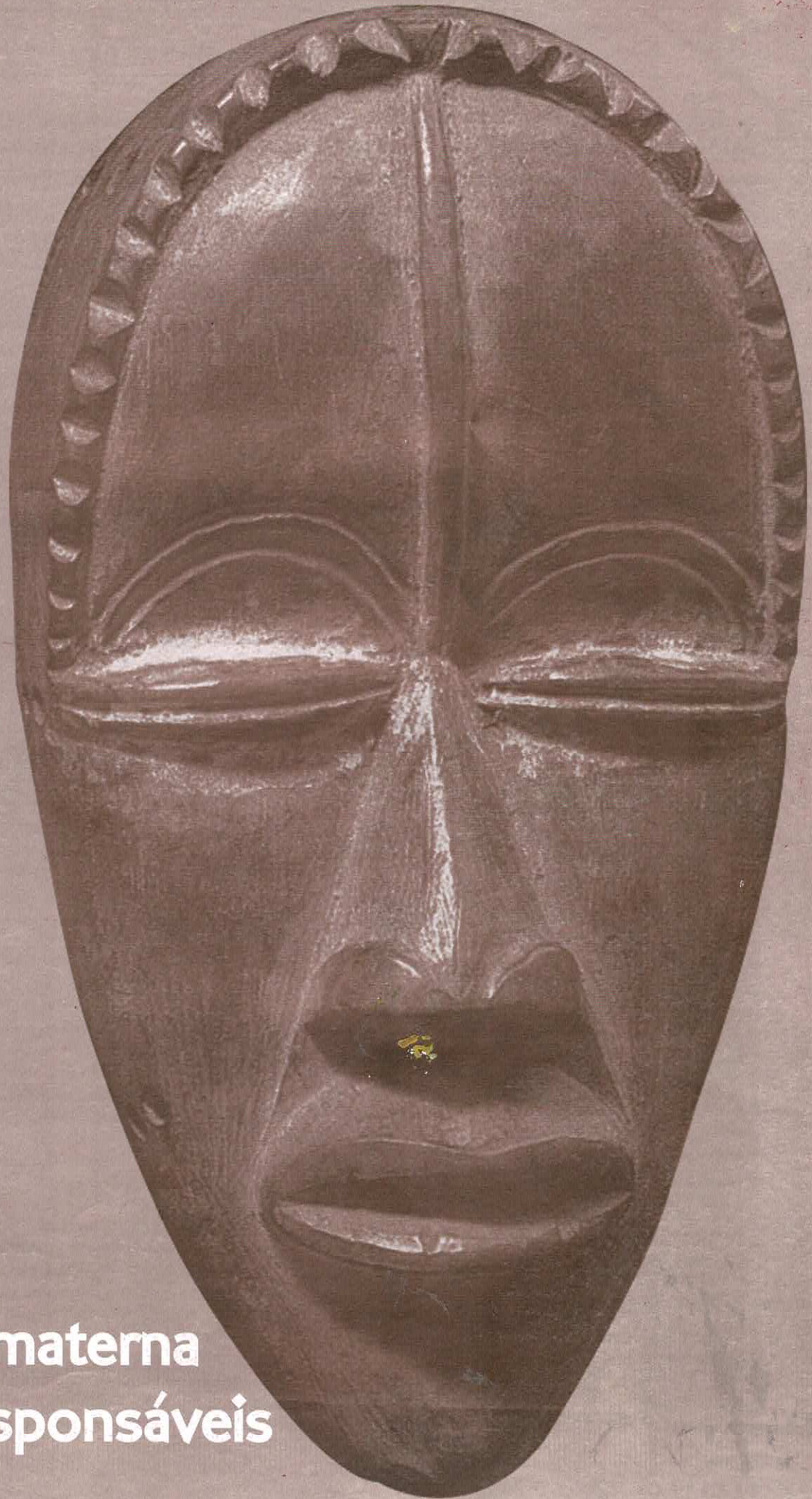


JORNAL DA

REDE FEMINISTA DE SAÚDE

N.º 28

Julho de 2006



**A morte materna
possui responsáveis**

DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE

Seguindo a linha editorial adotada em 2001 – de edições temáticas sobre "mulher, saúde e direitos" – este número do *Jornal da Rede Feminista de Saúde* tem como tema "A Morte Materna possui Responsáveis".

Neste número, apresentamos as principais discussões e resultados de duas atividades realizadas pela Rede Feminista de Saúde (RFS), em 2005, no enfrentamento da morte materna: o "Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna e Interlocução com o Ministério Público" e o "Diálogo com Jornalistas sobre Morte Materna". Foram incluídos dois artigos, um sobre morbidade materna e outro apresentando as ações do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, complementado pela entrevista com Fátima Oliveira para o *Boletim PCRI – Saúde/DFID*.

Este é o primeiro número do *Jornal da Rede Feminista de Saúde* após a realização do 9º Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, realizado em maio de 2006, que elegeu a nova Secretária Executiva (mandato 2006-2010) e novo Conselho Diretor (mandato 2006-2008).

A secretária executiva eleita da RFS é Telia Negrão, jornalista, coordenadora do Coletivo Feminino Plural, e a secretária adjunta é Maria

Lúcia Pereira de Oliveira, psicóloga de Maria Mulher – Organização de Mulheres Negras, ambas da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Em reunião do antigo e do atual Colegiado da RFS, definiu-se que o prazo para a transferência da sede da Rede de Belo Horizonte para Porto Alegre-RS expira em 15 de setembro de 2006. Até lá, Fátima Oliveira é a secretária executiva em exercício, respondendo pela RFS.

Integram o atual Conselho Diretor da RFS dez regionais, com as seguintes representantes: Clair Castilhos, Casa da Mulher Catarina/Regional Santa Catarina; Domingas de Paula Martins Caldas, FASE-PA/Regional Pará; Glória Rabay/Centro da Mulher 8 de Março/Regional Paraíba; Lia Zanota, Agende – Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento/Regional Distrito Federal; Maria Beatriz Oliveira, Movimento do Graal no Brasil/Regional Minas Gerais; Maria Noelci Teixeira Homero, Maria Mulher/Regional Rio Grande do Sul; Neusa das Dores Pereira, CEDOICOM – Centro de Documentação e Informação Coisas de Mulher/Regional Rio de Janeiro; Regine Bandler, Loucas de Pedra Lilás/Regional Pernambuco; Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos, Católicas pelo Direito de Decidir/Regional São Paulo; e Sônia Cleide Ferreira da Silva, Grupo de Mulheres Negras Mahunga/Regional Goiás.

O que é a Rede Feminista de Saúde

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde) é uma articulação política, fundada em 1991. Reúne 266 filiadas (140 instituições e 126 individuais) – entre grupos de mulheres, organizações não governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher – além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa em saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Compõe-se de onze Regionais, organizadas nos seguintes estados: Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e no Distrito Federal, coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretária Executiva.

A Rede Feminista de Saúde possui representações em vários conselhos, comitês e comissões em âmbito nacional, estadual e municipal, e participa de entidades da sociedade civil nos mesmos níveis.

A atuação da Rede Feminista de Saúde fundamenta-se nos seguintes princípios:

- fortalecimento do movimento de mulheres em âmbito local, regional, nacional e internacional nas áreas da saúde, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos;
- reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos;
- reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos;
- defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
- legalização do aborto, constituindo sua prática uma decisão que deve competir à mulher como direito.

JORNAL DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE

Nº 28 – Julho de 2006
Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
ISSN: 1678-6610

Conselho Diretor da Rede

Feminista de Saúde:
Clair Castilhos-SC
Domingas de Paula M. Caldas-PA
Glória Rabay-PB
Lia Zanota-DF
Maria Beatriz Oliveira-MG
Maria Noelci Teixeira Homero-RS
Neusa das Dores Pereira-RJ
Regine Bandler-PE
Rosa de Lourdes A. dos Santos-SP
Sônia Cleide Ferreira da Silva-GO

Secretaria Executiva da Rede

Feminista de Saúde em exercício:
Fátima Oliveira – Secretária executiva
Ana Maria da Silva Soares – Secretária adjunta

Secretaria Executiva da Rede

Feminista de Saúde eleita:
Telia Negrão – Secretária executiva
Maria Lúcia Pereira Oliveira – Secretária adjunta

Conselho Editorial da Rede

Feminista de Saúde:
Colegiado da RFS (Conselho Diretor e Secretária Executiva)

Área de Comunicação da Rede

Feminista de Saúde:
Mônica Bara Maia/Coordenadora
Jalmelice Luz/Jornalista
Renata Jantsch/Jornalista

Assistentes Editoriais:

Carmélia Maria Viana da Rocha
Gabriela Reis
Helenita Lúvia Marcatti Ferreira

Projeto Gráfico:

Paulo Batista

Diagramação e Arte:

Sigla Comunicação

Impressão:

Gráfica Segrac

Apoio:

Fundação FORD
DFID Brasil – Departamento para o Desenvolvimento Internacional
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

Revisão:

Libério Neves

Rua Hermílio Alves 34, 2º. andar
31010-070, Santa Teresa
Belo Horizonte, MG
(55) (31) 3213-9097
E-mail: redesaude@uol.com.br
http://www.redesaude.org.br

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

A RFS não se responsabiliza pelos conceitos e opiniões emitidos nos artigos assinados.

SUMÁRIO

4 a 6	A Morte Materna possui responsáveis <i>Fátima Oliveira</i>
7 a 9	Uma aula e muitas lições sobre a mortalidade materna <i>Ana Cristina d'Andretta Tanaka</i>
10 a 13	Near Miss: as sobreviventes da morte materna <i>Alaerte Leandro Martins e Ana Cristina d' Andretta Tanaka</i>
14 a 17	Experiências e lições em Controle Social da Morte Materna
18 a 20	Pautando a morte materna na mídia
21 a 23	Recomendações para o fortalecimento da aliança entre ativistas/ organizações que lutam contra a morte materna e o Ministério Público <i>Direito</i> O papel do Ministério Público no combate à morte materna <i>Dr.ª. Ela Wiecko Volkmer de Castilho</i> <i>Saúde Pública</i> Balanço de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal <i>Adson Roberto França Santos e Maria José de Oliveira Araújo</i>
24 a 26	
27 a 31	
32 a 34	<i>Perfil</i> Uma colcha tecida a muitas mãos <i>Entrevista com Carmem Regina Medeiros Carneiro</i>
35	Em Pauta

A Morte Materna possui responsáveis

Fátima Oliveira*

Keith Haring



A Rede Feminista de Saúde, conseqüente com seu discurso, desde sua criação (1991), trabalha cotidianamente para visibilizar a crueldade da morte de mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, com vistas a sensibilizar a sociedade e profissionais de saúde para o entendimento de que, em um contexto social e político de deferência à cidadania, mortes quase todas preveníveis e evitáveis não deveriam ocorrer. Além do mais, busca vincar e ampliar a compreensão das famílias enlutadas, informando-as de que, além de um direito, é seu dever integrar a luta para que os governos assumam suas responsabilidades na superação de tão antigo e grave problema de saúde pública, mediante a elaboração e implementação de políticas que dêem conta do enfrentamento real da questão.

"A morte materna possui responsáveis" – frase de simbolismo forte e

singular – é título deste número especial do Jornal da Rede Feminista de Saúde, publicação síntese dos 15 anos da Rede Feminista de Saúde, que celebra a vida das mulheres e dá a exata dimensão da razão pela qual foi criada a Rede Feminista de Saúde; além disso, vem significar a reafirmação do seguinte discurso: "Se a morte materna é um mau *carma* coletivo, urge entoar o *mantra* de que as mulheres morrem de parto porque os governos permitem".

Relembro que *carma* (do sânscrito: "fazer"/"ser"/"agir") é um vocábulo polissêmico, e sua acepção popularizada em português significa "acerto de contas"/"castigo"/"destino desagradável e revelador da lei de causa e efeito", da qual ninguém pode escapar. No mapa numerológico, *carma* evidencia uma posição de crédito ou débito espiritual de cada pessoa na vida atual. No entanto, como alicerce filosófico de várias

religiões orientais, a exemplo do budismo e do hinduísmo, o *carma* é a ação e os resultados a ela pertinentes. Então, pode haver "bom" ou "mau" *carma*. Portanto, a compreensão popular de *carma*, para evidenciar "castigo merecido", é equivocada, já que para as religiões orientais não há a visão de "pagar" um *carma*. Isto é, o *carma* não é algo necessariamente ruim ou punição divina.

Mantra (do sânscrito, "man": mente + "tra": proteção/control) é a palavra ou vibração sonora, cósmica, resultante da combinação de sons que possibilitam a proteção e o controle da mente, sintonizando com a frequência do amor, trazendo recolhimento e tranquilidade. Na prática, *mantra* é uma frase que deve ser repetida, objetivando incorporá-la aos conhecimentos inconscientes, na medida em que a repetição é parte fundamental do processo de aprendizagem.

Acordando que há um mau *carma* na morte materna, a presente publicação significa a entoação de um *mantra*, aqui expresso em fragmentos representativos dos anais das duas principais atividades realizadas pela RFS no bojo do Projeto "Qualificando o Controle Social sobre Mortalidade Materna no Brasil", patrocinado pela Cooperação Britânica: o "Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna e Interlocação com o Ministério Público" (nov. 2005) e o "Diálogo com Jornalistas sobre Morte Materna" (dez. 2005).

Em *Uma aula e muitas lições sobre mortalidade materna*, a prof.ª dr.ª Ana Cristina D'Andretta Tanaka, com a coragem de sempre, afirma:

"O maior fator de risco de vida é a má qualidade da assistência prestada à mulher no estado gravídico-puerperal. Quase todas as mulheres fazem o pré-natal e vários exames de ultra-som, que tem substituído o exame clínico. O ultra-som tem seu valor como exame complementar, mas a clínica é soberana. Somente o conjunto exame clínico, obstétrico e ginecológico, ausculta do feto e escuta da paciente resultará em um diagnóstico e conduta adequados.

O cerne da questão está na relação médico/paciente, usuária e equipe de saúde, isto é, em um tratamento humanizado, o que depende da formação do(a) médico(a) e de sua relação com a prática da medicina".

Alaerte Leandro Martins e Ana Cristina d'Andretta Tanaka, em *Near Miss: as sobreviventes da morte materna*, tocam numa ferida ainda indolor para a prática política feminista, a "morbidade materna", que em outras palavras quer dizer sobreviventes da morte materna – seqüeladas em diferentes graus, desde aquelas que "quase" morreram e aparentemente estão bem até à sobrevida em estado vegetativo, as "mortas-vivas" espalhadas pelo País afora, que não contam nas estatísticas de morte materna e não existem

para mais ninguém além de suas famílias. As autoras encerram o artigo com uma recomendação:

"Por fim, principalmente com o advento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, urge que sejam desenvolvidos estudos sobre a morbidade materna no Brasil, e desta forma propor políticas e protocolos de assistência que reduzam, efetivamente, estes casos e melhorem a qualidade de vida de nossas mulheres".

Em *Experiências e lições do controle social no combate à morte materna*, a partir de casos concretos, foram abordadas:

1) As mortes maternas na Paraíba e a exposição enfática do procurador federal dr. Duciran Van Marcen, do Ministério Público Federal (MPF), sobre o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) como instrumento

Se a morte materna é um mau *carma* coletivo, urge entoar o *mantra* de que as mulheres morrem de parto porque os governos permitem

de excepcional para dizer às autoridades "cumpram sua obrigação";

2) A idéia de uma "Associação Nacional de Familiares e Amig@s de Vítimas da Morte Materna", apresentada por Carmem Regina Medeiros Carneiro, que ousou afirmar: "Minha filha não morreu em vão", e pela jornalista Têlia Negrão, à época coordenadora da Regional RS da RFS, secretária executiva recém-eleita da RFS; e

3) A morte de Vânia Araújo, sob o título "Buscando justiça e a Justiça", quando as advogadas Rúbia Abs da Cruz, coordenadora da Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, e Gleyde Selma da Hora, coordenadora da Advocacia – Advocacia pelos Direitos Humanos,

discorrem sobre como encaminhar as queixas de morte materna à Justiça.

Revisitando os anais do seminário, recuperamos a resposta do promotor Herberth Figueiredo à pergunta: A quem encaminhar uma reclamação, uma queixa, por um desses crimes de responsabilidade de morte materna?

"Primeiro, tem que relatar o fato, de preferência a uma autoridade policial ou ao Ministério Público. Se for fazer a reclamação ou a queixa ao Ministério Público, que seja através de um instrumento chamado Representação. O Promotor tem duas alternativas. A primeira é baixar uma portaria, instaurando um PAI (Procedimento Administrativo Investigatório). Com base nesse PAI, o Promotor pode adotar várias providências: requerer a sindicância junto ao hospital para que o diretor apure; comunicar o fato ao CRM (Conselho Regional de Medicina), determinando a instauração de sindicância para apurar a conduta dos médicos, e também ao diretor do hospital para apurar a responsabilização pelo fato ocorrido. Na segunda, o Promotor pode encaminhar a sua representação, se ele for um promotor preguiçoso, a um delegado de polícia, que determinará ou requisitará a abertura de inquérito policial. Mas se cair para mim, eu vou baixar o PAI, baixo uma portaria e instauro o PAI".

