

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

AUDIÊNCIA PÚBLICA

Data: 04/05/2010

Assunto: Debate sobre a redução da taxa de mortalidade materna, tema abordado pela 5ª Meta de Desenvolvimento do Milênio da ONU

Participantes:

1. **JOSÉ GOMES TEMPORÃO - Ministro da Saúde**
2. **HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES – Presidente da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)**
3. **ANA RUTH RESENDE GOES – Representante da Pastoral da Criança**

A Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, Senadora Rosalba Ciarlini, iniciou a Audiência destacando a existência de diversos trabalhos e esforços em execução no sentido de diminuir os índices de mortalidade materna no Brasil. Lembrou, no entanto, que questões simples, que poderiam ser evitadas, têm contribuído para aumentar essas estatísticas. Nesse sentido, afirmou ser necessário que o Senado dê sua contribuição para acelerar a queda do número de mortes.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO - Ministro da Saúde

O Ministro deu início à sua exposição com dados referentes ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 – melhorar a saúde materna -, e à Meta de reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna.

Segundo o Ministro, artigo da respeitada revista The Lancet mostrou queda de 63% nos índices de mortalidade materna no Brasil entre os anos de 1980 e 2008, figurando, assim, como o país com maior redução percentual desses índices. No entanto, trata-se de um período de referência diferente daquele levado em consideração no estabelecimento das Metas do Milênio, que é de 1990 a 2015. Com relação à situação de 1990, o Brasil reduziu em 46% a taxa de mortalidade materna.

Nesse contexto, destacou-se o fato de que são grandes as desigualdades entre as regiões do país, estando o Sul e o Sudeste em posição melhor que o Norte, Nordeste e Centro-Oeste nesse quesito. Nessas últimas áreas, um dos desafios que vêm sendo enfrentados é o problema da subnotificação de óbitos. O crescente aperfeiçoamento do sistema de monitoramento de óbitos e a maior investigação dos casos podem, inclusive, explicar o incremento das estatísticas em algumas regiões.

Em seguida, o Ministro delineou um panorama das ações governamentais voltadas à saúde da mulher. Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e, em 2004, iniciou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com maior abrangência. No âmbito dessa política, foi firmado, em março de

2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, iniciativa amplamente premiada pelas Nações Unidas.

Assim, têm sido grandes os avanços em expansão e qualificação das ações de melhoria da atenção obstétrica e dos direitos sociais e reprodutivos das mulheres, formando um grande conjunto de políticas que confluem para o objetivo maior de redução da mortalidade materna. O aumento da qualidade da informação e a diminuição de partos em adolescentes merecem destaque nesse contexto, bem como a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e o aumento da cobertura pré-natal do Sistema Único de Saúde. O Ministro da Saúde demonstrou, ainda, preocupação com o aumento sustentado do número de partos cesárea no Brasil, tema complexo que tem recebido atenção.

Por fim, o Ministro destacou, com relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que o Objetivo 4, de redução da mortalidade infantil, será cumprido com folga. Maiores dificuldades serão encontradas, no entanto, no alcance do Objetivo 5 e da Meta a ele vinculada, mas, segundo o Ministro, ainda há tempo para que se chegue aos resultados esperados.

Após a exposição do Ministro Temporão, a Senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN) questionou a estagnação dos índices de mortalidade materna desde 2004. Na sequência, a Senadora Fátima Cleide (PT-RO) parabenizou o trabalho que vem realizado pelo Ministro e pelo governo na área da saúde, destacando a superação dos desafios envolvidos no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O Senador Flavio Anrs (PSDB-PR), por sua vez, lembrou que o índice de mortalidade materna é um dado intimamente relacionado ao grau de desenvolvimento da saúde de um país. Retomou, ainda, o questionamento feito pela Senadora Rosalba Ciarlini, e pediu explicações sobre o impacto das políticas implementadas na redução da mortalidade materna, levando em consideração a questão do aumento de casos notificados. Pediu também que o Ministro analisasse os avanços realizados e os desafios a serem enfrentados. Destacou, por fim, que apenas 50% dos municípios brasileiros contam com comitês de mortalidade materna. O Senador Augusto Botelho (PT-RR), por sua vez, salientou que 40% dos municípios de Roraima possuem comitês de mortalidade materna e que cobertura pré-natal no estado está dentro dos padrões de quatro a sete consultas. Ressaltou, ainda, que a Comissão de Assuntos Sociais do Senado fará todo o possível para encontrar saídas legislativas capazes de contribuir para a redução dos índices em questão.

