheres, a saber: contracepção, aborto e novas tecnologias de concepção.

Entre as autoras, há várias brasileiras. Versão disponível em espanhol. Em São Paulo, o livro é encontrado na Editora da UNESP. No Rio de Janeiro, na Livros Abrasco.

Mais informações: LUR, Costa Rica

tel.: (506) 550-2297

fax: (506) 552-5354

Mulher – Você tem direito à saúde

Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Assessoria da Mulher/CDHC

Porto Alegre, 1999, Porto Alegre, 20 p.

O Guia de Programas e Serviços de Saúde para a Mulher em Porto Alegre traz informações sobre os programas e serviços públicos voltados ao atendimento da saúde da mulher. O guia apresenta também vários endereços úteis, de hospitais públicos, unidades de saúde, delegacia da mulher e conselhos tutelares.

Informações: Assessoria da Mulher/CDHC

tels.: (51) 225-4853; 224-4400 – ramais: 2596; 2601

e-mail: amulher@gp.prefpoa.com.br

Um Outro Olhar

São Paulo, nº 31 – janeiro/março 2000, 30 p.

Em seu 14º ano de publicação, a revista da Rede de Informação Um Outro Olhar prossegue abordando diversos assuntos de interesse das lésbicas e dos movimentos de homossexuais e de mulheres. Além das notícias sobre ativismo, a revista apresenta também artigos, reportagens e as seções perfil – que nessa edição focaliza a tenista Amélie Mauresmo –, leituras e turismo, com dicas para quem vai a Londres.

A revista traz encartado o Boletim Ousar Viver, contendo matérias e artigos sobre a saúde da mulher lésbica, que abordam temas como HIV/AIDS e câncer.

Informações: RUOO

tel./fax: (11) 814-4541

e-mail: uoo@uol.com.br

CD e Caderno Comemorativos dos 10 anos do Fala Mulher

Cemina

Rio de Janeiro, 1999, 44 p.

Tanto o CD quanto o caderno trazem depoimentos de várias participantes, colaboradoras e simpatizantes do programa de rádio Fala Mulher. Por meio desses depoimentos, a história de dez anos do programa é tecida.

Mais informações: Cemina

tel.: (21) 262-1704

fax: (21) 262-6454

e-mail: cemina@redeb.org.br

3 anos de Educação para os Direitos das Mulheres Trabalhadoras Rurais

Mulher – Conheça os teus direitos

Losandro A. Tedeschi (coord.)

Apoio: Fundação MacArthur

Tanto a revista quanto o informativo versam sobre os direitos e as lutas das trabalhadoras rurais. É dada ênfase à conquista da cidadania e à percepção das relações de gênero e dos direitos reprodutivos.

Informações: Losandro Tedeschi

tel.: (55) 332-5434

fax: (55) 332-7908

e-mail: losandro@ijuiet.com.br

Estudo da Magnitude da Mortalidade Materna em 15 Cidades Brasileiras

Ana Cristina d'Andretta Tanaka e Lia Mitsui

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

São Paulo, 1999, 75 p.

Apoio: Unicef

Disponível na Internet, essa publicação contém um relato sobre a metodologia e resultados de um estudo detalhado sobre mortalidade materna realizado em 1997 em 15 municípios de três estados brasileiros: Pará, Rio Grande do Norte e Mato Grosso.

A partir do rastreamento de 440 casos de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos ocorridos no período de 6 meses, o estudo realizou um levantamento sobre as mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal, enfocando questões como as causas das mortes e os sub-registros, propondo um fator de correção no valor de 2, isto é, para cada óbito materno declarado adiciona-se um não-declarado.

A íntegra do relatório, com tabelas e gráficos, está disponível para download em <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/document.htm>

28 de Maio de 2000

Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher
Campanha pelo Exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos
Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes

Na América Latina ocorrem 1,8 milhão de partos anuais entre mulheres de 15 a 19 anos. E, de maneira geral, calcula-se que 60% das gestações na adolescência são indesejadas e/ou não planejadas.

Fonte: IPAS, 1999.

O início precoce da atividade sexual dos adolescentes de ambos os sexos é um fenômeno comum nas Américas. Estima-se que 50% dos/as adolescentes menores de 17 anos em 1996 eram sexualmente ativos/as na América Latina.

Fonte: Organização Panamericana de Saúde, 1998.