Pautando a morte materna na mídia contém extratos do Diálogo com Jornalistas sobre Morte Materna. Na abertura, Fátima Oliveira disse:

"Procuramos revisibilizar a temática da mortalidade materna em toda ação política da Rede Feminista de Saúde... Nos últimos três anos, analisamos que, embora seja uma temática do cotidiano da ação política das feministas, percebemos que também nós começamos a tratar a morte materna de uma forma naturalizada e banalizada, que é como a sociedade a tem tratado. Assim as mulheres morrem. Em geral elas são pobres, em geral são mulheres que não têm voz.

Vivemos no contexto latino-americano, no qual a morte materna é tida como uma morte gloriosa, porque a Igreja Católica adota o discurso de que se a mulher morreu de morte materna ela vai para o céu. Então, assim ninguém tem de se importar muito com isso, pois foi embora cedo porque Deus a chamou. É uma coisa muito presente no senso popular, a visão religiosa da morte materna, o que tem contribuído, também, para a invisibilidade dessas mortes".

O evento objetivava responder às seguintes indagações: o que a imprensa pode fazer pela redução da mortalidade materna no Brasil? Por que a mortalidade materna no Brasil, que mostra taxas dez vezes superiores às de países da Europa, não chama a atenção da mídia?

Mais que responder, os debates trouxeram questões como as vocalizadas pela jornalista Etienne França (UNFPA-Brasil – Fundo de População das Nações Unidas), aqui reproduzidas como paradigmáticas do tom das discussões:

"Como seduzir os responsáveis pela pauta, pela produção, para a importância do tema? O conceito de culpa da moral judaico-cristã – que vê como necessário e natural o sofrimento no parto – tem uma influência muito forte na nossa sociedade (...). Até que ponto esse discurso não está influenciando também a seleção e o afinamento de pautas nos veículos, ou pelo menos na grande mídia? Como é que a gente pode sensibilizar essas pessoas da produção de notícias? Como é que a gente escapa um pouco desse sentimento de culpa? Por que esta questão tem de estar envolvida ou ligada ao sofrimento? E por que a gente tem de sofrer para ser mãe ou senão não vale?"

Sob o título *Recomendações para o fortalecimento da aliança entre ativistas/organizações que lutam contra a morte materna e o Ministério Público*, encontram-se editadas as principais dificuldades e sugestões apresentadas por participantes do Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna e

Interlocução com o Ministério Público.

A seção "Direitos" traz a exposição elucidativa da dr^a. Ela Wiecko Volkmer de Castilho, Subprocuradora Geral da República e Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão (2004-2006), que afirmou, em *O papel do Ministério Público no combate à morte materna*:

"Uma das funções do MP é zelar pelos serviços de relevância pública. O serviço de saúde é um serviço de relevância pública. E o que significa zelar? Significa cuidar. Daí também a ideia de fiscalizar para verificar se o serviço é bem prestado. Em nossa função de verificar se o poder, principalmente o poder executivo, vem aplicando bem a lei e elaborando políticas públicas, há dois caminhos principais: o caminho extrajudicial ou quase judicial e o caminho judicial".

Na seção "Saúde Pública", há uma "prestação de contas" do que o Ministério da Saúde tem realizado para concretizar o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, elaborada pelo Coordenador Nacional do "Pacto", dr. Adson França, e pela coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Maria José de Oliveira Araújo. Há, também, um olhar crítico – a partir de uma avaliação parcial – sobre as ações pela materialização do Pacto no âmbito dos governos, em uma entrevista de Fátima Oliveira ao PCRI-Saúde de maio de 2006.

Na seção "Perfil", sob o sugestivo título de *Uma colcha tecida a muitas mãos*, há uma entrevista com Carmem Regina Medeiros Carneiro, coordenadora geral da Associação Nacional Marina Carneiro, uma mãe que disse:

"A morte da Marina foi a notícia mais impactante para todos nós, a maior tragédia das nossas vidas, e eu só acreditei quando a vi no caixão... Mas em contrapartida, a minha atitude, a minha escolha de viver a dor criando esta Associação tem dado a eles [meus filhos] vontade de continuar a viver,

de participar da luta, de ficar junto para que outras mulheres não morram e seus familiares não passem o que a nossa família está passando".

Este número especial do Jornal da Rede Feminista de Saúde é um tributo à energia e ao suor das secretárias executivas da RFS que me antecederam (Betânia, Mazé e Bel – e sua adjunta Liège Rocha), e também a todas aquelas que, sob uma frondosa árvore no XI Encontro Nacional Feminista (Caldas Novas, 1991), juntas lançaram a pedra fundamental da Rede Feminista de Saúde. Traz também um agradecimento especial às companheiras do Instituto Patrícia Galvão – Comunicação e Mídia que, desde quando o Projeto "Qualificando o Controle Social sobre Mortalidade Materna no Brasil" era apenas uma ideia embaralhada em minha cabeça, não tiveram dúvidas e disseram: "Sim, vamos contribuir". Também a Aureliano Biancarelli, com certeza o primeiro jornalista da grande imprensa a se tornar amigo incondicional da RFS, que nos assessorou na cobertura do Prêmio Galba de Araújo 2005 e elaborou o Relatório Final do Seminário Diálogo com Jornalistas sobre Morte Materna; saiba ele que, para a RFS, "amigo é coisa pra se guardar dentro do peito, sempre!".

Para encerrar, fazemos nossas as palavras de Aureliano Biancarelli, nas Considerações Gerais no Relatório Final do Diálogo com Jornalistas sobre Morte Materna: "A morte materna (...) revela a negação de todos os direitos da mulher".

* Fátima Oliveira é médica, secretária executiva (2002-2006), em exercício da Rede Feminista de Saúde. E-mail fatimaoliveira@ig.com.br

Uma aula e muitas lições sobre a mortalidade materna

Ana Cristina d'Andretta Tanaka*

Ana Cristina d'Andretta Tanaka é uma das fontes mais procuradas quando jornalistas querem saber sobre morte materna. Seu discurso vai muito além dos números absolutos das mulheres que morrem por causas ligadas à gravidez e ao parto. O viés da contabilidade engana ao comparar, por exemplo, as 2.000 ou 3.000 mortes maternas com as mais de 50 mil vítimas de acidentes de carro. Vista por esse ângulo, a morte materna parece não ser notícia. Nem chama a atenção quando se informa, oficialmente, que a razão de morte materna no Brasil é de 54 para 100.000 nascidos vivos.

A morte materna revela a desigualdade na atenção à saúde e a negação dos direitos da mulher. Revela, também, a culpa pela imobilidade de todos nós, dos grupos de

saúde, dos movimentos feministas, dos especialistas da academia, do Estado e da mídia. Denuncia o despreparo e a negligência dos serviços, de profissionais e das escolas médicas, pois as principais causas da morte materna são as obstétricas diretas, que ocorrem dentro dos hospitais, apontando a precariedade dos serviços e a imperícia médica.

Tanaka denuncia: nos encontros das associações que reúnem ginecologistas e obstetras, as conferências que tratam da cosmética (tratamento da beleza) ginecológica estão sempre cheias, enquanto a sala onde se fala da morte materna – quando há uma sala para isso – está sempre vazia.

Aureliano Biancarelli

O que é morte materna?

Por definição, é a morte de uma mulher durante a gravidez, durante o parto e após o nascimento da criança, período chamado de puerpério. São dois os períodos em discussão atualmente: o clássico, aceito e recomendado pela OMS, que vai desde a fecundação até o 42º dia após o parto ou o término da gestação, porque este é o tempo que o útero precisa para voltar ao lugar; o outro é aquele decorrente da morte após os 42 dias, por problemas relacionados ao estado gestacional e à amamentação, por exemplo, a psicose pós-parto.

Discute-se, atualmente, a necessidade de que o puerpério seja estendido para um ano após o parto.

Contamos apenas uma "fatia" das mortes

Quando se trata dos indicadores da morte materna, tem-se uma razão e não coeficiente. Ou seja, enquanto no numerador tem-se o número de mulheres que morreram por essas causas, no denominador não figuram todas as mulheres expostas ao risco, apenas as mães de crianças que nasceram vivas. Não aparece o total de mulheres que engravidaram, ou seja, ficam fora as que abortaram e as que tiveram filhos que nasceram mortos.

Desta forma, trabalha-se apenas com uma fatia das mulheres que se vêem expostas ao risco de morrer por complicações da gravidez, do parto e do puerpério.

No Brasil, a razão de mortalidade materna manteve-se estagnada de 1985 a 1995. Entre 1996 e 1998 ocorreu uma elevação deste índice, seguido de queda entre 1999 e 2001. Entre 2001 e 2003 ocorreu nova-

mente uma ligeira elevação. Em 2003 o dado oficial desta razão foi de 54 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No Canadá a razão é de três, e na Suécia é de dois.

Como era de se esperar, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil a mortalidade é muito mais alta do que a das regiões Sul e Sudeste.

Uma questão econômica – e de vontade política

Nos países mais pobres, a mortalidade materna é muito mais alta do que nos desenvolvidos. Mas, isto não significa que essas mortes estejam ligadas diretamente ao desenvolvimento econômico do país. Na verdade, ela depende da política de saúde local, da organização e integração dos serviços de saúde e da qualidade da assistência prestada à mulher.

Ao se comparar o PIB *per capita* da Europa com o da América do Norte, observa-se que estes são muito semelhantes, no entanto, a taxa de mortalidade norte-americana é duas vezes maior que a europeia. Ao se fazer esta mesma análise entre países da América Latina, constata-se que Cuba tem um PIB *per capita* muito mais baixo do que o do Brasil, e uma mortalidade materna muito menor do que a registrada em nosso País.

A grande maioria de mulheres está morrendo onde? Nos países onde os investimentos e as políticas de saúde nessas áreas são menores, de modo geral, isto ocorre nos países em desenvolvimento. A importância da morte materna nesses países é muito pequena. Valoriza-se a criança e não a mulher.

Mortes não declaradas

A morte materna é mal-informada. Quem declara o óbito é o médico. Quando não há assistência médica, o delegado pode fazer a declaração do óbito e colocar que a morte foi sem assistência médica. A declaração tem que ser assinada por duas testemunhas. No caso de o óbito ocorrer na presença de um médico, ele deve declarar a causa básica do falecimento.

Em relação à morte materna é freqüente que o profissional declare uma causa vaga, impedindo sua classificação como óbito materno. Por exemplo, descreve-se – como causa de morte – infecção ou parada cardiorrespiratória, mas não se especifica a doença que levou à infecção ou à parada cardiorrespiratória.

O problema da desinformação da morte materna é freqüente no mundo inteiro. No Brasil, estima-se que para cada morte materna declarada, há mais uma não declarada. Dados de pesquisas mostram uma subinformação que varia de 1,69 a 1,70.

Assim, o dado oficial da razão de mortalidade materna é de 54 por cem mil nascidos vivos, mas, na realidade, ele está em torno de 92 mortes para cada cem mil nascidos vivos.

Do que morrem as mulheres?

As mulheres morrem basicamente de causas obstétricas diretas, que são:

1. Doença hipertensiva específica da gestação;
2. Hemorragias que ocorrem no ciclo gravídico-puerperal. A mais freqüente é a hemorragia que ocorre logo em seguida ao parto, porque o útero não se contrai direito. O problema é que não se acompanha o pós-parto para verificar se a mulher está sangrando. Quando chega alguém, ela já está em pré-choque e quase morta;
3. Infecção puerperal, causada por restos que ficam no útero, às vezes por negligência; e
4. Complicações decorrentes do aborto, que têm suas taxas inalteradas ao longo do tempo. A mulher morre, principalmente, por infecção ou hemorragia após o aborto. Em sua quase totalidade, as causas ligadas ao aborto são evitáveis.

Como, no Brasil, o aborto ainda é criminalizado, o atendimento às mulheres em situação de abortamento, provocado ou não, é carregado de um juízo de valor, é desumano e desleal. Fazendo uma analogia, é como assistir mal um adolescente inabilitado que bateu o carro, deixando-o esperar, sangrando, pelo atendimento. Tal é com o aborto: se a mulher cometeu um crime, ela pode esperar para ser atendida, ou pode ser assistida com desconsideração.

Entre as últimas causas de morte materna encon-

tram-se óbitos denominados obstétricos indiretos. São as doenças que se agravam ou surgem durante a gravidez, prejudicando a saúde da mulher. São basicamente o diabetes, as cardiopatias e as nefropatias – doenças que têm seu curso alterado pela presença da gestação.

Em geral, nos países desenvolvidos, as causas obstétricas indiretas têm mais peso na morte materna. Nesses países, entre as causas diretas destacam-se as embolias obstétricas, de difícil diagnóstico e inevitáveis. Ou seja, nos países desenvolvidos, as mortes por causas evitáveis estão controladas.

Fatores de risco para morte materna

1. Cesáreas matam sete vezes mais

A cesárea representa um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de quadros hemorrágicos. A cesárea, na maioria das vezes, não traz complicações nessa gestação, mas predispõe a mulher a problemas em gestação futura. É comum a ocorrência de problemas hemorrágicos em mulheres que passaram por cesáreas. Um exemplo é a inserção baixa de placenta, que pode levar a uma patologia placentária, denominada de acretismo placentário, em que ela penetra mais do que deveria, resultando em sangramentos de difícil controle, que podem levar a mulher a óbito.

No Brasil, apesar de vários estudos mostrarem que cesárea mata sete vezes mais que o parto normal, os profissionais continuam abusando desta cirurgia.

2. Trocando a mão do médico pelo ultra-som

O maior fator de risco de vida é a má qualidade da assistência prestada à mulher no estado gravídico-puerperal. Quase todas as mulheres fazem o pré-natal e vários exames de ultra-som, que vêm substituindo o exame clínico. O ultra-som tem seu valor como exame complementar, mas a clínica é soberana. Somente o conjunto de exames clínico, obstétrico e ginecológico, ausculta do feto e escuta da paciente, resultará em um diagnóstico e conduta adequados.

O cerne da questão consiste na relação médico/paciente, usuária e equipe de saúde, isto é, em um tratamento humanizado, o que depende da formação do profissional e de sua relação com a prática da medicina.

3. Peregrinando em busca de assistência

Outro ponto importante é a peregrinação por uma assistência à saúde. A gestante vai "n" vezes ao serviço, já em trabalho de parto, e não tem acesso à hospitalização, a não ser quase na hora do parto.

Apesar de haver o sistema regionalizado, teoricamente hierarquizado, e de existir uma central de leito,

na hora de ter o bebê a mulher só consegue entrar no serviço quando já em estado quase expulsivo. Mas todo trabalho de parto tem de ser acompanhado, porque é o momento de maior risco. A qualquer sinal de anormalidade, se não houver uma intervenção adequada, a mulher morre e o bebê também.

No entanto, na hora do trabalho de parto essa mulher está fora do hospital. Há lugares onde a mulher mendiga por uma assistência. Ela vai para aquele hospital por cinco, seis, dezoito vezes, até conseguir a internação. Depois de conseguir, fica esperando a troca de plantão, espera vagar leito, espera que a equipe venha examiná-la. Quando alguém da equipe de saúde for prestar o atendimento, essa gestante já ficou quatro horas dentro do hospital, às vezes sem ser vista por ninguém.

Em períodos de festas de Natal, Ano Novo e feriados prolongados, é um caos. Os hospitais dizem não ter leito vago porque, na verdade, não querem internar pacientes.

Além disso, há a desarticulação do sistema de referência e de contra-referência. Isto é, o setor primário, que são as unidades básicas de saúde, não consegue referir as gestantes para os hospitais, e estes, por sua vez, depois que elas têm o filho, não as encaminham novamente para as unidades de saúde.

É importante enfatizar que ocorre mais morte em hospital público porque o hospital particular não fica com a iminência de uma complicação. Os hospitais públicos recebem as mulheres de maior risco, e por isso apresentam uma taxa de mortalidade materna maior.

As dimensões da morbidade materna

A magnitude da morbidade materna é, seguramente, muito maior do que a da mortalidade. Vários estudos têm demonstrado que muitas mulheres ficam seqüeladas por problemas ocorridos na gravidez e no parto. Por exemplo, há um número elevado de mulheres que foram histerectomizadas após o parto por complicações ou inadequações da assistência.