A Senadora Ideli Salvatti também participou do debate, afirmando que a redução da mortalidade materna é responsabilidade de todos e destacou a Lei nº 11.108/05, de sua autoria, que garante à parturiente o direito a um acompanhante, como passo importante nos cuidados com a maternidade. Pediu melhoras na qualificação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e a inclusão da vacina contra o HPV no calendário de vacinação, lembrando que essa matéria já passou pelo Senado e se encontra na Câmara dos Deputados. O Senador Mão Santa (PSC-PI) questionou a não existência de maternidades em todas as cidades brasileiras, afirmando a importância e o baixo custo relativo da construção e manutenção dessas unidades de saúde.

O Ministro da Saúde respondeu a alguns dos questionamentos e observações feitos pelos Senadores. Inicialmente, informou que, hoje, a taxa de mortalidade materna no Brasil é de 75 a cada 100 mil nascidos vivos e que a meta a ser alcançada até 2015, em função do compromisso assumido com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, é de 35 a cada 100 mil nascimentos. Salientou, no entanto, que a taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde é de 20.

Lembrou, ainda, que 93% dos municípios brasileiros com mais de 80 mil habitantes contam com comitês de morte materna. A recomendação da OMS é a de que municípios com população acima de 100 mil habitantes possuam tais comitês. A própria Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia considera não haver a necessidade desses comitês em municípios com menos de 100 mil habitantes. A cobertura atual pode, portanto, ser considerada boa.

Segundo o Ministro, não faltaram campanhas ou recursos para fazer frente à questão. Como exemplo, foi citado o aumento robusto no número de leitos de UTI e de UTI neonatal. O Ministro destacou, nesse contexto, o trabalho desenvolvido pela Pastoral, lembrando que 95% do financiamento da entidade provém do Ministério da Saúde.

Os índices de mortalidade materna estão intimamente relacionados a aspectos como desenvolvimento, acesso à informação, organização do sistema de saúde e estruturação dos serviços de saúde no município. Exemplo disso é o fato de Curitiba apresentar uma taxa de 12 por 100 mil, ao passo que o índice do Paraná é de praticamente 50 por 100 mil.

Em 2002, apenas 4% dos partos contavam com a presença do acompanhante. Em 2008, esse número passou para 16%, ainda baixo, segundo o Ministro, que espera alcançar 100% dos partos. Está em vias de implementação mais um incentivo financeiro para que o acompanhante possa estar presente em todos os partos. Nesse momento, a Senadora Ideli Salvatti destacou que a presença do acompanhante reduz significativamente a ocorrência de problemas relacionados ao parto.

O expositor reiterou, ainda, que se atribui à melhoria do sistema de informações esse fenômeno de estagnação dos índices de mortalidade materna. Houve avanços no sistema de notificação, no treinamento e na capacitação dos médicos, em parceria com o CFM e os CRMs. Antes, havia uma brutal subnotificação de óbitos maternos, e hoje se trabalha com dados o mais próximo possível da realidade.

O crescimento do número de cesáreas é outro fator importante de mortalidade materna que deve ser levado em consideração. De acordo com o Ministro, por mais que o Ministério se esforce em parceria com a sociedade, com a Febrasgo e com o apoio da mídia, para promover a importância do parto normal, essa guerra. A tendência é, cada vez mais, que o parto cesárea ocupe mais espaço. O aborto é também uma questão de relevo, ainda que tenha havido uma redução importante nos casos.