Em comparação com as mulheres de 20 a 34 anos, as adolescentes grávidas têm mais possibilidades de morrer em decorrência das quatro principais causas de mortalidade materna: hemorragia, hipertensão específica da gravidez, infecções e complicações do aborto.

Fonte: Organização Panamericana de Saúde, 1998.

A Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, pelo segundo ano consecutivo, traz como tema central da Campanha do 28 de Maio o acesso a educação, informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

Com este chamado à ação, a RSMLAC convoca todas as organizações a desenvolverem atividades que, de alguma forma, busquem promover uma nova visão a respeito das necessidades de saúde e educação da população jovem e que exijam dos governos respostas rápidas e efetivas. Faz-se um chamado especial às organizações de jovens ou que trabalhem com jovens para que se comprometam com esta jornada de ação.

ENCARTE

A Contraceção em Debate: velhos conflitos, novas perspectivas

*Maria Betânia Ávila**

Quando discutimos anticoncepção estamos falando de tecnologia, política pública, saúde e qualidade de vida, direitos e, fundamentalmente, de práticas sociais da vida cotidiana, as quais se passam no âmbito da intimidade da relação sexual entre homens e mulheres. Uma vez que a necessidade de anticoncepção é exclusiva aos casais heterossexuais cujo ato sexual com penetração pode, dependendo do período do ciclo menstrual das mulheres, resultar em gravidez, para aquelas e aqueles que não querem que isso ocorra a contracepção é um instrumento básico na vivência dos direitos reprodutivos. Tudo isso pode parecer óbvio, mas é bom lembrar, pois nem sempre a anticoncepção é tratada nesses termos.

Desde os anos 60 – como uma nova etapa de uma história que começou no século 19 – temos assistido e/ou participado dos conflitos entre atores que trabalham no campo da contracepção. As variadas posições em torno desse embate político podem ser, para facilitar a compreensão, agrupadas em três blocos. De um lado estão aqueles atores que compreendem e defendem a anticoncepção como uma prática de cidadania, que por isso deve ser garantida como um direito social e usufruída como uma liberdade individual, onde autonomia e desejo são elementos fundamentais.

Do lado oposto estão os que propagam e patrocinam a contracepção como uma prática de controle de natalidade. Nesta perspectiva, a contracepção é regulada pelos interesses econômicos como meio de combater a reprodução dos pobres e como parte do mercado lucrativo da indústria farmacêutica. O que vale é a eficiência do produto. Por isso a tecnologia contraceptiva é considerada tão mais eficiente quanto mais ela possa ser utilizada a longo prazo e dependente da ação de outro/a sobre o corpo, sobretudo, das mulheres. O que caracteriza também essa posição é o total descaso pelos danos causados à saúde das mulheres.

A Igreja – e sobretudo a Igreja Católica – também é parte desse conflito, representando uma terceira tendência, contrária ao exercício dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais e que defende que a prática da sexualidade deve estar obrigatoriamente subordinada à reprodução e ao contrato de casamento civil/religioso. Sob essa condição, a anticoncepção só é permitida através dos métodos considerados “naturais”, que em geral implicam abstinência da atividade sexual.

No Brasil, assim como em muitos outros países do hemisfério sul, o acesso à contracepção está longe de ser um direito de cidadania. Por outro lado, nessas duas últimas décadas, aconteceram muitos embates sobre esse tema em fóruns locais, nacionais e internacionais, como por exemplo a Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994. E tem sido possível verificar mudanças nas formas de enfrentar o conflito entre alguns atores desse campo, onde as relações de intolerância vêm dando lugar à possibilidade de diálogo.

As questões vêm se tornando, por outro lado, mais complexas à medida que as diferentes visões podem ser discutidas. Mas essa reconfiguração das relações políticas não significa uma diluição de posições e, para as feministas, não deve afetar a radicalidade na defesa da relação anticoncepção e cidadania. Pode-se também observar através dos debates que há variações de posições e até mesmo contradições no interior de cada setor ou de cada sujeito coletivo que forma esse campo político.

A prática política e a produção de saber no âmbito do feminismo levaram à construção dos conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais. A expansão desses conceitos como referência para esse debate é sem dúvida uma conquista importante. Observa-se hoje que essas concepções já extrapolaram as fronteiras do movimento feminista, o que é importantíssimo, pois passaram a ser uma referência para a sociedade como um todo e, a partir daí, a gerar uma outra disputa em torno do seu significado. No entanto, por se tratar de uma questão de direitos, essa disputa exige espaços democráticos para sua realização.