Esses estudos mostram uma variação na magnitude da morbidade que varia de 4 a 100 mulheres seqüeladas para cada morte materna. No caso do Brasil, pode-se estimar que o número de mulheres que apresentam seqüelas ou problemas de saúde decorrentes da gestação, parto e ou puerpério, varia de 7.000 a 160 mil mulheres.

* Ana Cristina d'Andretta Tanaka é enfermeira, professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP, diretora do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza e integrante da Comissão Nacional de Mortalidade Materna.
E-mail: acdatana@usp.br

Nota: Este texto foi elaborado a partir de relatório do Seminário Diálogos com Jornalistas sobre Morte Materna, produzido pelo jornalista Aureliano Biancarelli, e revisado pela autora.

Brasil: um olhar sobre mortalidade materna, segundo o quesito cor, 2000 a 2003

Os óbitos de mulheres pardas apresentaram maior participação nos óbitos por causas maternas entre 2000 e 2003 (41,5%, em 2003). Os óbitos maternos das brancas ficaram em segundo lugar.

Em 2003, entre as causas diretas de morte materna, a doença hipertensiva específica da gestação (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) representou a primeira causa de óbito materno em todas as categorias do quesito cor consideradas (branca, preta, parda, amarela e indígena). Nas brancas, essa causa representou 22,4%; nas pardas, 26,7%; e nas pretas,

35,3%. Nas pretas, o deslocamento prematuro da placenta foi superior ao observado entre as brancas e pardas. Os óbitos por aborto apresentaram maior participação na mortalidade materna entre pretas e pardas (14,2% e 11%, respectivamente).

Os óbitos por aborto passaram de 128 casos em 2000 para 152 em 2003. Mesmo com a elevada subnotificação, ainda assim é considerável sua participação no grupo de causas diretas. No período analisado, tem-se uma redução da distribuição percentual dos óbitos por aborto nas brancas e um aumento nas pretas e

nas pardas. Nas pretas o aumento chegou a 88%, passando de 12 para 22 casos.

Em 2003, entre as causas indiretas, as que mais se destacaram foram: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, anemias, defeitos de coagulação. As doenças infecciosas e parasitárias ficaram em segundo lugar, destacando-se entre as pretas.

Os óbitos pelo HIV apresentaram maior proporção nas brancas e, em seguida, nas pardas. O número de óbitos decorrentes de hipertensão preexistente foi superior nas pardas.

Fonte: Saúde Brasil 2005 – Uma análise da situação de saúde no Brasil (disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte1.pdf). Dados sistematizados por Rurany Ester Silva, Assessora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, e apresentados na Oficina Saúde da Mulher Negra, 19 de maio de 2006, em Brasília.

Near Miss: as sobreviventes da morte materna

Alaerte Leandro Martins* e Ana Cristina d' Andretta Tanaka**

A ocorrência de óbito materno constitui um ato de violência contra a mulher, ferindo um direito fundamental que é o direito à vida¹. Trata-se de morte anunciada para as mulheres excluídas, na medida em que ocorre mais em países pobres e em desenvolvimento. Os estudos também comprovam que acomete especialmente as mulheres de baixa renda e escolaridade, ocorrendo principalmente na periferia dos centros urbanos.

Nesse sentido, a Razão de Mortalidade Materna pode ser considerada como um indicador de desigualdade, na medida em que apresenta uma grande diferença entre países desenvolvidos, com taxa em torno de 5 a 10/100.000 nascidos vivos, e países em desenvolvimento, onde atinge níveis muito altos, como razões de 170/100.000 nascidos vivos no Paraguai, em 2000², e no Brasil de 75/100.000 nascidos vivos, em 1998. Em alguns países subdesenvolvidos o coeficiente chega a índices elevadíssimos.

Near miss: morbidade materna grave

A morte materna é apenas a ponta de um *iceberg*, não expondo a real magnitude do problema. Por isso, para evidenciar melhor a situação da assistência à saúde da mulher, novos métodos de estudo vêm



Victor Brecheret

sendo utilizados desde a década de 1990, entre eles a investigação das morbidades maternas severas – “*near misses*”. O estudo das “*near misses*”, ou casos sobreviventes, seria um meio mais representativo de ver deficiências na atenção à saúde da mulher^{3,4}, e na literatura refere-se a *severe obstetric morbidity*, *acute severe maternal morbidity*, *near miss mortality* e *near miss maternal mortality*, o que se traduz como morbidade materna grave.

Estudo de casos de *near miss* em países em desenvolvimento pode ser um indicador mais sensível da assistência obstétrica

A necessidade de se estudar e entender esta questão se deve ao fato de que “... a morbidade materna é muito mais comum que a mortalidade, este é um melhor indicador da eficácia de programas de maternidade segura (...) Aproximadamente 40% das gestantes experimentarão algum tipo de morbidade, sendo que o alto risco materno e fetal é em torno de 15%, e 9 a 15% das gestantes apresentaram sérias complicações após a gestação, parto e ou puerpério”⁵.

Mais recentemente, revisão de literatura sobre morbidade materna severa⁶ encontrou, em 38 estudos, que estas ocorrem entre 0,07 a 8,23% dos nascimentos, dependendo da região estudada. Tal fato evidencia a necessidade dos estudos nesta área e está de acordo com a diferença nos coeficientes de mortalidade citados anteriormente.

As complicações obstétricas abarcam distintos graus de gravidade que

causam sofrimento e, às vezes, deixam seqüelas, que também variam de grau de gravidade nas mulheres⁷. Dessa forma, a definição conceitual dos casos de *near miss* ainda está em estudo, encontrando-se desde doenças obstétricas até os casos em que foram necessárias manobras de ressuscitação ou as que foram transferidas para unidades de tratamento intensivo (UTI)^{4,8,9,10}.

No final de década de 1990, alguns autores afirmaram que definir o caso como de *near miss* apenas pela necessidade de transferência para UTI não seria a maneira mais adequada, pois essa transferência mostra-se intimamente relacionada à organização e integração entre os serviços de saúde. Desta forma, talvez não se possa fazer comparação entre países ou regiões, em decorrência dos diferentes níveis de organização dos serviços de saúde (disponibilidade de vaga em UTI) ou dos estilos de prática clínica; além do que, nem todos os casos de *near miss* necessitam de admissão em uma UTI. Pode-se citar, como exemplo, a hemorragia obstétrica severa, que põe a mulher em risco de vida, mas pode ser tratada sem transferência para UTI^{11,12}.

Para precisar a definição de *near miss* seria necessário utilizar múltiplas medidas, indo além de quaisquer simples critérios como hospitalização, transferência para UTI ou falha orgânica; cada medida, por si só, seria uma definição imperfeita. Em estudo onde foram utilizadas aproximações qualitativas e quantitativas para classificar uma mulher como *near miss*¹³, identificou-se que 50% dos casos de *near miss* receberam manobras de ressuscitação.

Fatores de risco para a morbidade materna grave

Apesar da dificuldade existente de definição, o estudo das *near miss* vem avançando, e hoje existem vários trabalhos específicos sobre causas, incidência e fatores de risco. Estudo que analisou os fatores de risco que expõem a mulher a agravos a sua saúde encontrou: idade acima de 34 anos; raça/etnia não brancas; exclusão social; doenças preexistentes; intercorrências durante a gestação e o parto; indução do parto; e cesárea de emergência. Os autores concluíram que mais do que 1 em 100 mulheres grávidas tiveram a vida ameaçada se não fossem atendidas a tempo, sendo 118 casos para

Assim como na mortalidade, nos casos de *near miss* pode-se estabelecer a evitabilidade e a responsabilidade dos casos

cada morte materna. Conclui-se que a morbidade materna severa é mensurável e pode ser uma forma significativa para obter melhorias na assistência à saúde da mulher¹⁴.

Quanto às causas da morbidade materna severa, suas frequências alteram-se um pouco entre uma e outra doença, conforme a região, mas destacam-se: as doenças classificadas como obstétricas diretas, à semelhança da mortalidade materna, como eclâmpsia e pré-eclâmpsia, infecção puerperal, aborto e hemorragias, entre outras.

Assim como na mortalidade, nos casos de *near miss* pode-se estabelecer a evitabilidade e a responsabilidade dos casos¹⁵. Para tanto, os serviços de

saúde devem manter auditoria permanente, o que, por certo, também é uma forma de prevenção da mortalidade materna.

Ampliando os estudos sobre morbidade materna severa

Uma nova proposição para ampliar estudos da morbidade obstétrica severa é a criação de um Índice de Mortalidade, que seria o total de morte materna dividido pelo total de *near miss* mais morte materna, expresso em percentual¹⁶. Outra análise que poderia ser feita é a comparação de custos entre o parto normal e o de casos de *near miss*¹⁷. Esta análise talvez fosse uma forma de sensibilizar especialmente os gestores da atenção obstétrica.

No Brasil são raros os trabalhos sobre morbidade materna severa. Existe o estudo no Hospital Materno Infantil de Goiânia, em que se calculou a taxa de transferências para UTI, onde as *near miss* ocorreram em 33 casos, de um total de 5.224 internações, levando a uma taxa de 8,2/1.000 partos⁷.

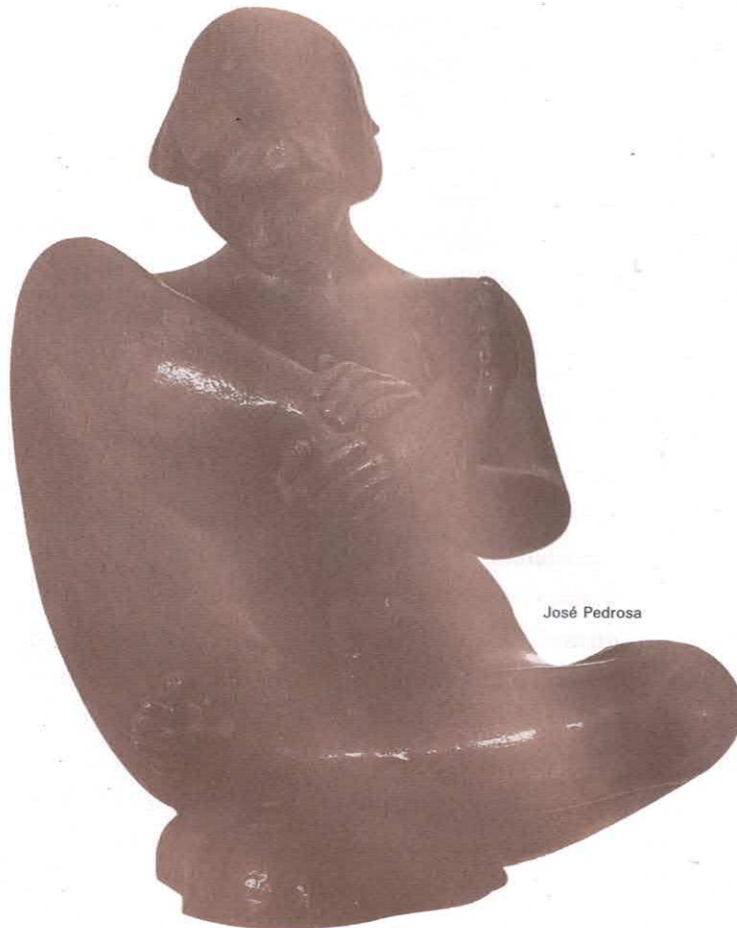
Outro trabalho¹⁰ é o de Campinas, que estudou os casos ocorridos entre 1991 e 2000. Foram analisadas as transferências para UTI de 40 mulheres, de um total de 28.660 partos, com taxa de 1,4/1.000 partos. As principais causas dessas transferências foram as desordens hipertensivas (41%), hemorragias (15%) e sepsis (13%). A taxa de cesárea neste grupo foi de 75,4%. Os autores afirmaram que o estudo de casos de *near miss* em países em desenvolvimento pode ser um indicador mais sensível da assistência obstétrica e permitir maior vigilância e provisão de cuidados à

mulher no ciclo gravídico puerperal.

Como já foi explorado anteriormente, considerando que a transferência para uma unidade de terapia intensiva, no Brasil, é uma tarefa árdua, pois a disponibilidade de leitos nessas unidades é escassa, os casos de *near miss*, em nosso meio,

deveriam ter uma definição mais ampla, compreendendo as mulheres que:

1. Tiveram qualquer falha aguda ou disfunção severa de um sistema orgânico, como descompensação cardíaca, disfunção respiratória, imunológica ou cerebral.



José Pedrosa

Reconhecendo a dívida do feminismo para com as sobreviventes de morte materna

É preciso reconhecer que a luta feminista pela saúde tem uma dívida histórica com as mulheres sobreviventes das complicações na gravidez, parto e puerpério. De fato, como o evento da mortalidade materna ainda se mantém em patamares inaceitáveis, no Brasil, não morrer acaba sendo uma "sorte" e resul-

tando em desconhecimento do movimento com a questão. Mas o fato é que muitas mulheres vão carregar, por toda a sua vida, seqüelas indeléveis da assistência precária e insuficiente à gestação, ao parto e ao puerpério.

Se a gravidez não é uma doença, as mulheres não devem morrer nem ficar seqüeladas.

2. Precisaram de hospitalização por mais de 4 dias ou internações repetidas.
3. Foram admitidas em unidades de tratamento intensivo; receberam transfusão sanguínea; tiveram cesárea ou histerectomia de emergência; tiveram complicações anestésicas; e receberam manobras de ressuscitação.
4. Apresentaram alguma das seguintes patologias: hemorragias, desordens hipertensivas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia, infecção puerperal e aborto.

Por fim, principalmente com o advento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e

Neonatal, urge que sejam desenvolvidos estudos sobre a morbidade materna no Brasil, e desta forma propor políticas e protocolos de assistência que reduzam, efetivamente, esses

As complicações obstétricas abarcam distintos graus de gravidade que causam sofrimento e, às vezes, deixam seqüelas, que também variam de grau de gravidade nas mulheres

casos e melhorem a qualidade de vida de nossas mulheres.

* Alacerte Leandro Martins é enfermeira, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP. Ex-presidente e integrante do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. Filiada à Rede Feminista de Saúde.

E-mail: alaerteleandro@terra.com.br

** Ana Cristina d'Andretta Tanaka é enfermeira, professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP. Diretora do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza. Integrante da Comissão Nacional de Mortalidade Materna.

E-mail: acdatana@usp.br

Referências Bibliográficas

1. TANAKA, A. C. D'A. **A Mortalidade Materna**: indicador de iniquidade. Conferência proferida no 3 COBEON. Salvador, 2001, 6 p. [texto digitado].
2. **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2004, disponível no sítio www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf, em 29 de maio de 2006.
3. DRIFE, J. O. Maternal "near-miss" reports? **BMJ**, Oct 1993, 307(6912): 1087-1088.
4. BASKETT, T. F.; STERNADEL, J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. **Br J Obstet Gynaecol**, Sep 1998, 105(9): 981-984.
5. FILIPPI, V.; RONSMANS, C. New tools for prioritizing and evaluating safe motherhood programmes: the "near-misses" and the sisterhood method. **Maternal Health Research**, disponível em <http://www.lshtm.ac.uk>, em 02 de agosto de 2002.
6. MINKAUSKIENE, M.

- Incidence/prevalence of severe maternal morbidity** – a literature review. Review prepared for the 12th Postgraduate Course in Reproductive Medicine and Biology, Geneva, Switzerland, Aug 13, 2003.
7. AQUINO, E. Repensando a mortalidade materna nos marcos dos direitos reprodutivos de jovens e adolescentes. Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos, Mac Arthur, n. 5, ano 3, maio 2002.
8. VIGGIANO, M. B.; VIGGIANO, M. G. C. A necessidade de cuidados intensivos e o termo "near-miss mortality" aplicado à realidade obstétrica brasileira. **GO Atual**, Set 2000, 9: 29-34.
9. DUFFY, S.; GAFFNEY, G. Maternal admissions to ICU – time to re-evaluate. **Ir Med J**, Sep 2001, 94(8): 248-249.
10. SOUZA, J. P. D. de; DUARTE, G.; BASILE-FILHO, A. Near-miss mortality in developing countries. **Eur J Obstet Gynecol Rep Biol**, 2002, 104: 80.
11. BOUVIER-COLLE, M. H. *et al.* Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. **Br J Obstet Gynaecol**, Nov 1999, 106(11): 1.234.

12. MANTEL, G. D. *et al.* Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. **Br J Obstet Gynaecol**, Sep 1998, 105(9): 985-990.
13. GELLER, S. E. *et al.* Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. **J Am Med Womens Assoc**, 2002, 57(3): 135-139.
14. WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. **BMJ**, May 2001, 322: 1089-1094.
15. PATTINSON, R. C. *et al.* Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? **BJOG**, Oct 2003, 110(10): 889-893.
16. VANDECRUYS, H. *et al.* Severe acute maternal morbidity and mortality in the Pretoria Academic Complex: changing patterns over 4 years. **Eur J Obstet Gynecol Rep Biol**, Apr 2002, 102(1): 6-10.
17. BORGHI, J. *et al.* Costs for near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. **Health Policy and Planning**, Dec 2003, 18(4): 383-390.