Com relação às vacinas, foi salientado que o Governo Federal incluiu no Programa Nacional de Imunização (PNI) três vacinas modernas: a do rotavírus, a do pneumococo conjugada e a do meningococo conjugada. E o interessante é que essa inclusão não se deu simplesmente pela compra dessas vacinas das multinacionais que detêm as patentes. Todas as três estão ancoradas em processos de transferência de tecnologia para Bio-

Manguinhos, no caso do rotavírus e pneumococo, e Fundação Ezequiel Dias, no caso do meningococo. Hoje o PNI, do ponto de vista do elenco de vacinas, apresenta mínimas diferenças com relação aos calendários americano e europeu. Há uma polêmica em torno da incorporação da varicela e da hepatite A, e existe agora a nova vacina que ainda está sendo estudada e discutida. O Ministério criou um comitê coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer, com o objetivo de que governo, especialistas e legisladores discutam essa questão.

Com relação ao que foi questionado pelo Senador Mão Santa sobre a não existência de maternidades em todos os municípios brasileiros, o Ministro destacou que hoje o SAMU conta com profissionais capacitados para atender urgências e emergências obstétricas, foram criadas centrais de regulação que podem garantir a disponibilidade de leitos e a rede de serviços de saúde está mais organizada. Nesse contexto, o Ministro lembrou um detalhe importante: a taxa de fecundidade da mulher brasileira já está em 1,7 filhos por mulher durante a idade reprodutiva e segue caindo. A população brasileira vai crescer até 2030, se estabilizar e começar a cair. A população está envelhecendo. Devemos pensar o futuro da atenção obstétrica dentro do novo perfil demográfico da população brasileira.

Por fim, o Ministro da Saúde afirmou que a questão da mortalidade materna é um grande desafio, que deve envolver toda a sociedade brasileira, não apenas do governo. Esse problema não se resolve sem a parceria com os profissionais de saúde, sem o apoio do Legislativo, sem a participação da sociedade. Temos que chegar a 35 por 100 mil em 2015, e estamos em 2010. O Ministro considera possível alcançar essa meta, com grande esforço.

HÉLVIO BERTOLOZZI SOARES – Presidente da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Segundo o Dr. Hélvio Soares, o problema da mortalidade materna não vai desaparecer de uma hora para outra: envolve anos de trabalho e dedicação. Como exemplo de sucesso nessa questão, ele citou o caso de Cuba, que, mesmo com toda a pobreza, conseguiu reduzir a mortalidade materna por meio da criação de um sistema que oferece médicos de família, o que tornou possível que a razão de mortalidade materna seja, hoje, de 27 por 100 mil. O expositor ressaltou, no entanto, que Cuba é uma ilha, mais fácil de ser trabalhada que um país de dimensão continental como o Brasil, ainda que as bases do trabalho devam ser as mesmas.

No Paraná, para reduzir a taxa de mortalidade de 101 para 44 por 100 mil foram necessários quinze anos, com trabalhos realizados passo a passo. Capacitação, padronização, guias e roteiros não reduzem a mortalidade materna. O processo deve ter início, meio e fim, começando com a redução do subregistro. Outro passo importante é a de investigação das mortes de todas as mulheres em idade fértil, dos 10 aos 49 anos. No Paraná, 97% desses casos são investigados.

O expositor destacou a necessidade de trabalhar esses dados, de manter um banco de informações, de investigar os locais, a causa das mortes e as necessidades das regiões, visando a solucionar progressivamente todos os problemas envolvidos. Nesse contexto,

o expositor salientou que foram realizadas Câmaras Técnicas em diversas regiões do Brasil, culminando na criação dos Comitês de Mortalidade Materna.