Hoje, no Brasil, a contracepção ainda é uma questão controversa. É garantida como um direito na Constituição brasileira, uma vez que nela está afirmado o direito de escolha reprodutiva como um direito de mulheres e de homens. Vem sendo alvo, desde 1983, de uma ação de política social no campo da saúde, pois o planejamento familiar faz parte do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Desde 1996 encontra-se em vigor a Lei de Planejamento Familiar, onde estão definidas as regras para a democratização do uso da contracepção, bem como também dos meios para assistir a infertilidade.

Como questão social, temos um quadro grave no país: o uso massivo da esterilização feminina e da pílula anticoncepcional; a falta de oferta de métodos reversíveis e de práticas educativas nos serviços públicos de saúde; uma profunda desinformação da população sobre todos os meios de evitar a gravidez; e tudo isso dentro de um contexto de acentuada pobreza e relações de gênero desiguais.

A ligadura de trompas e a vasectomia são hoje métodos cujo acesso é um direito garantido na lei de planejamento familiar. No entanto, a prática massiva da esterilização feminina é antiga e crescente. Deve-se levar em conta que a ação controlista de organismos não-governamentais no Brasil foi bastante forte e devastadora em termos da saúde das mulheres. Essa ação privilegiou a pílula como método de massa e abriu caminho para a prática indiscriminada da esterilização, que hoje ocupa o primeiro lugar entre os meios contraceptivos mais usados pelas mulheres brasileiras.

Outras iniciativas foram tomadas no âmbito governamental. Em 1996 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher colocou o Planejamento Familiar como uma prioridade de ação. A Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, está buscando promover uma ação articulada para enfrentamento dos problemas nessa área. E a Coordenação do Programa de Saúde da Mulher anunciou recentemente medidas concretas para garantir a oferta dos métodos reversíveis nos serviços públicos.

No entanto, dada a forma perversa como tem sido tratada a anticoncepção no país, faz-se necessário também um sério trabalho educativo com profissionais de saúde e com a população, a fim de superar a cultura do método único e irreversível e reinstaurar uma demanda diversificada e democratizada.

É a partir desse contexto geral que deve ser compreendida a realização do Seminário “Implantes, DIUs, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos”, ocorrido em Atibaia em dezembro de 1999. Esse evento foi precedido por outro, realizado em junho de 99, onde foi discutida a anticoncepção de um ponto de vista mais geral, através dos enfoques cultural, médico, social e político. Nesse Seminário em dezembro, a proposta foi discutir o tema considerando-se alguns métodos já disponíveis no país como parte de um processo, e fazer o debate avançar para uma discussão sobre outras tecnologias já existentes ou que estão sendo pesquisadas e, ainda, sobre as tendências das pesquisas atuais e das prioridades para o futuro.

Organizado pela Febrasgo (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, Cemicamp (Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis da Universidade Estadual de Campinas) e SOS Corpo – Gênero e Cidadania, o Seminário contou com a participação de membros da Febrasgo e mulheres feministas de diversas áreas profissionais, vinculadas à Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

O Seminário foi realizado em torno da idéia da responsabilidade da sociedade civil em relação à saúde das mulheres e à democratização da anticoncepção. É interessante relatar aqui que houve

nesse debate uma retomada de alguns antigos pontos de conflito entre feministas e pesquisadores da contracepção nos anos 80, como por exemplo sobre a pesquisa do Norplant (contraceptivo hormonal em forma de implante subdérmico). Em torno disso não se buscou a harmonização das posições, mas sim politizar o debate e assentá-lo sobre bases mais democráticas.

As discussões foram divididas em três grandes temas: I – Implantes Anticoncepcionais Subdérmicos; II – Dispositivos Intra-Uterinos; III – Métodos de Barreira. Para cada tipo de método houve uma sessão coletiva e um aprofundamento da questão em grupos de trabalho. A partir das análises e da troca de opiniões, foram elaboradas as recomendações para cada tipo de método, bem como algumas recomendações gerais.

Devido à importância das discussões ocorridas nesse evento, a RedeSaúde decidiu encartar nesta edição do Jornal da Rede a íntegra do Relatório Final sobre o Seminário “Implantes, DIUs, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos”, que traz um resumo das principais discussões e as recomendações produzidas durante o encontro.