Experiências e lições em Controle Social da Morte Materna

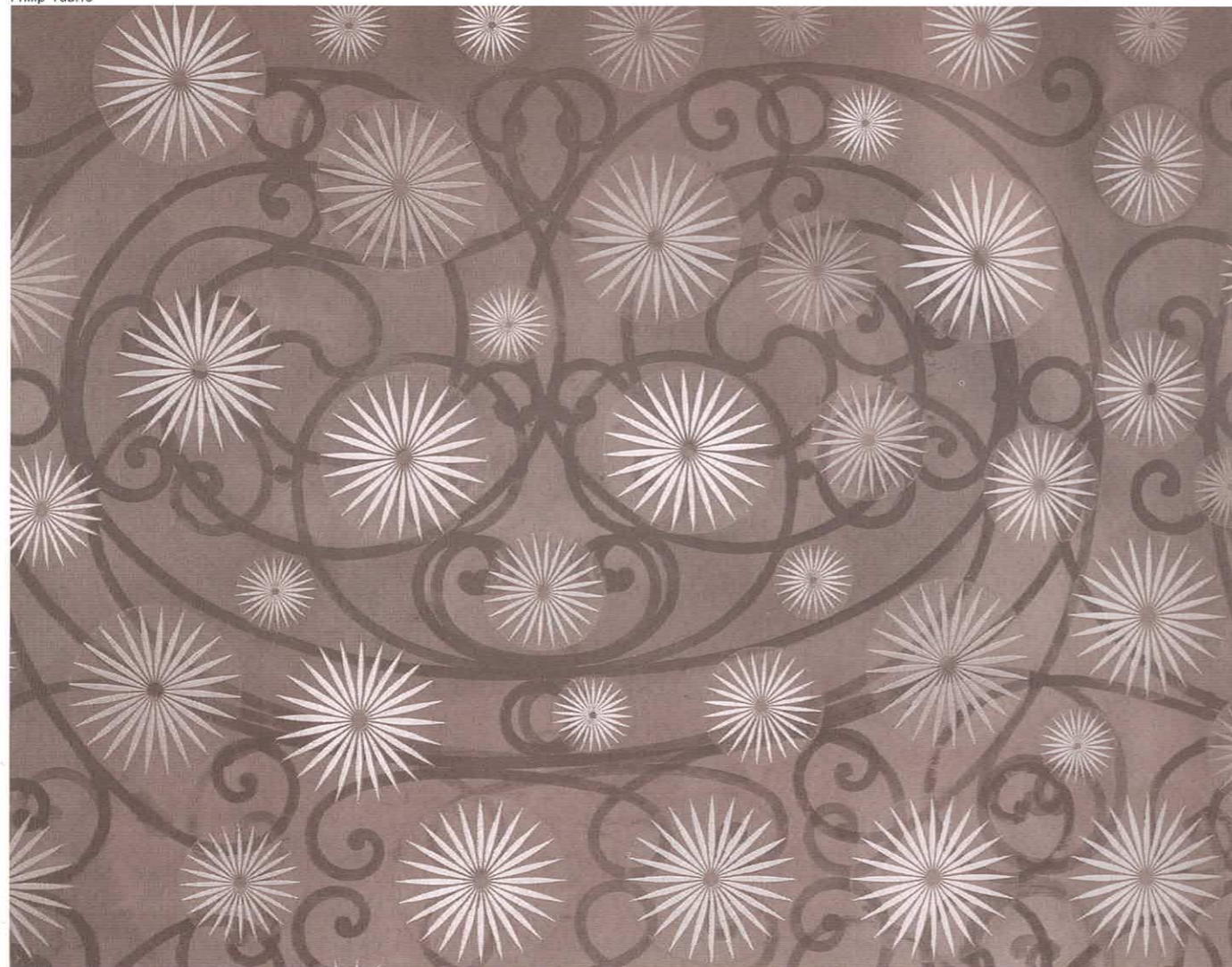
Realizado em 17 de novembro de 2005, em Brasília, o Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna e Interlocação com o Ministério Público foi promovido pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, com apoio da Fundação Ford, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA-Brasil) e da Regional DF da Rede Feminista de Saúde. O evento foi, também, uma atividade solidária à Marcha Zumbi +10 (16 de novembro de 2005).

Patrocinado pelo "Department for International Development" (DFID-Brasil), o seminário foi dirigido a

integrantes de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, do Ministério Público Federal e Estaduais, de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de Organismos Governamentais de Direitos da Mulher, além de coordenadoras de Regionais e filiadas da Rede Feminista de Saúde.

Durante o evento, foram apresentados casos emblemáticos de morte materna para os quais o movimento feminista tem apresentado diferentes respostas. O artigo a seguir trata desses casos e propõe a reflexão sobre estratégias que podem ser acionadas pelo movimento social no enfrentamento da morte materna.

Philip Taaffe



Descaso na Saúde Pública

Entre 26 de maio e 18 de junho de 2005, ocorreram, em João Pessoa, seis óbitos maternos entre mulheres jovens (média de 21 anos de idade), todas negras, provocados por pré-eclâmpsia, doença hipertensiva da gravidez passível de tratamento. As seis mulheres realizaram o pré-natal em suas cidades de origem.

Desde 2004, o movimento de mulheres da Paraíba, por meio da Regional Paraíba da Rede Feminista de Saúde, vem denunciando os altos índices de morte materna no estado. O Ministério Público Federal convo-

cou o estado da Paraíba e o município de João Pessoa a celebrarem, no dia 1º de março de 2005, Termos de Ajuste de Conduta (TAC's), que definiram providências urgentes, tanto em âmbito municipal quanto estadual, com vistas a solucionar o grave quadro de morte materna detectado em 2004.

A relatora da Plataforma DhESC Brasil, drª. Clair Castilhos, realizou missão na Paraíba para a apuração dessas mortes e a denúncia nos espaços das Nações Unidas. (Fonte: Matérias publicadas nas Folhas de São Paulo)

TAC: dizendo às autoridades "cumpram sua obrigação"

Duciran Van Marcen - Procurador do Ministério Público Federal da Paraíba

O TAC é um documento jurídico construído politicamente. O Termo de Ajustamento de Conduta, diferentemente de outras pactuações, tem valor de um título executivo extrajudicial, ou seja, se não for cumprido pode ser executado diretamente a um juiz, dispensando processo de conhecimento. Ou seja, o TAC evita a fase em que é necessário provar que a obrigação é exigível, porque a autoridade já assumiu sua exigibilidade. É preciso provar, apenas, que ela foi descumprida.

Quando o Ministério Público é acionado por uma denúncia, há duas alternativas de resposta: entrar com uma ação na justiça ou trabalhar junto com o(a) autor(a) da denúncia na construção de uma solução. Como nem sempre entrar com uma ação na justiça resolve o problema, construir uma solução em parceria se apresenta como a alternativa mais interessante.

Na Paraíba, o Termo de Ajustamento de Conduta não teria sido construído se não fosse a articulação política entre o movimento feminista, os comitês de mortalidade materna, a classe médica e o Ministério Público.

O TAC tem grande força jurídica para exigir, em juízo, aquilo que não foi cumprido, sem falar no impacto político de se reconhecer que o gestor municipal ou estadual descumpriu uma obrigação que reconheceu como devida.

Qualquer instância do Ministério Público (estadual ou federal) pode assinar um TAC, pois, quando se trata de política pública, não cabe a discussão com relação à competência.

Como o Ministério Público não tem atribuição de fiscalização, deve-se inserir no TAC cláusulas que comprometam o poder público a reforçar o controle social. No caso da Paraíba, como o Comitê Estadual de Prevenção da Morte Materna estava sem condição

material de realizar sua atividade e o Comitê Municipal não existia de fato, o TAC continha uma cláusula obrigando estado e município a reforçar a atividade dos comitês e dos conselhos de saúde, fornecendo a infraestrutura necessária (sala, secretária, deslocamento, etc.), bem como uma cláusula definindo que o movimento de mulheres teria participação obrigatória nos comitês de morte materna.

Em uma avaliação preliminar, pode-se afirmar que o controle social foi bastante fortalecido com a assinatura do TAC, marcando um avanço na efetividade das investigações dos Comitês. Além disso, as autoridades apresentaram um plano de aperfeiçoamento do sistema de vigilância e controle da mortalidade materna.

Limitações e alternativas ao TAC

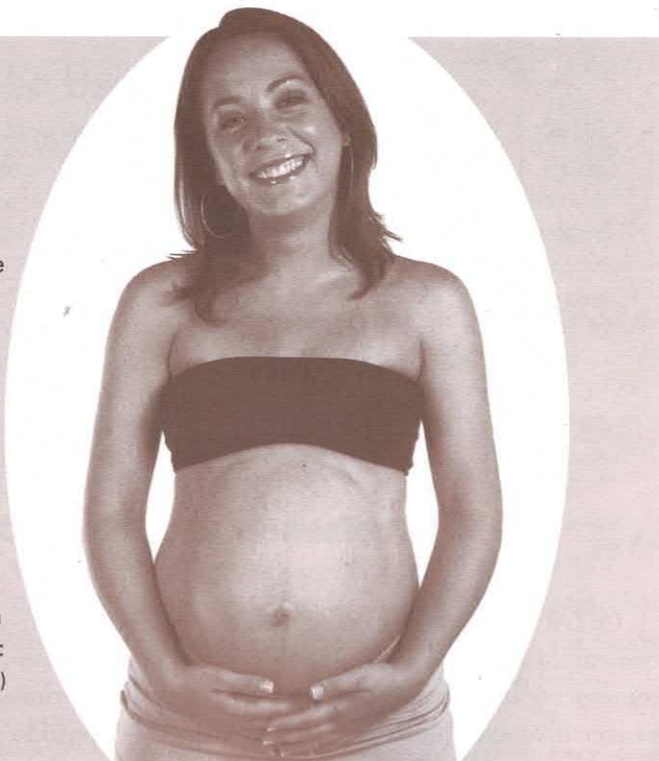
Herberth Figueiredo, promotor de Justiça da Saúde de São Luis do Maranhão, apresentou uma visão menos otimista com relação ao TAC. Segundo ele, quando os órgãos públicos que firmam o TAC não têm a intenção de cumpri-lo, não se deve fazê-lo.

Por outro lado, o Promotor sugere como alternativa "baixar" uma Recomendação em conjunto com o Procurador Geral e endereçá-la ao órgão público. Se a Recomendação não for cumprida, é possível entrar com uma medida judicial de imediato. Se o judiciário não responder a contento, pode-se recorrer à imprensa e convocar a opinião pública:

"Eu não formalizo TAC com autoridade pública, porque autoridade pública não cumpre TAC... Eu vou baixar uma recomendação para o gestor cumprir. Se não cumprir, entro com uma ação judicial cabível: uma cautelar, uma tutela antecipada, uma ação civil pública... E trago o Judiciário para a contenda. O Judiciário vai ter de se manifestar. Se o juiz não tomar providências, pode ser processado por improbidade administrativa, pois negligenciou a função do cargo. Ele é pago para decidir, não para engavetar processo. Então, eu realmente chamo a mídia, tem de chamar a mídia".

A morte de Marina

Uma semana antes de morrer, em uma consulta de rotina, a pressão de Marina estava subindo e ela apresentava um edema avançado. Entretanto, o médico disse que estava tudo bem, que não havia nenhum problema e a mandou para casa. Marina foi internada em uma grande instituição de Porto Alegre, que atende SUS, convênio e particular. Ela fez uma cesárea à uma da manhã, e duas intervenções cirúrgicas depois. Neste hospital não havia UTI e apenas às seis horas da manhã ela foi transferida para uma UTI no hospital ao lado. Às sete e meia da manhã Marina morreu. Sua filha nasceu pesando 1.690kg, na 34ª. semana de gestação, e teve que ficar na UTI por 25 dias. (Fonte: trechos do relato de Carmem Medeiros, mãe de Marina)



Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amigas(os) de Vítimas de Morte Materna: "Minha filha não morreu em vão"

Têlia Negrão – Coordenadora da Regional RS da Rede Feminista de Saúde

Carmem Regina Medeiros Carneiro – Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amigas(os) de Vítimas de Morte Materna

A estratégia do movimento feminista e, em particular, da Rede Feminista de Saúde no País, ao longo dos últimos vinte anos, em relação à morte materna, tem se centrado basicamente em três eixos: fortalecimento do PAISM como a política de assistência integral à saúde das mulheres; criação dos Comitês de Morte Materna nos âmbitos nacional, estadual, municipal; e a participação no controle social, por meio dos Conselhos de Saúde, também nos três níveis.

Sem dúvida, casos como o de Marina apontam que a mortalidade materna não é um fenômeno que pode ser vinculado apenas às condições socioeconômicas das mulheres. Por isso, é importante uma abordagem mais ampla do tema, para que a sociedade brasileira compreenda ser este um fenômeno que faz vítimas em todas as classes sociais. E também que afeta, traz a dor e a vergonha, bem como sentimentos de abandono para todas as famílias, sem que a sociedade se manifeste à altura.

Quando Carmem Carneiro, mãe de Marina, procurou o movimento feminista, sua intenção era trabalhar uma campanha centrada na morte de sua filha. Por meio de conversas e reflexões, avançou-se na com-

preensão de que a morte de Marina era um problema de Carmem Carneiro, de sua família, de seus amigos e suas amigas, mas era também um problema das mulheres brasileiras, da sociedade brasileira. Por isso, Carmem se dispôs a ajudar a construir uma estratégia que mobilizasse a sociedade brasileira em torno dessa temática, ao mesmo tempo em que busca a responsabilização do Estado brasileiro e de todos os envolvidos nessas mortes.

É necessária a construção de uma estrutura institucional capaz de abarcar essas necessidades de ponto de encontro para familiares, amigos e amigas das vítimas da morte materna e, mais do que isso, de trazer as pessoas que estão passando pelo sofrimento da mortalidade materna para um protagonismo político.

A Associação pretende resgatar o que aconteceu com essas famílias, uma ação que não compete aos Comitês. Espera-se que a Associação, através da Rede Feminista de Saúde, mostre ao Brasil a cara e a cor das mulheres que morreram, dos maridos que ficaram viúvos e dos(as) filhos(as) que ficaram órfãos(ãs), principalmente por se tratar de mortes evitáveis.

Vânia Araújo – Agora eu sou uma estrela

Eu, Vânia Araújo Machado, nasci em Porto Alegre no dia 10 de fevereiro de 1965. Elegei a dança para expressar, com o corpo todo, a liberdade e alegria de viver. Fiz dança popular e multipliquei esse saber dando aulas. Também fiz teatro. Em 1988, numa caminhada da Campanha do PT para a prefeitura de Porto Alegre encontrei Marcelo Branco, e com ele construí o amor. Nessa época também começou a minha construção militante, partidária, e meu compromisso com a luta cotidiana das mulheres. Na administração popular coordenei o setor de Educação Infantil da SMED onde sistematizamos um trabalho inédito no município. A militância

feminista no grupo Lua Nova me levou à Secretaria de Mulheres do PT de Porto Alegre de 1992 a 1994. Foi o primeiro passo para desenvolver esse trabalho em todo o País. Essa trajetória me conduziu à coordenação geral da Coordenadoria Estadual da Mulher, criada em 8 de março de 1999 pelo Governo do Estado.

No ano 2000 realizei um sonho. O sonho de gerar uma vida. No dia 5 de outubro, devido a complicações durante o parto – decorrentes da baixa qualidade do serviço de saúde e do desrespeito aos direitos reprodutivos no Brasil – me tornei uma estrela (Fonte: Texto do Show "Agora eu sou uma Estrela").

Buscando justiça e a Justiça

Rúbia Abs da Cruz – Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero

Gleyde Selma da Hora – Advocaci Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

A Themis está conduzindo o processo pela morte da Vânia, um caso com uma série de peculiaridades que, diferentemente de outros casos, não estão relacionadas diretamente com dificuldades no acesso ou falta de aparelhamento. Como Vânia fez uma opção por parto humanizado, é fundamental deixar claro que o processo não significa uma crítica a tal procedimento, bem ao contrário. Como Vânia era coordenadora da área da saúde do estado, parece que havia uma grande expectativa do médico em demonstrar todas as vantagens do parto humanizado, e talvez isso o tenha impedido de detectar os problemas que surgiram durante o trabalho de parto.

Mais de seis meses após o fato, a família compreendeu que o caso de Vânia era uma questão para a qual eles poderiam procurar a Justiça.

Foi realizada uma sindicância no hospital onde se detectou, então, a imperícia e a negligência do médico em relação ao bebê, mas não em relação à mãe. Com base na sindicância, a Themis fez uma representação ao Ministério Público para que o caso fosse investigado.

Segundo constava na declaração de óbito, a causa efetiva da morte da Vânia foi infecção hospitalar por varicela zoster. O caso também foi encaminhado, pela Themis, ao Conselho Regional de Medicina e há uma ação de indenização por dano moral e patrimonial em relação à morte.

Houve condenação do médico por homicídio culposo em relação à mãe e ao bebê. Ele também foi condenado no Conselho Regional de Medicina, mas o Conselho Federal de Medicina ainda não se manifestou.

A ação judicial também é importante porque o direito é uma ferramenta de coerção que se faz necessária em alguns contextos. Médicos(as) e gestores

também têm que ser responsabilizados(as) pelo próprio descaso no tratamento às gestantes. Por isso, em todos os casos em que ocorra morte materna, os Comitês devem encaminhá-los ao Ministério Público para a devida denúncia. E, havendo resultado negativo desses casos na Justiça, ainda há a possibilidade de eles serem encaminhados para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

A Advocaci tem, atualmente, nove processos relacionados com a problemática da morte materna: dois processos de morte materna, um de morbidade materna, um de morte neonatal e quatro defesas de mulheres processadas pela prática do aborto, em função de denúncias. Ainda não há resultados, mas uma das ações vem sendo conduzida junto ao Centro de Direitos Reprodutivos de Nova York, e há uma petição para denúncia junto à Comissão Internacional de Direitos Humanos para responsabilizar o Estado brasileiro por omissão.

É importante atuar paralelamente, tanto com a promoção e qualificação de políticas públicas quanto com a reparação dos danos causados a essas famílias e a essas mulheres. Há mecanismos de ordenamento jurídico que podem ser utilizados para se cobrar do poder público a devida reparação desses danos. Entretanto, inicialmente, houve uma dificuldade de traduzir, de interpretar, os prontuários médicos nos casos de morte materna. Por isso, a Advocaci criou uma comissão de técnicos para subsidiar suas argumentações técnicas e a tradução desses prontuários.

A Advocaci procura atuar em casos emblemáticos, na tentativa não só de reparação de danos, mas também de criar processos para responsabilizar o Estado. Por isso, suas ações são contra o município e o estado do Rio de Janeiro.

Pautando a morte materna na mídia

Em dezembro de 2005, um grupo de 25 mulheres e homens de todo o País, militantes de grupos feministas, especialistas em saúde da mulher e jornalistas atentos a essas questões, se reuniu em São Paulo. Promovido pela Rede Feminista de Saúde, o seminário apresentou como proposta um Diálogo com Jornalistas sobre Morte Materna. O objetivo foi compartilhar a perplexidade diante de uma tragédia evitável como a mortalidade materna, que, apesar de registrar altas taxas há duas décadas, não mobiliza a mídia nem a política.

Azeitar o relacionamento entre mídia, especialistas e organizações não governamentais constitui um desafio que exige novas estratégias e criatividade, principalmente quando o tema é visibilidade da morte materna. Na conclusão do Diálogo, várias sugestões foram apresentadas:

- Observatórios que permitam contato com familiares: Criação de áreas sentinela onde o jornalista ficaria em contato com associações locais que o ajudariam a identificar

Kenneth Noland



- casos de morte materna. Isso evitaria questões éticas e judiciais para médicos e membros de comitês, já que podem ser acionados na Justiça se quebrarem o sigilo dos casos.

- Busca de outras interpretações para dados conhecidos: Cruzar dados de mortalidade materna, mortalidade pré-natal, taxa de cesárea e sífilis congênita. Os resultados trazem

novas interpretações e servem para chamar a atenção da mídia e provocar mudanças na política de saúde.

- Comparação de estatísticas para dar a real dimensão dos índices: A razão anual de 54 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos – além de difícil compreensão – não significa muito para a maioria das pessoas. Mas, quando se diz que em vários países da Europa e no Canadá esse índice não chega a 10 por 100 mil crianças nascidas vivas, vê-se que a situação do Brasil é dramática.

- A morte materna deve ser vista como morte evitável: Cerca de 95% dos partos são realizados dentro dos hospitais e, em 98%, dos casos a morte é evitável. As mulheres mais pobres, as negras e aquelas com menos acesso aos serviços são as que morrem em maior número – o que denuncia a iniquidade no atendimento, o despreparo dos profissionais e das instituições.

- Reconhecimento e prêmios como forma de incentivo: Prática adotada pela ANDI – Agência de Notícias dos Direitos da Infância – que atribui anualmente o título de "Jornalista Amigo da Criança" a profissionais que se destacaram na cobertura do tema. O mesmo poderia ser feito com as questões ligadas ao parto.

- Tribunais para os culpados pelas mortes maternas: Promover o julgamento simbólico, mas público, de pessoas e instituições envolvidas em determinada morte. Levar à Justiça casos de morte materna, responsabilizando o Estado, profissionais e instituições. Além de punir os responsáveis, o processo em si, e o tema da morte materna, ganhariam espaços na mídia.

- A morte materna é só a ponta de um iceberg de desrespeito à maternidade: A morte da mãe começa a ser engendrada com a falta de acesso a métodos contraceptivos, passa pelas falhas do pré-natal, pela peregrinação em busca de um leito, pelo excesso de cesáreas – e termina com a precária atenção durante o parto e o puerpério.

Promover o julgamento simbólico, mas público, de pessoas e instituições envolvidas em determinada morte

- A morte de criança por afecções perinatais é muito maior que a de suas mães: Por serem mais frágeis, as crianças de até um mês são as que mais morrem em decorrência de problemas na gestação, parto e puerpério de suas mães. Estima-se que, para cada 54 vítimas de morte materna, 1.054 crianças acabam morrendo.

- Morbidade materna atinge mais de 150 mil mulheres: As muitas pesquisas já feitas estimam que, para cada morte materna, entre quatro e 100 mulheres ficam com seqüelas decorrentes desse período. Significa que, no Brasil, pelo menos 150 mil mulheres por ano passam a viver com seqüelas decorrentes da gestação, do parto ou do puerpério.

- Uma parceria com a ANDI pelas crianças vítimas da morte materna: A mortalidade e a morbidade maternas levam à morte um grande número de crianças. Se a mãe morre, ou fica com seqüelas do parto, a criança que sobrevive, assim como seus irmãos, ficarão sem

cuidados e estarão expostos a riscos maiores. Uma parceria com a ANDI, pelo viés da criança, seria uma nova frente de combate à morte materna.

- Um banco de cases e de fontes: Instituições da sociedade civil abasteceriam com informações e referências de fontes um banco sobre morte materna voltado para a mídia. Assim, familiares de vítimas e outros personagens, já identificados com antecedência, poderiam ser procurados pelos jornalistas em diferentes regiões do País.

- Campanhas na mídia para informar sobre a morte materna: Uma campanha nacional, nos moldes da que trata da prevenção ao câncer de mama, foi sugerida por vários participantes. Poderia ser o caminho mais rápido e eficaz de chamar a atenção para uma situação extremamente grave, que não consegue visibilidade na mídia.

- Convite a autores de novela para uma conversa sobre parto: As novelas de televisão contribuem, em muitos casos, para banalizar a morte materna. Os partos naturais aparecem em cenas de horror e grande sofrimento e alguns deles terminam em morte. As cesáreas sempre salvam. As mães que morrem são culpadas ou glorificadas. Foi sugerido que profissionais do núcleo de dramaturgia da Globo sejam convidados a participar de um próximo seminário, como primeiro contato.

- Aprendendo a encontrar notícia nos bancos de dados: 80% dos dados sobre saúde já estão na rede do DataSUS. Os dados são brutos, mas sabendo cruzá-los e interpretá-los, sempre fundamentam ou rendem matérias.

O papel da imprensa na redução da mortalidade materna

Marisa Sanematsu*

O que faz a morte materna virar notícia?

- a morte de uma gestante famosa;
- iniciativas do Executivo, Legislativo (como a CPI da Mortalidade Materna em 2001), área médica e sociedade civil (em especial, ações no 28 de Maio);
- uma alteração significativa na taxa de mortalidade materna; e
- dados impactantes de pesquisas produzidas por instituições de renome.

Mas, se a cobertura é pequena, podemos dizer que a culpa é da imprensa? Os jornalistas e editores têm sido insensíveis ao problema da morte materna no Brasil?

Em primeiro lugar, importa ressaltar que a mídia não é um campo neutro, mas sim influenciado por diversas questões que determinam se um fato vai ser noticiado, e o tratamento e destaque que essa notícia vai receber. Os veículos de comunicação são concentrados em poder de poucos grupos empresariais e familiares. Os jornais são empresas privadas, e as redes de rádio e TV, embora concessões públicas, são tratadas como propriedades privadas. Assim, o maior ou menor espaço que um veículo dá, por exemplo, a uma iniciativa de governo, seja federal, estadual ou municipal, pode ser definido em função de arranjos e alianças pessoais e políticas.

Em segundo lugar, é preciso lembrar que jornalistas, em geral, têm pouco poder de decisão num veículo de comunicação. Os repórteres têm que negociar espaço; às vezes a pauta vem pronta e não há margem para discutir com o editor. Frequentemente a reportagem está pronta e "cai", isto é, vai para o lixo em função de uma notícia de última hora, considerada mais importante, ou da venda de espaço publicitário.

No caso da mortalidade materna, quem lida com a imprensa e com temas de saúde sabe como é difícil transformar em notícia um número que se mantém estável. Os jornalistas dizem: "Não consigo 'vender'

essa matéria a meu editor. Há anos a taxa de mortalidade materna não muda. Onde está a notícia?"

De modo diferente do que ocorre com a Aids ou o câncer, no caso da morte materna não há uma doença única e exclusiva à qual se possa atribuir a morte. A notícia não é uma doença, mas a morte em si. Quando se fala em mortalidade materna no Brasil, a imprensa tem em mãos um tema de grande impacto social e emocional e que envolve:

- a morte, que é sempre algo forte e que gera interesse e atrai atenção;
- a maternidade, que em nossa civilização judaico-cristã envolve as noções de pureza, dedicação e sacrifício – "ser mãe é padecer no paraíso"; no caso da morte materna, incluem-se ainda as idéias de martírio e santificação;
- números que dão a dimensão do problema são referendados por instituições reconhecidas, como Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, etc., e comentados por especialistas, como médicos(as) e pesquisadores(as) de universidades;
- uma denúncia sobre mortes que poderiam ser evitadas e que refletem a qualidade da assistência à saúde;
- personagens: a própria mulher e as pessoas que ela deixou (filhos, marido, pais, etc.), para mostrar o lado humano por trás dos números; e
- o interesse do público conjugado ao interesse público: aqui, pode-se recorrer a uma frase que o movimento de mulheres usa com frequência: "as mulheres são metade da população e mães da outra metade". Nunca é demais lembrar também que as mulheres são maioria do público dos principais veículos de comunicação de massa.

Todos esses elementos fazem com que a notícia sobre a morte materna seja capaz de despertar interesse do público, se a mídia souber trabalhar bem com eles.

Marisa Sanematsu é jornalista, mestre em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo e fundadora do Instituto Patrícia Galvão.

Fonte: Trechos do artigo "O papel da mídia informativa: O que a imprensa pode fazer pela redução da mortalidade materna no Brasil", publicado originalmente no Observatório da Imprensa. Disponível em www.patriciagalvao.org.br/novo2/t9.htm.

Recomendações para o fortalecimento da aliança entre ativistas/organizações que lutam contra a morte materna e o Ministério Público

Desde sua criação, em 1991, a Rede Feminista de Saúde (RFS) vem salientando o tema da morte materna como uma de suas prioridades de atuação política. A partir de 2003, reforçou o protagonismo de articulação política junto ao movimento feminista em geral e ao movimento negro em particular, no campo da morte materna, com destaque às causas preveníveis e evitáveis, entre elas o abortamento inseguro.

Com apoio da Cooperação Britânica (DFID – Brasil), a partir de agosto de 2004, a Rede Feminista de Saúde desenvolveu o Projeto Qualificando o Controle Social para a Redução da Mortalidade Materna, que previa, entre outras ações, uma interlocução com o Ministério Público, que foi promissora, ainda que frágil e pontual – e mostrou a necessidade de uma ação mais ampla, em âmbito nacional. Para tanto, a RFS buscou parceria com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC).

A PFDC é o órgão responsável pela coordenação dos direitos do cidadão no Ministério Público Federal. A PFDC também interage com órgãos do Estado e representantes da sociedade civil em busca de soluções ou melhoramentos na efetivação dos direitos das(os) cidadãs(ões).

No XI Encontro Nacional de Procuradores dos Direitos do Cidadão, ocorrido em Brasília, entre os dias 30 de agosto e 1º de setembro de 2005, foram deliberados os temas prioritários de atuação da PFDC para o período de agosto/2005 a agosto/2006, entre eles os Direitos Sexuais e Reprodutivos (discriminação de gênero e orientação sexual; tráfico interno e externo de pessoas para fins de exploração sexual).

O texto que se segue é uma sistematização das questões apresentadas pelas(os) participantes do Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna e Interlocução com o Ministério Público (17 de novembro de 2005, Brasília). O evento contou com 57 participantes, entre militantes do movimento feminista, integrantes dos Ministérios Públicos federal e

estaduais e de Comitês estaduais, municipais e nacional de Prevenção da Mortalidade Materna. A Rede Feminista de Saúde acredita estar contribuindo na construção de espaços democráticos e amplos, onde diferentes setores da sociedade possam se articular, sendo o controle social uma de suas linhas de ação política mais importantes.

Reorganização da Atenção à Saúde

- Antes de implantar novas UTIs, avaliar as UTIs disponíveis nos hospitais conveniados e implantar o controle social da disponibilização desses leitos para as usuárias do SUS.
- Agir de imediato nos hospitais, por meio da instalação de leitos hospitalares e da melhora na qualidade da assistência, pois os últimos estudos mostram que o fator que mais pode levar a mulher à morte está relacionado ao parto.
- Rever o Programa de Saúde da Família que tem substituído toda a atenção básica do SUS e não atende adequadamente às especificidades das mulheres.
- Rever a qualidade das capacitações e treinamentos, muitas vezes realizados por entidades terceirizadas que desconhecem as normas técnicas.
- Controlar a aplicação das normas técnicas e das rotinas de procedimentos (por exemplo, na Paraíba, a própria Secretaria de Estado da Saúde defendia a recusa dos médicos de sulfatarem a gestante hipertensa, um procedimento previsto na norma técnica).
- Rever os contratos de trabalho dos profissionais de saúde, que têm sido precários e temporários.
- Implantar supervisão de equipes, normatizar a atenção e articular referência e contra-referência intra-sistema.
- Identificar os responsáveis pelo serviço e pela atenção que resultou na morte materna.
- Investir na formação em ginecologia e obstetria, considerando que muitos médicos que atendem as ges-

Amílcar de Castro / A.V. Guignard



tantes, inclusive os que atendem o alto risco, sequer possuem o curso de especialização.

Ações junto ao Ministério Público

- Preparar profissionais da área da Justiça e do Direito para atender às questões relacionadas aos direitos reprodutivos, em geral, e morte materna em particular.
- Promover a parceria com o Ministério Público força um diálogo diferenciado com a Secretaria de Saúde; negociar com os municípios é mais fácil do que negociar com a Secretaria Estadual de Saúde.
- Estabelecer contatos com a Comissão Nacional de Saúde e o Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos que pretendem institucionalizar, nos Ministérios Públicos, determinadas condutas, para que elas se tornem uma prática da instituição em toda a sua capilaridade.
- Oferecer bons especialistas que possam emitir notas técnicas.

- Provocar o Ministério Público, para, frente a tantos fatos relevantes, estabelecer prioridades.
- Quando o Promotor não tomar providências em face de uma denúncia, buscar a Procuradoria Geral de Justiça, a Corregedoria e até aos organismos internacionais.
- Sensibilizar os juízes dos Tribunais de Justiça dos estados, ainda muito tímidos nessa matéria, para aumentar as vitórias no campo judicial.
- Incluir nas bibliotecas de órgãos da magistratura uma sessão de estudo de gênero, para que se dê visibilidade à temática.
- Proporcionar ao estudante de graduação em Direito maior sensibilidade para a temática dos direitos humanos, promovendo prêmios como o Prêmio Júris de Direitos Humanos (ver o box), já que o ensino jurídico no Brasil é deficiente e descolado da realidade, e pouco discute o impacto social da legislação sobre esta.
- Utilizar a Internet e a intranet na formação dos promotores e juízes.
- Manter um contato constante, convidando o Ministério Público para todas as atividades realizadas localmente em saúde da mulher (seminários e capacitações em mortalidade materna, direitos sexuais e reprodutivos, controle social, etc.), para que a aproximação e a sensibilização sejam uma construção permanente.