** Maria Betânia Ávila é socióloga, coordenadora geral do SOS Corpo – Gênero e Cidadania e integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.*

Implantes, DIU, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos

Introdução

O Seminário “Implantes, DIU, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos” foi a continuação de um outro encontro sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, realizado em junho deste ano pelo SOS Corpo – Gênero e Cidadania, de Recife, o Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp) e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, com o patrocínio da Febrasgo e da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Uma das recomendações do encontro realizado em junho foi justamente a de dar continuidade ao diálogo entre ginecologistas, pesquisadores/as e representantes dos grupos organizados de mulheres, discutindo alguns assuntos específicos. O primeiro tema apontado foi o dos métodos anticoncepcionais, que foram motivo do presente Seminário.

A dinâmica utilizada consistiu em uma série de duas apresentações sobre cada um dos temas, uma realizada por um/a representante da Febrasgo e outra, por representante da RedeSaúde. Houve ainda uma discussão geral após cada uma das apresentações sobre os temas, para esclarecimentos.

Posteriormente, os/as participantes foram separados/as em Grupos de Discussão, em torno de cada um dos três temas: Implantes Anticoncepcionais Subdérmicos, Dispositivos Intra-Uterinos (DIUs) e Métodos de Barreira. Os/as participantes do Seminário escolheram livremente o grupo no qual desejavam participar: 12 escolheram o tema Implantes, 8 optaram pelos DIUs e 8, por Métodos de Barreira.

Foi escolhido/a um/a Coordenador/a e um/a Relator/a de cada grupo, que foram responsáveis por preparar e apresentar os respectivos relatórios no 2º dia do Seminário. Após a apresentação dos relatórios foram dados alguns esclarecimento pelos componentes dos respectivos grupos, seguidos de uma discussão geral até que fosse atingido um consenso. O presente Relatório reflete o conteúdo dessas discussões.

Tema I – Implantes Anticoncepcionais Subdérmicos

Inicialmente, foram definidos quais eram os cinco modelos de implantes em discussão no Brasil, a saber:

- Norplant – 6 cápsulas de silicone contendo levonorgestrel, já aprovado em vários países para 5 anos de uso e aguardando registro para 7 anos de efetividade anticoncepcional;
- Norplant-2 – 2 bastões de levonorgestrel, que deverão ser introduzidos na América Latina em 2001/2002, com 5 anos de efetividade anticoncepcional;
- Implanon – 1 bastão de 3-keto-desogestrel, com 3 anos de efetividade anticoncepcional;
- Elmetrin – 1 cápsula contendo norgestrel, com 6 meses de efetividade anticoncepcional;
- Surplante – 1 cápsula contendo acetato de nomegestrol, com 1 ano de efetividade.

O Elmetrin é o único implante registrado até agora no Brasil, mas esse registro tem sido questionado e ele não está sendo comercializado. Os pedidos de registro de Implanon e Surplante estão em avaliação na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS). Os outros produtos não têm pedido pendente.

Embora a questão dos custos tenha sido discutida, concluiu-se que o preço não deve ser utilizado como argumento para afirmar que seu uso seria restrito e que a avaliação deve ser fundamentada em critérios que se apliquem à população em geral, independentemente de sua capacidade econômica.

Após intensa troca de opiniões e experiências dos/as participantes, inclusive sobre a pesquisa do Norplant no Brasil, não houve um consenso sobre a conveniência ou não do uso de implantes subdérmicos no nosso país.

Os/as ginecologistas representando a Febrasgo foram favoráveis à introdução do método no Brasil, tendo em vista o conhecimento científico e a experiência internacional. Os/as representantes da Comissão Nacional de Anticoncepção da Febrasgo manifestaram-se totalmente favoráveis, enfatizando a necessidade de que todos os profissionais recebam treinamento adequado antes de oferecê-lo.

O grupo composto por feministas, também profissionais de saúde, levantou questões sobre os eventuais abusos na aplicação do método, além de questionar os possíveis efeitos nocivos à saúde da mulher. Os/as profissionais da Febrasgo concordaram, mas ressaltaram que os abusos podem ser controlados e afirmaram que outros métodos, e não só os implantes, apresentam problemas semelhantes. Enfatizou-se que, apesar das divergências, há espaço para o diálogo e que este deve

ser aprofundado, sugerindo-se, inclusive, uma reunião específica com a Comissão Nacional de Anticoncepção da Febrasgo. Lembrou-se ainda que, treze anos após o questionamento da pesquisa brasileira sobre o Norplant, tanto os pesquisadores envolvidos quanto as feministas estão debatendo o tema sem ressentimentos.