Caminhos legais de ação

- Baixar uma **Recomendação**, em conjunto com o Procurador Geral, após uma audiência pública com ampla participação da sociedade, e endereçá-la ao órgão público; se este não cumprir a Recomendação, cabe, como recurso, a medida judicial de imediato (uma cautelar, uma tutela antecipada, uma ação civil pública, o que for cabível).
- O Promotor deve **determinar e acompanhar realização de inspeções sanitárias**, constantemente, a fim de apurar como estão funcionando os hospitais.
- Procurar os **Centros de Apoios Operacionais**, tanto da cidadania quanto da infância e da juventude, em todo o Brasil.
- Levar a morte materna aos **promotores criminais**.
- O **Termo de Ajustamento de Conduta** é um instrumento valioso de mobilização da sociedade e do

poder público, chamando a atenção para aquela questão.

- Para encaminhar uma **queixa por crime de responsabilidade de morte materna**, primeiro relatar o fato, de preferência a uma autoridade policial ou ao Ministério Público. Ao fazer a reclamação ou queixa ao Ministério Público, utilizar a representação. Com a representação, o Promotor conta com duas alternativas: baixar uma Portaria instaurando um PAI (Procedimento Administrativo Investigatório), a partir do qual ele pode requerer a sindicância junto ao hospital, requisitar a instauração de sindicância em nível de CRM a fim de apurar a conduta dos médicos, e também apurar a responsabilização pelo fato ocorrido; ou

encaminhar a sua representação a um delegado de polícia, para que este abra o inquérito policial.

Quando a questão é federal ou quando o Ministério Público estadual não vem oferecendo resposta, deve-se buscar a Procuradoria do Município, quando houver, e identificar o procurador ou a procuradora que trabalha com saúde. Também é possível envolver a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão. Para informação sobre como atuar quando a questão está no nível nacional, o site da PGR, www.pgr.mpf.gov.br, em Direitos do Cidadão, informa os grupos de trabalho (Grupo de Saúde, Grupo de Direitos Sexuais e Reprodutivos, etc.) e o nome dos(as) procuradores(as) responsáveis.

Prêmio AJURIS

Roberto Arriada Lorea, Juiz de Direito do Rio Grande do Sul, era o único juiz presente ao evento. O juiz Lorea tem sido um importante parceiro na luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, no Brasil. Além de Juiz, o dr. Lorea é antropólogo e integra o Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Uma de suas importantes atuações tem sido no sentido de aproximar movimento feminista e Judiciário, principalmente por meio da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul (AJURIS), uma instituição associativa, com sessenta anos de existência, e que conta com um Departamento de Cidadania e Direitos Humanos e com a Escola da Magistratura.

A Escola de Magistratura, além de oferecer cursos de capacitação para magistrados, mantém um curso preparatório à magistratura, onde Lorea leciona Antropologia do Direito e onde se discutem, entre outras coisas, os impactos sociais da legislação. Para Lorea "o nosso ensino jurídico é absolutamente deficiente e descompromissado, descolado da realidade".

A AJURIS também criou o Prêmio AJURIS

de Direitos Humanos, que visa a incentivar a produção científica e fomentar o debate sobre Direitos Humanos entre os estudantes de graduação em Direito no estado do Rio Grande do Sul, contribuindo para a implementação de uma cultura dos Direitos Humanos entre os futuros operadores das Ciências Jurídicas, premiando uma monografia na área de direitos humanos.

O Prêmio AJURIS Direitos Humanos é uma realização do Departamento de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos da AJURIS, em parceria com a Escola Superior da Magistratura – ESM; o Instituto de Acesso à Justiça – IAJ; a Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero – THEMIS; o Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde – NUPACS; o Grupo de Estudos de Educação e Relações de Gênero – GEERGE, e Maria Mulher – Organização de Mulheres Negras.

A iniciativa conta com o apoio da Revista da AJURIS e da Fundação Ford.

Em 2006 o Prêmio está em sua segunda edição e o prazo para as inscrições se encerra no dia 30 de outubro.

DIREITO

O papel do Ministério Público no combate à morte materna

Dr.^a Ela Wiecko Volkmer de Castilho*

O Ministério Público é um fiscal da Lei, não um fiscal do tipo que verifica e faz autuação. Mas, a idéia que preside o Ministério Público é que ele fiscaliza; tanto é assim que, conforme a Lei Complementar n.º 75, de 20 de maio de 1993, que dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União, uma das funções do MP é zelar pelos serviços de relevância pública. O serviço de saúde é um serviço de relevância pública. E o que significa zelar? Significa cuidar. Daí também a idéia de fiscalizar para verificar se o serviço é bem prestado. Em nossa função de verificar se o poder, principalmente o Poder Executivo, vem aplicando bem a Lei e elaborando políticas públicas, há dois caminhos principais: o caminho extrajudicial ou quase judicial e o caminho judicial.

O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) é uma atividade extrajudicial, sem dúvida, mas uma atividade com carga muito forte, por tratar-se de um documento jurídico, e sua execução pode se fazer em juízo, independentemente de qualquer outra instrução, só provando o não-cumprimento.

Na tutela dos direitos humanos, de modo geral, o Ministério Público tem chegado à conclusão que o caminho judicial é muito complicado porque, às vezes, há uma resposta positiva rápida, mas na maioria das vezes essa resposta é muito demorada, como no caso da antecipação terapêutica do parto do anencéfalo; esta

ação tramita no STF e, dependendo da posição deste, as portas serão fechadas ou abertas. Então, a avaliação de ir ao judiciário e de arcar com a repercussão dessa decisão é, às vezes, muito sofrida, já que se decide o destino de milhares de pessoas.

De modo mais freqüente, o Ministério Público tem preferido o caminho extrajudicial.

Os espaços de articulação dentro do Ministério Público

No começo de 2005, realizou-se uma reunião, em Porto Alegre, antes do Fórum Social Mundial, com representantes dos Ministérios Públicos

Há situações em que o Ministério Público, nas esferas estadual e federal, aparece em posições divergentes

Estaduais, do Ministério Público Militar, do Ministério Público Federal e do Ministério Público do Trabalho. A proposta era formar um Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos, em uma articulação dentro do Ministério Público.

O que se percebe é que tem ocorrido um trabalho pulverizado e, às vezes, até antagônico. Há situações em que o Ministério Público, nas esferas estadual e federal, aparece em posições divergentes. A necessidade de articulação surgiu na VIII Conferência Nacional de Direitos Humanos, organizada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, a

primeira de caráter vinculativo para o Poder Executivo. Nessa ocasião, paradoxalmente, os Ministérios Públicos Estaduais e o Federal se confrontaram por conta da emenda constitucional para a federalização das violações contra os direitos humanos.

O Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos fixou prioridades, mas ainda não se formou, porque a criação do grupo depende da aprovação do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União (CNPJ), uma associação já existente há alguns anos e que também tenta responder à necessidade de articulação. O Conselho possui comissões, entre elas a de Direitos Humanos, ou seja, a que vai organizar o Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos. A criação Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos já foi aprovada pela Comissão de Direitos Humanos.

O CNPJ aprovou finalmente a criação do Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos Rossini Alves Couto, em 5 de Dezembro de 2005. A primeira reunião realizou-se em Brasília, em 31 de maio de 2006, mesmo dia da X Conferência Nacional de Direitos Humanos, promovida pela Comissão de Direitos Humanos de Câmara dos Deputados e por outros órgãos, entre eles a PFDC.

O Conselho Nacional de Procuradores-Gerais também possui uma Comissão Nacional de Saúde, que discute um plano de atuação dos

Ministérios Públicos estaduais e do Ministério Público Federal.

Penso que a questão da mortalidade materna deve ser colocada pela Rede Feminista de Saúde à Comissão Nacional de Saúde do CNPG. O outro espaço é o Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos, da Comissão Nacional de Direitos Humanos, sensível às questões de gênero, de raça, de discriminação. São dois espaços onde a demanda das mulheres pode ser apresentada.

Com relação ao Ministério Público Federal, especificamente à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, logo que assumi a titularidade, houve um encontro nacional durante o qual se elegeram prioridades e foi criado um Grupo de Trabalho de Saúde. Nesse Grupo de Trabalho jamais se levantou a questão da mortalidade materna. Os temas então trabalhados, incluídos em um manual de atuação que pode ser acessado em nosso site (<http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/pfdc/>), versaram sobre financiamento de saúde, a questão dos recursos e a defesa da Emenda Constitucional número 29, e os medicamentos de alto custo. O grupo procurou se informar a respeito de como funciona o SUS, pois a maioria dos(as) procuradores(as) são novos(as), tanto na carreira quanto na idade. A maioria não sabe como funciona o SUS e tem que aprender ainda para fazer esse trabalho de parceria.

Mas o Grupo de Trabalho do Direito Humano à Alimentação Adequada trabalhou durante 2005 e pensou na alimentação da mulher gestante. O grupo também produziu um manual de atuação e teve uma preocupação em introduzir, dentro do Ministério Público Federal, de maneira mais sistemática, o conceito de gênero.

Por fim, o terceiro grupo foi cria-

do recentemente: o Grupo de Trabalho de Direitos Sexuais e Reprodutivos, o que é surpreendente, por demonstrar o reconhecimento desses direitos ainda pouco invocados e que dizem respeito a questões polêmicas, como o aborto.

Outro ponto a ser ressaltado é a participação do Ministério Público Federal na Plataforma DhESC, inclusive no comitê que vota e escolhe os relatores e que faz a avaliação. A Relatoria do Direito à Saúde pode se valer do MPF para o encaminhamento de denúncias e realização de audiências públicas, como aconteceu na Paraíba.

As dificuldades do Ministério Público

É preciso dizer que o Ministério Público Federal se apresenta ainda muito mal organizado nos estados. Por isso, não é possível relatar o que vem sendo feito no nível estadual por não haver sequer um sistema de informações *on line*. Se um colega entrar com uma ação em Marabá, por exemplo, e não a reportar por *e-mail* ou por ofício, não há como saber da ação, a não ser por acaso.

Com relação à articulação dos Comitês de Prevenção de Morte Materna com o Ministério Público, acredito que esse é um tema para o qual a Comissão Nacional de Saúde ou o Grupo Nacional Promotor de Direitos Humanos tem que dar uma solução uniforme. Na prática, em alguns estados, o Ministério Público Federal não se mostra receptivo, sendo preciso recorrer ao Ministério Público Estadual – e, por sorte, é sempre assim: quando o Ministério Público Federal não é sensível, o estadual o é.

Mas isso não pode continuar assim. É preciso construir, na verdade, uma articulação, primeiramente, dentro do Ministério Público,

porque não se pode ficar dando tratos à bola – aqui é melhor eu ir ao Promotor de Justiça, aqui é melhor recorrer ao Procurador da República –, é preciso institucionalizar de forma permanente o caminho da cidadania.

Com relação ao Ministério Público Federal, as coisas também não são tão fáceis. Como sou da PFDC, poderia dizer: "Procurem em seus estados a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, que fica na capital". Pode ser que, em razão da organização interna, a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão responda que a defesa do direito a saúde é responsabilidade de outro Procurador.

Em determinadas cidades do interior há Procuradorias Municipais, as PRMs, que fazem todo o atendimento. Por exemplo, em São João do Meriti são quatro Procuradores, e todos os quatro trabalham em todas as matérias.

Em alguns lugares, a Procuradoria integra o Comitê de Prevenção de Morte Materna. Eu, pessoalmente, acho que o Ministério Público não deve fazer parte desses Comitês, pois, na lei, não encontro embasamento para essa participação. Mas, penso que o Ministério Público pode participar como convidado.

É necessária uma articulação dos Comitês com o Ministério Público. Por quê? O Ministério Público pode se encarregar da promoção da organização dos Comitês onde não existe comitê, e o mesmo vale para Conselho de Saúde, Conselho Tutelar, Conselho de Comunidade, etc. O Ministério Público Estadual ou o Federal pode criar condições para a organização do Comitê, por exemplo, promovendo uma audiência pública. O Ministério Público pode responsabilizar criminalmente os profissionais da saúde, e também pode responsabilizar criminal e admi-

nistrativamente os prefeitos.

O Ministério Público possui grande capacidade de articular e, por isso, é importante que receba informações da sociedade civil para atuar. Reafirmo que a Comissão Nacional de Saúde e a Comissão de Direitos Humanos do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais são instâncias importantes de articulação com a Rede Feminista de Saúde.

Para terminar, faço uma diferenciação entre Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal. No Ministério Público Federal, matéria de saúde e questões referentes às mulheres estão afetas à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e às

Procuradorias Regionais dos Direitos do Cidadão, ou, em alguns lugares, aos escritórios da Saúde. Já no Ministério Público Estadual, vocês têm que trabalhar com vinte e sete realidades diferentes. No Rio de Janeiro, a questão de mortalidade materna vem sendo tratada dentro da Promotoria da Infância; no Distrito Federal, está com a Promotoria de Saúde. Portanto, há organizações diferentes nos Ministérios Públicos Estaduais. Contudo, eles têm, por força de lei, um instrumento que não possuímos no Ministério Público Federal: os centros de apoio operacional. Na saúde, ao que sei, quase todos os estados contam com um centro de apoio operacional de

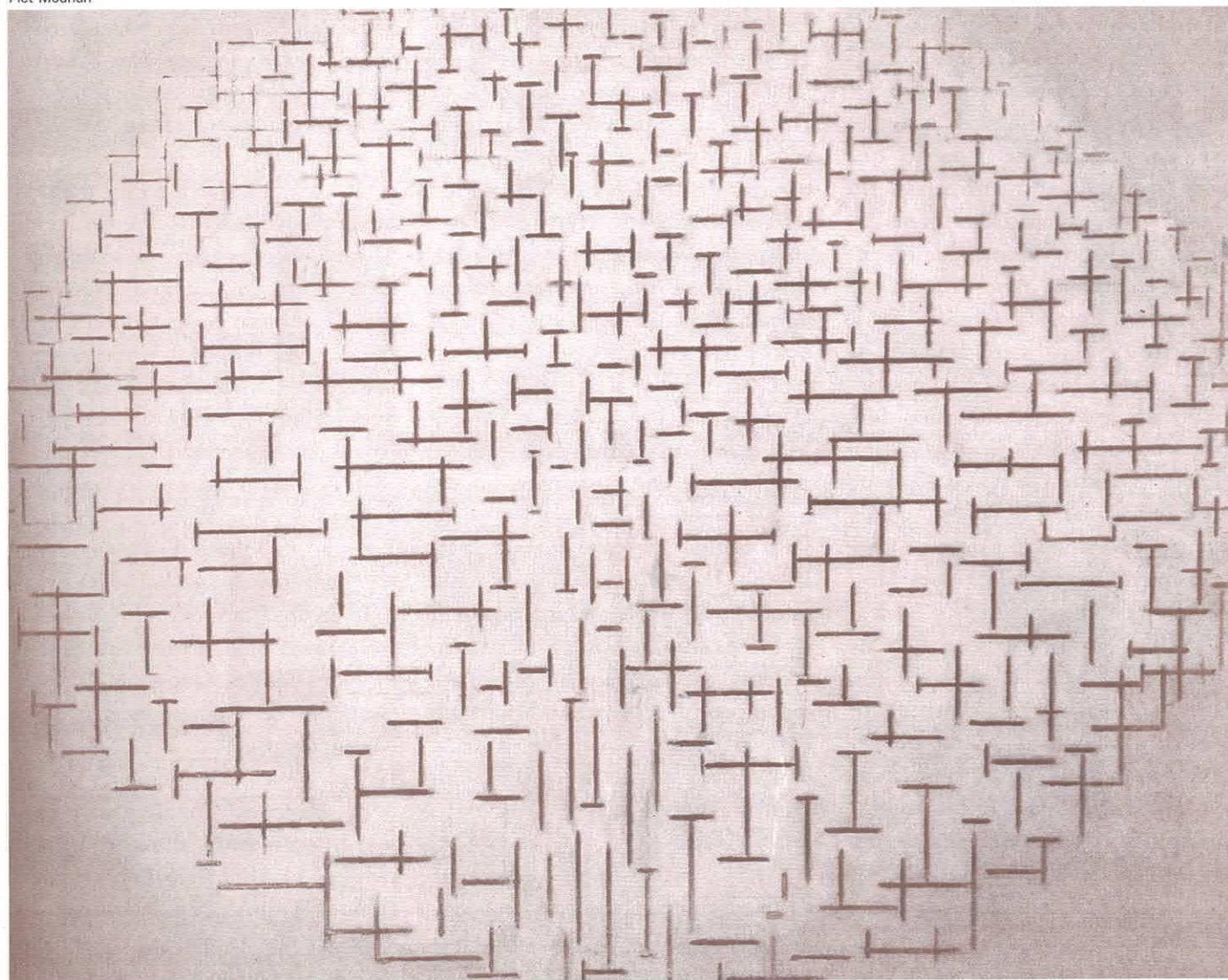
saúde. Então, pode ser esse o caminho para procurar o Ministério Público Estadual em cada estado e começar o trabalho de articulação.