Muitos/as concordaram que há espaço para a introdução dos implantes no Brasil e que qualquer novo produto a ser comercializado no país necessita de regulamentação e treinamento específicos – sob a coordenação do Ministério da Saúde e responsabilidade financeira dos laboratórios farmacêuticos – para sua aplicação, com o objetivo de evitar o uso incorreto e abusos, que poderiam acarretar danos à saúde da usuária.

Houve também concordância que, vistos os progressos na bioengenharia da fabricação dos implantes e os riscos e moléstias associadas à remoção, que são maiores quanto mais cápsulas ou bastões são inseridos, não se justifica utilizar modelos de implantes de curta duração ou que requeiram a inserção de várias cápsulas.

Recomendações sobre o Tema I – Implantes Anticoncepcionais Subdérmicos

Tendo em vista informações de que um implante poderá ser em breve comercializado no país, os/as participantes do Seminário fizeram as seguintes recomendações:

1. Que se interfira junto à ANVS recomendando que qualquer registro de implante seja condicionado à distribuição restrita aos/às profissionais credenciados/as após treinamento pelos centros de referência em saúde reprodutiva do SUS (Sistema Único de Saúde) ou por entidades independentes, de reconhecida excelência em ginecologia e obstetrícia, definidas pela Febrasgo, cabendo ao Ministério da Saúde a autorização dos credenciadores.
2. A empresa que comercialize o produto seja obrigada a manter uma *hotline* (linha de informações) para esclarecimentos, visando atender a população e o/a profissional de saúde.
3. Qualquer modelo de implante anticoncepcional a ser comercializado no Brasil deverá ter uma duração mínima de dois anos e um número máximo de dois bastões.
4. A realização de um novo evento da Comissão Nacional de Anticoncepção da Febrasgo, em parceria com os grupos feministas, visando o aprofundamento da discussão sobre o uso de implantes no Brasil.

5. Como estratégia de ação definiu-se o encaminhamento de uma carta com as recomendações e decisões deste Seminário à ANVS e à Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde.

Tema II – Dispositivos Intra-Uterinos

O dispositivo intra-uterino é o método contraceptivo reversível mais utilizado em todo o mundo. Estima-se que cerca de 106 milhões de mulheres no mundo e de 9 milhões em países desenvolvidos utilizam este método anticoncepcional. Apesar disto, no Brasil seu uso é ainda restrito, muito embora seja uma alternativa viável de longa duração, contrapondo-se à ligadura tubária em mulheres com maior risco de arrependimento.

Como todo método contraceptivo, o DIU possui características que podem ser consideradas como vantagens e/ou desvantagens. Dentre as vantagens dos DIUs com cobre podemos enumerar sua alta eficácia, reversibilidade, baixo custo, a não-interferência com o ato sexual e ainda a ausência de efeitos colaterais sistêmicos. Esta última característica não se aplica aos DIUs medicados com levonorgestrel.

Como desvantagens, os DIUs com cobre freqüentemente levam a um aumento do volume menstrual e da duração da menstruação. Seu uso está associado a um aumento do risco de doença inflamatória pélvica (DIP), principalmente no 1º mês de uso, particularmente nas pacientes expostas ao risco de doenças sexualmente transmissíveis.

Como este método aumenta o risco de DIP quando a mulher se infecta, especialmente com clamídia ou gonococo, e não protege contra DST/AIDS, deve-se recomendar às usuárias de DIU a associação de preservativos, masculinos ou femininos (“método combinado”).

O risco de interrupção involuntária de uso é mínimo e pode acontecer pela expulsão inadvertida, o que é excepcional.

Os DIUs com levonorgestrel constituem uma opção contraceptiva preferencial nos casos de mulheres com hipermenorréia e menorragia, mas podem ser escolhidos por mulheres não portadoras desta sintomatologia.

Os DIUs medicados com levonorgestrel trazem para a maioria das pacientes transtornos menstruais oligomenorréicos, que com freqüência passam à amenorréia. Além disso, estes DIUs podem induzir outras manifestações sistêmicas próprias dos progestágenos sintéticos.

Os/as participantes concordaram que os DIUs constituem alternativa anticoncepcional útil para muitas mulheres, particularmente aquelas que não desejam mais filhos e estão considerando a ligadura tubária precoce. Entretanto, preconceitos e ausência de estímulos econômicos para seu uso dificultam o acesso da clientela ao uso do DIU, além do que, na maioria das vezes, não existe uma logística de suprimento para os serviços públicos de saúde.

Um dos problemas que enfrentam os/as médicos/as que desejam oferecer DIUs as suas pacientes é a existência de uma variedade de modelos no mercado, cuja origem e confiabilidade nem sempre é conhecida.

Recomendações sobre o Tema II – Dispositivos Intra-Uterinos

Por todas as considerações anteriores o Seminário recomendou que:

1. Deve-se preconizar apenas o uso de DIUs consagrados e comprovadamente eficazes e seguros de acordo com recomendação da Organização Mundial de Saúde: T CU-380A e MLCu 375.
2. Seja retirado do mercado o DIU Modelo H-Kupfer mini-250, por insuficiência de área de cobre; e que se exija a apresentação de pesquisas clínicas comprovando a segurança e eficácia do DIU modelo H-Kupfer 400, como condição para permitir sua comercialização no país.
3. Toda solicitação de registro de novos modelos de DIU apresente pesquisas clínicas adequadas, que demonstrem a sua segurança e eficácia, para análise prévia à aprovação.
4. Os DIUs utilizados no país deverão ser submetidos a um sistema de certificação obrigatória, que ateste sua avaliação pelos órgãos competentes, que legislam sobre insumos.
5. Sejam iniciadas discussões junto à ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), Inmetro e ao Ministério da Saúde referentes ao desenho de um sistema de certificação obrigatória periódica de DIUs e atualização das normas do Ministério da Saúde sobre os DIUs.
6. As restrições ao uso do DIU devem seguir os critérios de elegibilidade sugeridos pelo grupo de trabalho da OMS. Deve-se destacar que, por estes critérios, a adolescente nuligesta enquadra-se na categoria 3, onde os riscos de uso do DIU superam as vantagens em usá-lo.
7. Para que o DIU seja uma verdadeira opção para as mulheres, os/as participantes do Seminário recomendam que o Ministério da Saúde e a Febrasgo planejem e executem ações conjuntas, dirigidas a informar os/as profissionais da saúde e a população sobre as características

do DIU, colocando-o como alternativa reversível à ligadura tubária, com eficácia semelhante a esta última.

8. Que as autoridades de saúde nos níveis federal, estadual e municipal assegurem uma distribuição contínua e racional do método em todo o serviço de saúde – com pessoal treinado na inserção e manejo do DIU – e promovam uma ação educativa junto à população, bem como a sensibilização e treinamento do pessoal envolvido nas ações de saúde reprodutiva.

9. A inserção do DIU seja sempre precedida de ação educativa, que permita às próprias usuárias definirem se são ou não boas candidatas, e de uma avaliação profissional desse risco, para reduzir a possibilidade de DIP logo após a inserção.

10. Os/as participantes foram enfáticos/as em considerar proscrito o uso de anestesia para a inserção de DIU e da ultrassonografia para controle rotineiro do seu posicionamento e/ou critério para decidir a retirada do DIU.

11. O seguimento adequado é fundamental para a segurança das usuárias de DIU. Isto deve incluir informação clara, preferivelmente escrita em cartão de controle sob posse da usuária, que indique o modelo inserido e seu prazo de validade, a frequência das visitas de rotina e os sinais de alarme que indicam a necessidade de consulta imediata. Além disso, os serviços devem estar preparados para dar atendimento de emergência sempre que a usuária de DIU precisar de uma consulta por possíveis complicações. Tais medidas são fundamentais, pois o tratamento oportuno é vital para evitar o início ou progressão de DIP.

12. A questão da inserção do DIU por enfermeira treinada, sob supervisão médica, deverá ser objeto de discussão, com participação da Febrasgo, autoridades de Saúde, a Rede Nacional Feminista e os Conselhos Regionais e Federal de Medicina e Enfermagem.

Tema III – Métodos de Barreira

O grupo foi composto somente por mulheres, incluindo uma ginecologista/obstetra representante da Febrasgo, o que foi interpretado pelas participantes do grupo como um reflexo do lugar que os métodos de barreira ocupam entre os meios contraceptivos, ou seja, consideram-se métodos pouco usados, por não terem um status de alta tecnologia que desperte o interesse dos/as profissionais médicos/as, além de tocarem de perto as questões da sexualidade, do conhecimento do corpo etc.