* Ela Wiecko Volkmer de Castilho é Subprocuradora-Geral da República e Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão (2004-2006).

E-mail: ewc001@pgr.mpf.gov.br

Nota: Texto extraído do Relatório do Seminário Nacional Controle Social na Morte Materna e interlocução com o Ministério Público e revisado pela autora.

Piet Modrian



SAÚDE PÚBLICA

Balanco de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Adson Roberto França Santos* e Maria José de Oliveira Araújo**

Lançado pela Presidência da República em 08 de março de 2004, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. O Pacto Nacional é a primeira pactuação entre gestores e a sociedade civil, na história de nosso País, para enfrentar os indicadores epidemiológicos conhecidamente adversos.

Com adesão de 25 Unidades Federadas e duas em processo de pactuação (São Paulo e Santa Catarina), em um movimento articulado com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras instituições governamentais e da Sociedade Civil, o Pacto Nacional avança expressivamente no cumprimento dos objetivos propostos.

A "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004/2007" reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, tendo norteado todo o processo de pactuação desenvolvido com estados e municípios.

A política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à

violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, em suas especificidades e necessidades.

A luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, onde anualmente morrem em torno de 2 mil mulheres e 38 mil recém-nascidos por complicação na gravidez, aborto, parto ou pós-parto, foi sistematizada no Pacto, que tem como princípios o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a

No Brasil, anualmente morrem em torno de 2 mil mulheres e 38 mil recém-nascidos por complicação na gravidez, aborto, parto ou pós-parto

decisão política com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; a ampla mobilização e participação de gestores e sociedade civil.

A meta de redução de 15% da mortalidade materna e neonatal, até o final de 2006, estabelecida em seu documento fundador, busca, por meio de um agir estratégico, atingir os índices aceitáveis pela OMS, a médio e longo prazos.

Para o enfrentamento desses desafios, é necessário que o Pacto se afirme enquanto Política de Estado, no que avançamos, em 22 de março de 2005, com o lançamento da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Com um elenco amplo de estratégias, o Pacto vem permitindo uma articulação de ações no campo da saúde e fora dele. Composto por ações sistêmicas, em pouco tempo contribuiu para os gestores da saúde incorporarem, definitivamente, a redução da mortalidade materna como uma das prioridades para o SUS. Em 26 de janeiro de 2006, esse desafio histórico passou a constituir um dos seis compromissos sanitários,

pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados, por meio do Pacto pela Saúde/Pacto pela Vida.

As ações do Pacto, e seu impacto

As ações estratégicas para redução da mortalidade materna incorporam o entendimento de que as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um forte impacto negativo em suas condições de saúde, sendo as questões de gênero um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza, realçam ainda mais as desigualdades.

Como é facilmente perceptível, o balanço de dois anos de implementação do Pacto apresenta vitoriosos indicadores de processo. Vale ressaltar o crescimento do número de comitês de estudo da mortalidade materna, em todos os níveis de gestão, e um aumento em 92% do número de comitês municipais, no período de 2002 a 2005, contribuindo para a melhoria de qualidade das informações sobre o óbito materno e ampliação dos conhecimentos sobre causas de óbitos.

Foram apoiados projetos para formação de *doulas* em 9 estados brasileiros. Também foram apoiados 34 projetos de especialização em enfermagem obstétrica. A qualificação da atenção ao parto domiciliar também vem sendo apoiada técnica e financeiramente.

Realizaram-se sete capacitações de parteiras tradicionais e profissionais de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Xavantes nos estados de Mato Grosso, Minas Gerais, Espírito Santo, Pernambuco, Pará, Paraíba e Goiás, por meio de convênio com a organização não governamental Grupo Curumim. Além disso, convênio com a Secretaria Estadual de Saúde do Acre possibilitou a realização de 2 capacitações de profissionais de saúde e parteiras tradicionais em atenção à saúde sexual e reprodutiva de adultos e adolescentes, dos municípios que integram a região do Alto Juruá. Também se capacitaram 45 parteiras quilombolas da Comunidade Kalunga, em Goiás, que se somam às 904 treinadas em anos anteriores.

Os seminários de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, também coordenados pela Área Técnica da Saúde da Mulher, em parceria com as Áreas da Criança e do Adolescente e Jovem, se constituem em uma das ações prioritárias do Pacto. Seu objetivo é contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal através do fortalecimento da qualificação técnica dos profissionais. Os seminários, com carga horária de 40 horas, apresentam um desenho inovador, ao exigir a

presença de Diretores(as), Chefiadas de Obstetria e Neonatologia e Chefiadas de Enfermagem obstétrica de grandes maternidades do País.

Incorporam, pela primeira vez, a discussão e estruturação da atenção ao abortamento inseguro, bem como a estruturação de rede de atendimento à mulher em situação de violência, a depressão pós-parto, que tem levado a suicídios de mulheres, além de qualificar os profissionais em práticas obstétricas e neonatais humanizadas, baseadas em evidências científicas, visando à melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal no nível hospitalar. Aliada à qualificação, cada maternidade elabora um projeto de gestão do trabalho, com as adequações necessárias para incorporação das novas práticas.

Até o momento, foram qualificadas 325 maternidades de referência dos estados de Roraima, Amapá, Rondônia, Amazonas, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, além de uma maternidade de referência em cada capital brasileira. A meta é qualificar 420 equipes de maternidades, até o final de 2006.

Nesse processo, destaca-se a implementação da Portaria GM 2.418 que garante a presença do acompanhante durante o parto, regulamentando a Lei 11.108, de abril de 2005, fortalecendo as ações de humanização. A parturiente pode contar com uma pessoa de sua escolha para acompanhá-la durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto. A Portaria instituiu a remuneração do acompanhante e estabeleceu o prazo de seis meses para os hospitais se adaptarem, com vistas ao acolhimento de mais essa medida de humanização do atendimento.

Indicadores de resultados

Quanto aos indicadores de resultado, partimos dos dados de 2002, quando, para cada 100 mil nascidos vivos, 74,51 mulheres morreram devido a complicações na gestação, no parto ou no puerpério. Espera-se uma relação inferior a 20 mortes por 100 mil nascidos vivos. A razão de mortalidade materna (RMM), para o período 2000-2004, apresentou estabilização.

No entanto – considerando o elenco de ações implementadas e a própria qualificação das maternidades de referência, através de seminários de atenção obstétrica e neonatal com base em evidências científicas, que vêm sendo realizados em todo o País, desde 2004, aliados a uma expansão do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que promove o aumento da cobertura e melhoria da qualidade da atenção ao

pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério –, podemos acreditar na queda em perspectiva desse indicador.

A mortalidade neonatal precoce (morte nos primeiros 27 dias de vida) está intimamente associada à qualidade, à quantidade da assistência pré-natal e ao parto. Dados iniciais revelam que a taxa de mortalidade neonatal precoce caiu, em média, 7,7% entre 2002 e 2004. Nesse período, há de se registrar a grande quantidade de profissionais qualificados na atenção neonatal.

Ampliação das ações e desafios

O desafio na redução da mortalidade materna e na implementação de uma política de humanização na atenção a mulheres e crianças começa, também, a ser perseguido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), junto às operadoras de planos privados de saúde. A ANS participa do Pacto Nacional e introduz uma série de diretrizes, para qualificação da atenção, incluindo-se o lançamento em parceria com o Ministério da Saúde de uma Campanha Nacional pelo Parto Normal e pela Redução da Cesárea Desnecessária.

O Ministério da Saúde e o Governo Brasileiro vêm, sabidamente, incorporando as reivindicações históricas da sociedade brasileira, do movimento feminista e das mulheres negras. Elaboraram políticas e diretrizes, alocaram recursos e buscaram o compromisso dos gestores estaduais e municipais na implementação das políticas e ações aprovadas consensualmente.

O desafio para a implementação dos avanços teóricos, conceituais e práticos, passa, necessariamente, pelo enfrentamento das dificuldades de gestão no âmbito dos

municípios e estados e, naturalmente, pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde. E nesse contexto é que se aprovaram, em janeiro último, os Pactos em Defesa do SUS e de Gestão. As diretrizes operacionais desses Pactos reafirmam princípios; consolidam processos – como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o plano Diretor de regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) – e possibilitam a reorganização dos processos de gestão, visando a melhorar e qualificar o acesso aos serviços de saúde.

Monitorar a implementação das políticas e aprofundar as pactuações são os grandes desafios do governo, nessa temática. E cabe à sociedade civil intensificar o controle social e sua participação persistente e com qualidade.

¹ Dado resultante da aplicação do fator de correção de 1,4, encontrado em pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Ruy Laurenti e colaboradoras, realizada nas capitais brasileiras, com resultados divulgados em 2003.

* Adson Roberto França Santos é médico, Coordenador do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde. Telefone (061) 3315-2187. E-mail: pactonacional@saude.gov.br

** Maria José de Oliveira Araújo é médica, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. E-mail: mazearaujo@saude.gov.br

Ações para a redução da morbimortalidade materna

- 1 • Publicada Portaria que garante a presença do acompanhante durante o parto, regulamentando a Lei 11.108, de abril de 2005.
- 2 • Aderidos 1.017 novos municípios, entre 2003 e 2005, ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), totalizando 5.000 municípios e 1.289.401 de gestantes atendidas.
- 3 • Concluída a instalação dos Comitês estaduais de mortalidade materna nas 27 unidades federadas, ampliado para 171 o número de Comitês Regionais e para 748 comitês municipais (aumento de 92%, entre 2002 e 2006).
- 4 • Lançada a Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos.
- 5 • Regulamentada a Notificação Compulsória dos Casos de Violência Contra Mulheres e Crianças.
- 6 • Publicadas normas técnicas para o atendimento humanizado ao abortamento.
- 7 • Inserido o recorte racial/étnico nas ações de atenção obstétrica e produzido material educativo com ênfase na atenção à saúde da mulher negra.

- 8 • Lançado o Programa Nacional de Atenção aos Portadores de Anemia Falciforme.
- 9 • Publicada Portaria que institui a obrigatoriedade da realização do teste de sífilis para todas as parturientes nas maternidades da rede SUS.
- 10 • Incorporado no processo de implementação do Pacto o Plano Nacional de Política para as Mulheres, aprovado na 1ª Conferência Nacional de Política para as Mulheres, realizada em julho de 2004 e coordenada pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SEPM), priorizando a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada.
- 11 • Incorporadas no processo de implementação do Pacto as resoluções da Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela SEPPIR e pelo Conselho Nacional de Igualdade Racial, que estabelece, com base em indicadores epidemiológicos, a proposta de elaboração de metas diferenciadas na atenção obstétrica e neonatal às mulheres negras, visando à redução/eliminação das desigualdades existentes.

Mortalidade Materna Persiste por Conta da Omissão dos Governos

Entrevista concedida por Fátima Oliveira para o Boletim PCRI-Saúde/DFID, Ano 2, número 3. Saúde da População Negra na Agenda Pública. Brasília, maio de 2006

Qual é a situação das mulheres brasileiras em relação à mortalidade materna e neonatal?

Fátima Oliveira – A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS – Rede Feminista de Saúde), desde a sua fundação (1991) faz do tema da morte materna uma de suas prioridades de ação política. De 2003 para cá a entidade reforçou o protagonismo de articulação política no campo da morte materna junto ao movimento feminista em geral, e ao movimento negro em particular, com destaque às causas preveníveis e evitáveis, entre elas o abortamento inseguro.

Entretanto a morte neonatal em si, isoladamente, só foi pautada por nós muito recentemente, a partir da elaboração do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (2003).

Não se trata de não considerarmos a morte neonatal um importante problema de saúde pública que precisa ser enfrentado com seriedade. É que a vida tem mostrado que abordar a morte de crianças, em qualquer idade, ao mesmo tempo e na mesma política que a morte materna, contribui para a tendência de a morte materna ser relegada a um plano irrelevante, na medida em que a morte de crianças comove mais, desde gestores até a sociedade. Um exemplo da irrelevância da morte materna diante da neonatal, ou mesmo da infantil, é que nas cidades ou nos estados onde não há uma presença forte de feministas nos "Comitês de Prevenção da Morte Materna", ou onde não existe tradição de debate e luta política nos referidos Comitês, eles tendem a se denominar "Comitês pela Vida". Ao mesmo tempo, há drenagem prioritária de recursos para a investigação da morte neonatal ou infantil.

Sim, é que as forças que centram seus trabalhos na mortalidade infantil, prioritariamente a CNBB (leia-se: Pastoral da Criança), são muito fortes politicamente, no Ministério da Saúde e nos estados, na disputa dos recursos que, em geral, são insignificantes para tanto. E então, a morte materna acaba sobrando... Ou seja, a estratégia de um mesmo Comitê trabalhar morte materna, neonatal e infantil é equivocada na atual conjuntura cultural do País. Precisamos estar atentas. O tempo todo.

No Brasil, em 2003, a Rede Feminista de Saúde reavivou a discussão sobre banalização e naturalização da morte materna sob o lema: "Em cada cidade, um Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna: dever do Estado, compromisso da sociedade", por considerar que, sob vigilância concomitante das próprias instituições e da sociedade civil, serviços e profissionais de saúde respondem positivamente. Além disso, os Comitês têm como objetivos: "identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas e fatores determinantes; propor medidas que previnam novas mortes; melhorar as informações sobre óbitos maternos; e avaliar a assistência prestada à gestante".

Em 2004 centramos nossos esforços no 28 de maio, Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher.

Com o tema da morte materna, dando visibilidade à morte materna em mulheres negras, publicamos e distribuímos em todo o território nacional um folheto com o lema: "Prevenção da Mortalidade Materna: Um compromisso político e ético de governos e da sociedade". O destaque do folheto foram os Diferenciais Raciais nos Perfis e Indicadores de Mortalidade Materna no Brasil.

Que avaliação a Rede Feminista faz do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal?

Fátima Oliveira – Por compartilharmos a opinião de que todas as mortes precoces revelam a omissão dos governos, em todas as esferas (federal, estadual e municipal), analisamos a morte materna como uma morte precoce, que ocorreu antes do tempo. E mais, para a RFS, as mulheres só morrem de parto porque os governos permitem, na medida em que 96% das mortes maternas são preveníveis e evitáveis. Em outras palavras, a morte materna é patrocinada pelos governos.

O Pacto é uma ação política ousada, visando a melhorar os registros dos óbitos maternos e neonatais, conhecer sua real magnitude e, ao mesmo tempo, enfrentar as causas passíveis de resolutividade nos serviços de saúde.

Sabemos que a morte materna e a neonatal são arquitetadas bem antes de chegarem aos serviços de saúde, mas a área de saúde pode, em muito, contribuir para a preservação da vida com qualidade e dignidade.

Por isso, lutamos muito para que o Pacto pela Redução da Morte Materna fosse uma política e a Redução da Morte Neonatal fosse outra, cada uma com seus recursos próprios. Mas não tivemos força política para tanto, no processo de construção do Pacto, e nos rendemos ao que era possível construir naquela conjuntura política. No entanto, reconhecemos que o Pacto é, inegavelmente, uma política de magnitude e que revela um inequívoco compromisso político do atual governo com o combate à mortalidade materna e a neonatal. E constitui a mais importante estratégia construída por um governo latino-americano em todos os tempos, em relação à morte materna.

Para a RFS, as mortes maternas e as neonatais possuem responsáveis. É nesse sentido que o Pacto representa um instrumento político de vulto. Enfim, hoje podemos dizer que temos propostas e propósitos governamentais no Brasil em relação ao combate à morte materna. Há uma diretriz política (proposta) e há recursos (propósito). O Ministério da Saúde elaborou as diretrizes nacionais; alocou recursos substanciais; tem desenvolvido uma agenda de formação de profissionais da saúde, em todo o País, e vem realizando um esforço descomunal junto aos secretários municipais e estaduais de saúde, para que a política se viabilize e chegue ao cotidiano da vida das mulheres. Mas temos problemas no âmbito dos estados e dos municípios, assim como no campo do controle social.

Sem dúvida, os estados (leia-se: Secretarias de Estado da Saúde), e os municípios (leia-se: Secretarias Municipais de Saúde), não têm respondido coletivamente e adequadamente ao desafio.

Ao mesmo tempo, percebe-se uma dificuldade objetiva, no âmbito local (estados e municípios) do movimento de mulheres no controle social dessa política. Temos a opinião de que, enquanto as filiadas da RFS, as ativistas do movimento de mulheres negras, os Conselhos Estaduais, Municipais de Mulheres e de Saúde, não encararem, com a prioridade devida, o monitoramento e o controle social do Pacto, este não se concretizará em sua plenitude e seus benefícios não se concretizarão na vida das mulheres.