Ressaltou-se a importância dos preservativos feminino e masculino, visto que são os únicos métodos que oferecem dupla proteção contra a gravidez e DST/AIDS e que, na perspectiva atual, a abordagem de um método contraceptivo deve considerar conjuntamente a prevenção da gravidez e das DST/AIDS, ambos riscos associados ao ato sexual.

Os métodos de barreira não têm efeitos sistêmicos e oferecem baixo risco à saúde, a não ser indiretamente, devido à possibilidade de falha em mulheres com fatores predisponentes à gestação de alto risco ou de gravidez indesejada.

Outra característica importante é que promovem o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro, podendo contribuir para a melhoria da relação afetiva-sexual do casal, já que possibilita o compromisso entre os parceiros na responsabilidade compartilhada no que diz respeito à contracepção e à prevenção das DST/AIDS.

Além disso, estes métodos conferem autonomia aos/às usuários/as, permitindo total controle do início e interrupção de uso, sem depender da intervenção de terceiros.

Por último, sua oferta apropriada como opção anticoncepcional contribui para estabelecer um melhor vínculo entre profissional de saúde e a clientela.

O Seminário discutiu também os obstáculos que atualmente impedem uma maior utilização dos métodos de barreira no Brasil. Os obstáculos identificados pelo Seminário enumeram-se a seguir:

1. A orientação/prescrição não é um ato médico valorizado, tendo em vista não serem métodos de alta tecnologia. Saliu-se que métodos de alta eficácia do ponto de vista da contracepção não previnem as DST/AIDS.
2. Em função do baixo interesse comercial, os métodos de barreira não têm recebido o apoio necessário para seu desenvolvimento.
3. A baixa eficácia em relação a outros métodos, muito embora a eficácia dos métodos de barreira aumente muito quando existem orientação e acompanhamento adequados das/os usuárias/os, o que aumenta a incidência do uso correto e constante.

4. A falta de conscientização e introjeção da necessidade da dupla proteção – contraceção e prevenção às DST/AIDS.
5. A dificuldade dos/as profissionais de saúde em lidar com os aspectos relacionados à sexualidade da clientela, sendo que os métodos de barreira são aqueles que mais envolvem aspectos relacionados à sexualidade (tocar o próprio corpo e o corpo do outro).
6. Falta de treinamento dos/as profissionais de saúde, com a conseqüente falta de habilidade para lidar com os métodos de barreira, resultando em desmotivação para indicar estes métodos.
7. Preconceitos, tabus e interesses econômicos dificultam o acesso da clientela ao uso do diafragma e dos preservativos femininos e masculinos, além de, na maioria das vezes, não existir uma logística de suprimento para os serviços públicos de saúde.
8. Alto custo dos preservativos, principalmente o feminino, por ser de uso único.
9. Dificuldade no controle da qualidade do condom masculino e do diafragma. A partir dessa análise, o Seminário concluiu que existe urgente necessidade de promover o uso dos preservativos masculino/feminino junto a outros métodos contraceptivos, uma vez que são os únicos a possibilitarem a dupla proteção.

Recomendações sobre o Tema III – Métodos de Barreira

Diante desses obstáculos, o Seminário propôs as seguintes recomendações:

1. Disseminar a idéia de que a camisinha feminina não substitui a masculina, mas pode ser usada alternadamente, podendo propiciar a divisão de responsabilidades entre o casal. A promoção do condom feminino não deve ser isolada, mas feita em conjunto com o condom masculino, de maneira a propiciar a responsabilidade compartilhada pelo casal e incrementar sua prática.
2. Atuar nos diversos níveis de formação e reciclagem dos/as profissionais de saúde e, em particular, dos/as ginecologistas/obstetras, destacando a importância dos/as métodos de barreira e da dupla proteção.
3. Disseminar o trabalho educativo com qualidade, para mulheres e homens, principalmente adolescentes e jovens, na área de contraceção, enfatizando a dupla proteção. Para tanto, é necessário que se incentive o trabalho educativo com adolescentes nas escolas a respeito da prevenção à gravidez e às DST/AIDS, enfatizando a importância dos preservativos femininos.

4. Buscar formas que estimulem a participação masculina na contracepção e prevenção às DST/AIDS.
5. Investigar, junto ao Ministério da Saúde e da Fazenda, as possibilidades de redução/controle do preço da camisinha feminina.
6. Que a Febrasgo dedique uma página mensal em seus veículos científicos de comunicação para a propaganda sem fins comerciais dos métodos de barreira, enfatizando os preservativos masculino e feminino como métodos que promovem a dupla proteção.
7. Dar apoio à campanha de efetivação do financiamento para pesquisas na área dos microbicidas/prevenção do HIV.
8. Estimular pesquisas sobre:
 - a) eficácia dos métodos de barreira para prevenção de DST/AIDS;
 - b) percepção dos provedores em relação à dupla proteção;
 - c) opinião dos homens sobre o preservativo feminino e avaliação de estratégias para aumentar sua aceitabilidade;
 - d) fatores que facilitem a negociação sexual/aceitabilidade e efetividade dos preservativos masculino e feminino, por período de uso mais longo.

Recomendações Gerais do Seminário

1. Reforçar a participação do movimento de mulheres no Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos e comissões especializadas da Febrasgo, como forma de estimular o uso dos métodos de barreira e da prevenção às DST/AIDS.

Que as pesquisas desenhadas por ginecologistas e obstetras da Febrasgo incluam perspectivas multidisciplinares, com a incorporação de pesquisadores/as da área de Ciências Humanas e Ciências Sociais, bem como que sejam sensíveis à perspectiva de gênero, direitos e cidadania das mulheres.

Implantes, DIU, Métodos de Barreira: Situação atual no Brasil, à luz da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos

Relatores/as Gerais

Anibal Faúndes (Cemicamp – Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas/SP)

Maria Betânia Ávila (SOS Corpo – Gênero e Cidadania/PE)

Maria José de Oliveira Araújo (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/SP)

Apresentadores/as do Tema I – Implantes Anticoncepcionais Subdérmicos

Rosires Pereira de Andrade (Universidade Federal do Paraná)

Sonia Corrêa (Ibase – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas)

Lynn Silver (Universidade de Brasília e Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor)

Relatora do Grupo I: Diana do Prado Valladares (Gerência dos Programas de Saúde da Mulher/Secretaria Municipal de Saúde/RJ)

Coordenadora do Grupo I: Hitomi Miura Nakagava (Genesis – Centro de Assistência em Reprodução Humana e Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília)

Apresentador/a do Tema II – Dispositivos Intra-Uterinos

Jarbas Magalhães (Comissão Nacional de Anticoncepção da Febrasgo)

Lynn Silver

Relator do Grupo II: Anthony D’Aurea Gouveia Abranches (Centro de Estudos e Pesquisas Clóvis Salgado)

Coordenadora do Grupo II: Silvia Bonfim Hypolito (Maternidade Escola Assis Chateaubriand)

Apresentadoras do Tema III – Métodos de Barreira

Marta Edna Diógenes Yazlle (Faculdade de Medicina Ribeirão Preto/USP)

Regina Maria Barbosa (Núcleo de Estudos de População/Unicamp)

Lynn Silver

Relatora do Grupo III: Gilberta Santos Soares (Cunhã – Coletivo Feminista/PB)

Coordenadora do Grupo III: Loren do Carmo Wasielesky Galvão (The Population Council do Brasil)

Participantes

Abraham Juan A. Díaz Moraguez (The Population Council do Brasil)

Ana Paula Alves Ferreira Indig (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/SP)

Astrid Bant (IWHC – International Women’s Health Coalition)

Balbina Lemos (ASPLAN)

Debbie Rogow (IWHC – International Women’s Health Coalition)
Ivis Bezerra (Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia RN)
José Ferreira N. Formiga Filho (Fundação Hospitalar/Distrito Federal)
Marcelino Espírito Hofmeister Poli (Faculdade de Medicina/PUCRS – Hospital São Lucas)
Margareth Arilha (ECOS – Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana)
Maria Benita Alves da Silva Spinelli (CISAM/Universidade de Pernambuco)
Maria Jucinete de Souza (Casa da Mulher do Grajaú/SP)
Regina A. Lopes Pessoa de Aguiar (Universidade Federal de Minas Gerais)
Sabino Pino Neto (Universidade Federal de Pernambuco)
Sílvia Maria Cordeiro (Centro das Mulheres do Cabo/PE)
Tânia das Graças Mauadie Santana (Hospital Pérola Byington)
Vardeli Alves de Moraes (Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Goiás)