E então, sem essa ação planejada e cotidiana de monitoramento e de controle social, vai demorar muito para que o Pacto produza os efeitos desejados e esperados. Eis o nosso desafio, no momento, para reduzir a morte materna a patamares aceitáveis que não signifiquem descuido e crueldade de nosso país para com a vida das mulheres.

Em artigo publicado no jornal "O Tempo", de Belo Horizonte, em maio de 2003, a senhora explicitou a necessidade de inclusão do "Quesito Cor" no documento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Como o governo tem respondido a este apontamento?

Fátima Oliveira – Em artigo publicado no jornal "O Tempo" escrevi que, por se tratar de um documento que coloca os pingos nos "is", tanto na morte materna como na neonatal, sentimos falta do "Quesito Cor", na medida em que se trata de um tópico expresso no atestado de óbito, mas ainda não foi devidamente absorvido pelos profissionais de saúde como dado epidemiológico essencial. Durante as discussões, o acordado foi que o "Quesito Cor" terá o destaque que merece.

A demanda gerada pela necessidade do "Quesito Cor" no Pacto foi suficientemente reparada, em minha opinião, já que a Área Técnica de Saúde da Mulher tem respondido positivamente às bandeiras históricas das mulheres negras com as seguintes ações: introdução do exame para detecção da Anemia Falciforme nos exames de pré-natal; elaboração e publicação do "Manual Perspectiva da Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras"; inclusão do "Quesito Cor" nos formulários do Ministério da Saúde.

Eu, pessoalmente, entendo, depois de tantos anos na peleja na área de saúde da população negra em nosso país, que as mulheres negras são as beneficiárias mais diretas da ação universal do Pacto, pois são as que mais morrem da primeira causa de morte materna no País: toxemia gravídica, que resulta da hipertensão arterial não tratada durante a gravidez.

Arrisco ainda a dizer que, com a implementação do Pacto, só a médio prazo é que teremos dados suficientes para evidenciar em que aspectos as mulheres negras precisam de "algo mais", de um olhar e uma ação mais focada, do que a que vem proposta atualmente, de maneira mais precisa.

É muito comum ouvir em seminários e outros espaços que a taxa de mortalidade materna é seis vezes maior para as mulheres negras, em comparação às mulheres brancas; entretanto, o Pacto Nacional não prevê uma redução dos índices que leve esse fato em consideração. Qual é sua opinião sobre isso?

Fátima Oliveira – A afirmativa de que "a taxa de mortalidade materna e neonatal é seis vezes maior para as mulheres negras, em comparação com as mulheres brancas", carece de base de sustentação. Há alguns meses temos ouvido tal afirmativa.

No entanto, desde a primeira vez indaguei a fonte do dado, pois eu e a própria RFS o desconhecemos. Quem anuncia o dado não menciona a fonte. E depois, a crueldade da morte materna no Brasil e o recorte racial/étnico presente nela já são degradantes, e não precisamos inventar dados que anunciem mais desgraça e omissão dos governos.

Para, especificamente, responder a esta pergunta, consulte a dr^a. Maria José Araújo, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, e Alaerte Leandro Martins, pesquisadora que tem dedicado, pelo menos, os dez últimos anos ao estudo e pesquisa da morte materna com recorte racial/étnico. Compartilho aqui a resposta de ambas: "Não há estudo nacional que tenha produzido o dado que permite afirmar que 'a taxa de mortalidade materna e neonatal é seis vezes maior para as mulheres negras, em comparação às mulheres brancas'". Logo, precisamos, de uma vez por todas, deixar de anunciar um dado que não existe. Mas, não podemos desconhecer que há uma demanda real para produzir um dado nacional sobre a dimensão racial/étnica da morte materna e da neonatal.

Alaerte Leandro Martins afirmou ainda que os dados mais atuais sobre o assunto encontram-se em material produzido por ela, com financiamento do PCRI-Saúde, (disponível em: www.redesaude.org.br/html/folheto28maio04.html). O folheto, distribuído nacionalmente por ocasião do 28 de maio de 2004, foi denominado: "Prevenção da Mortalidade Materna: Um compromisso político e ético de governos e da sociedade no tópico, Diferenciais Raciais nos Perfis e Indicadores de Mortalidade Materna no Brasil".

Apesar das dificuldades identificadas nesse estudo, como a subnotificação de óbitos maternos, falta de informação sobre raça/cor, além do elevado número de nascidos vivos de raça/cor ignorada, encontrou-se diferencial na mortalidade materna das mulheres negras (pretas + pardas) quando comparada à das brancas.

Os dados confirmam os diferenciais raciais na mortalidade materna no Brasil. Em suma: "o estudo dos diferenciais raciais/étnicos", de que dispomos hoje no Brasil, como bem disse Alaerte Leandro Martins (em 02.02.2006), em linhas gerais, "revela que em 3 cidades da Bahia (Alagoinhas, Feira de Santana e Salvador) as pretas morrem, em média, 3 vezes mais que as brancas, e no Paraná, as pretas morrem em média 8 vezes mais que as brancas". Eis os dados que temos hoje, que não nos permitem extrapolar para a dimensão nacional. Não esquecendo que também nesta pesquisa foram consideradas a subnotificação e a subinformação do "Quesito Cor" nos nascidos vivos e nos óbitos maternos".

PERFIL

Uma colcha tecida a muitas mãos

Entrevista com Carmem Regina Medeiros Carneiro

Marina Carneiro tinha 25 anos, morava em Porto Alegre, cursava Engenharia de Meio Ambiente e estava em sua primeira gravidez. No dia 7 de março de 2005, Marina morreu no parto, devido a um quadro de pré-eclâmpsia grave. Carmem Regina Medeiros Carneiro, mãe de Marina, fez os primeiros contatos com a Rede Feminista de Saúde, buscando apoio para a idéia de uma campanha contra a morte materna em que mostraria sua dor, a de sua família, e de amigas(os). Da perda e dor, ao acolhimento, às reflexões políticas, a proposta de uma campanha evoluiu para a criação da Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amiga(o)s de Vítimas de Morte Materna.

Carmem, atual coordenadora geral da Associação, conversou com o Jornal da Rede sobre o impacto da morte de Marina em sua vida e de sua família, bem como sobre as propostas da Associação.

Jornal da Rede – Você perdeu sua filha logo após esta ter dado à luz; como você reagiu, a sua família, e em que momento você passou a achar que isso poderia ser uma causa?

Carmem – A morte da Marina foi a notícia mais impactante para todos nós, a maior tragédia das nossas vidas, e só acreditei quando a vi no caixão. Foi a mesma coisa com minha família e, principalmente, com os meus filhos homens. Minha primeira preocupação foi não os incitar contra o médico, para não criar uma tragédia ainda maior em minha família, fazendo justiça com as próprias mãos. Durante os 25 dias que acompanhei minha neta na UTI, tomei conhecimento de muitos outros casos de morte materna, era muito mais comum do que se podia imaginar, que muitas mães tinham morrido, deixando seus filhos irem para casa sozinhos. Foi quando decidi fazer alguma coisa, e descobri que minha filha não tinha morrido em vão, que eu tinha uma bandeira.

JR – O choque foi porque a idéia da morte relacionada ao parto nunca havia passado pela cabeça de vocês?

Carmem – Eu nunca tinha escutado uma história ou marcado na memória uma morte no parto que fosse recente.

JR – O Brasil é um dos campeões de morte materna, você não tinha essa informação na época?

Carmem – Nem eu e nem a maioria absoluta da população brasileira. Não é interessante para os governos divulgar as mortes maternas, há falta de informação, e as pessoas não ouvem falar disso. Mulheres de escolaridade universitária não sabem disso, não é questão de nível social ou cultural. Eu não sabia o que era morte materna.

JR – Você, então, achou que deveria denunciar?

Carmem – Passados dois meses, depois que eu tinha acalmado minha família, filhos, tia, chamei meu genro, colhemos toda a documentação que

Sônia Ebling



precisava para dar entrada na queixa-crime, o que foi também encaminhado para o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. A informação que temos, até agora, é de que nada andou, passados um ano e três meses.

JR – Essa procura foi porque você acreditava que havia responsáveis. Quem seriam eles?

Carmem – Profissionais desqualificados, maternidades despreparadas para casos de urgência, falta de UTIs, enfim, há uma baixa qualidade na assistência, aliada com a falta de informação das mulheres, pois a maioria não tem acesso a uma atenção de qualidade, humanizada. O pré-natal é feito num posto de saúde, e na hora do parto chegam a qualquer hospital e são atendidas por quem estiver de plantão, sem saber da história da mulher.

JR – Mas não foi o caso de sua filha.

Carmem – Não, a Marina tinha plano de saúde, médico do plano, e foi ca-

racterizada a negligência, a desqualificação do profissional, e pelo que se vê no prontuário se tem a nítida certeza de que o hospital também foi negligente, porque o médico dela não estava no hospital e só foram tomadas as providências cirúrgicas quando ele retornou.

JR – Qual foi a causa da morte de Marina declarada pelo médico?

Carmem – Pelo que o médico caracterizou foi uma pré-eclâmpsia grave, com uma hemorragia aguda e falência múltipla dos órgãos. A minha neta nasceu à 1h05 da manhã e minha filha faleceu às 7h25 da manhã. E só descobrimos que minha filha estava mal quando o pessoal do banco de sangue subia e descia escadaria para o centro obstétrico. Meu genro perguntou o que estava acontecendo, foi quando soubemos que minha filha não passava bem. E soubemos que ela já estava morrendo quando o pessoal da cardiologia passou com o aparelho para ressuscitá-la, porque ela já tinha tido uma parada cardíaca. O médico nos avisou às 2h20 que iria para casa descansar, que a Marina continuaria, nas próximas 48 horas, uma paciente de alto risco porque tinha tido a pré-eclâmpsia grave. Quando perguntamos quem cuidaria da Marina, ele disse que os plantonistas do hospital. Na verdade, o que aconteceu não foi isso, e até hoje não temos resposta da sindicância que o hospital disse que promoveu.

JR – Como essa tragédia atingiu sua família, que hoje está muito mobilizada?

Carmem – A perda da Marina é uma dor irreversível, e para alguns de meus filhos está difícil trazê-los para a vida que eles tinham antes. Mas, em contrapartida, a minha atitude, a minha escolha de viver a dor criando esta Associação, tem dado a eles vontade de continuar a viver, de participar da luta, de ficar juntos

para que outras mulheres não morram e seus familiares não passem o que nossa família está passando. Sou vista com orgulho pelos meus filhos. Não fosse a idéia da Associação, estaria hoje em casa, chorando, olhando para o meu umbigo, sem saber o que fazer e sem saber que lá fora tem gente precisando de ajuda ou procurando saber... ou, o que é pior, achando que a morte da filha num parto foi gloriosa ou decisão divina, não procurando a justiça. Mesmo sabendo que a justiça é lenta, a gente não vai desistir desta luta.

JR – Você, no início, pensou em fazer uma campanha para a Marina; como isso se transformou numa luta coletiva?

Carmem – Quando procurei a Rede e apresentei nossa tristeza e o desejo de denunciar, recebi apoio e a proposta de fazer da minha dor uma causa mais ampla. Isso deu maior dimensão e acho que encontramos o caminho certo. Nesta trajetória encontrei a Themis, a Fátima Oliveira e a Regional da Rede Feminista de Saúde no Rio Grande do Sul. Agora estou encontrando outras pessoas maravilhosas, como Simone, irmã da Vânia Araújo, que também morreu de forma trágica, absurda e injusta, e isso dá uma força enorme pra gente.

JR – E de que forma essas pessoas e organizações podem ajudar quem já perdeu alguém nessas condições?

Carmem – Nos apoiando e tirando da invisibilidade essas mortes e mostrando para a sociedade a vergonha que é a morte materna neste país. Este é o primeiro passo da Associação, tornar pública a quantidade de mulheres que morrem de morte materna, pois 96% são preveníveis e evitáveis. E, para isso, usar a mídia e mostrar a violência que encobre as vítimas de morte materna no Brasil. Essa é a primeira estratégia, mas outras devem acompanhá-

la: resgatar as mulheres que morreram, mostrar à sociedade, organizar essas famílias, formar grupos de amigos e familiares de mulheres, para trazer à consciência da sociedade a dor que essas mortes causam. Quantos filhos ficaram órfãos? E o problema social provocado pela da morte da mulher?

JR – Com relação às mortes maternas por aborto? Que estratégias a Associação usará para convencer as famílias de que essas mortes não são naturais, mas ocorrem porque os governos permitem?

Carmem – Acredito que familiares e amigos(as) de mulheres que morreram vítimas de aborto também encontrarão, na Associação, respaldo e ajuda para entenderem que o principal responsável por essas mortes é o Estado, que discrimina essas mulheres e não lhes oferece o tratamento devido. Precisamos lutar, e lutaremos, para retirar o manto de vergonha que encobre a morte de mulheres por aborto.

JR – As mulheres negras no Brasil são as que mais morrem pela primeira causa da morte materna, que é a hipertensão arterial não tratada durante a gravidez, e pela quarta causa, abortamento inseguro. O que esses dados representam?

Carmem – Daí vemos o quanto vivemos em um país de desigualdades raciais, sociais e econômicas. Estes índices indicam que o racismo na atenção à saúde precisa ser combatido. Fica muito evidente a falta de humanização e de respeito pelas mulheres. É preciso que mudemos este quadro doloroso. A Associação terá atenção especial com a situação das mulheres negras.

JR – E há intenção de buscar alguma responsabilização?

Carmem – Sim, ao resgatar os casos existentes e outros que infelizmente sabemos que virão, e responsabilizar



Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amigas(os) de Vítimas de Morte Materna

Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, com prazo indeterminado de duração, com atuação em todo o Território Nacional, criada em 8 de maio de 2006.

"Art. 2º. – A entidade Associação Marina Carneiro de Familiares e Amigas(os) de Vítimas de Morte Materna, na observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência, tem por objetivos:

- a) Estabelecer ambiente favorável, em âmbito nacional, através do resgate da dignidade de mulheres e familiares vítimas de morte materna;
- b) Apoiar e acompanhar familiares de vítimas de morte materna que estão em busca de justiça, dando visibilidade para estas mortes preveníveis e evitáveis;
- c) Promover diálogos entre familiares com vistas a formar um núcleo de mobilização disposto a construir uma ação política nacional em torno do assunto;
- d) Resgatar a dignidade e a memória das mulheres que morreram durante a gravidez, parto ou puerpério, visando retirar essas mortes da invisibilidade;
- e) Sensibilizar a opinião pública para o fato de que na maioria das vezes a morte materna é prevenível e evitável e em geral não deveria ter ocorrido;
- f) Estabelecer a consciência de que mortes preveníveis e evitáveis possuem responsáveis;
- g) Apoiar moral, política e juridicamente as famílias das mulheres que morreram em tais circunstâncias, ajudando na conscientização de que é uma vergonha o Estado brasileiro permitir que suas cidadãs morram quando há, na maioria dos casos, meios médicos de evitar essas mortes;
- h) Lutar para responsabilizar o Estado brasileiro por essas mortes;
- i) Monitorar o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Diretrizes do Ministério da Saúde/ 2003;

- j) Divulgar a importância dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e apoiar a criação e a implementação dos mesmos;
- k) Relacionar todas as causas e conseqüências das mortes maternas preveníveis e evitáveis, entre as quais o aborto inseguro; e
- l) Lutar pela qualidade na assistência à saúde da mulher.

Art 3º. – Para tanto, a Associação Nacional Marina Carneiro de Familiares e Amigas(os) de Vítimas de Morte Materna propõe-se a:

- a) Mapear casos de morte materna;
- b) Realizar a busca ativa de familiares e amigas(os) de mulheres que morreram vítimas de Morte Materna;
- c) Lutar pela criação de um número telefônico para a comunicação de Morte Materna;
- d) Reunir-se com o movimento de mulheres nas cidades nas quais foram mapeadas vítimas, para estimular a solidariedade às famílias que perderam mulheres por Morte Materna;
- e) Sensibilizar mães, pais, familiares e amigas(os) para enfrentar a luta política para responsabilizar o Estado brasileiro por situação de Morte Materna;
- f) Realizar o “Tribunal de Consciência” sobre a identificação de responsáveis pelas mortes preveníveis e evitáveis;
- g) Realizar periodicamente “Encontro Nacional de Amigos, Amigas e Familiares de Mulheres Vítimas de Morte Materna”; e
- h) Reunir subsídios para documentar a vida das mulheres que morreram, reunindo dados e documentação que permitam criar em cada estado um “Painel das Mulheres que o Estado brasileiro permitiu que morressem”.