A morte materna é inaceitável, lamentou o expositor. E casos tristes ocorrem em todos os estados brasileiros, em maior ou menor extensão. Os índices de morte materna refletem o nível de desenvolvimento do país e somos diretamente responsáveis pela redução dessa taxa.

Em seguida, o Dr. Hélvio Soares comentou o que chamou de epidemia de cesáreas no Brasil. A Febrasgo tem buscado combater a cesariana desnecessária, mas o expositor lembrou a dificuldade dos profissionais da área médica para acompanhar trabalhos de parto de dez horas, parando outros trabalhos, quando se tem quatro empregos para se sustentar. Foi salientado, ainda, que, no sistema público, 30% dos partos são cesáreas, ao passo que, no contexto das operadoras de plano de saúde, esse índice é de 80%. Assim, percebe-se a necessidade de que se crie um sistema de atenção ao parto e de que as operadoras contem com um sistema de plantão como ocorre no SUS.

Com relação a esse tema, o expositor salientou que questões de tempo, paciência, cultura, sistema e tipo de atendimento devem ser modificados, mas lembrou que a cesariana não aumenta a mortalidade. A morte materna é uma morte anunciada, iniciada no pré-natal.

O Dr. Hélvio Soares sublinhou, ainda, que as questões envolvidas com a mortalidade materna variam de acordo com os estados e regiões no Brasil, a partir do índice de desenvolvimento das áreas e das ações realizadas.

Por fim, foi destacado que a Febrasgo, junto com sua comissão especializada em mortalidade materna, vai se juntar ao Ministro da Saúde para discutir e definir a implementação, em 17 e 18 de junho, de uma força tarefa para redução da mortalidade materna. A Febrasgo tem o prazer e o dever de se unir ao Ministro e sua equipe nesse objetivo.

ANA RUTH RESENDE GOES – Representante da Pastoral da Criança

Em sua exposição, a Sra. Ana Ruth explicou a colaboração da Pastoral da Criança na busca da redução da mortalidade materna. Segundo ela, o segredo do trabalho da instituição é a socialização de conhecimentos científicos e técnicos, suprimindo a falta de acesso a esse tipo de informação por parte de famílias carentes. De acordo com a expositora, o índice de mortalidade materna e infantil é inversamente proporcional ao nível de escolaridade.

A palestrante lembrou que, segundo a OMS, mortalidade materna consiste na “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.” A taxa varia de acordo com a qualidade da assistência médica durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, e com o nível de desenvolvimento do país.

Atualmente, são acompanhadas 96.983 gestantes, em 43 mil comunidades, em 4.094 municípios. O trabalho da pastoral é centrado na figura do(a) líder, uma pessoa da comunidade preparada para se tornar responsável pelo acompanhamento das famílias daquele grupo. Logo na primeira visita, o líder entrega à gestante uma cartilha denominada “Laço de amor”, que consiste em uma espécie de diálogo do feto com a mãe, permeado por orientações espirituais. Trata-se de um guia que orienta a mãe a fazer o pré-natal e esclarece sobre as transformações ocorridas durante o período da gestação.

Além dessa orientação inicial, o(a) líder faz o encaminhamento ao sistema de saúde e realiza visitas periódicas à gestante (sendo semanais no último mês de gestação). A visita domiciliar é considerada uma ação fundamental da Pastoral, pois por meio dela é criado um vínculo com a família. Nessas visitas, o(a) líder conta com um guia (contendo informações sobre o que se passa durante cada mês da gestação) para esclarecer as dúvidas que possam surgir.

Todos os meses, os líderes encaminham as informações coletadas durante as visitas para seus respectivos coordenadores, que, por sua vez, encaminham para Curitiba, onde os dados são computados. Conforme esses dados, houve uma queda no número de gestantes acompanhadas no período de 2008-2009. Segundo a Sra. Ana Ruth, os dados do primeiro trimestre de 2010 se encontram em fase de fechamento.

Foram informados alguns dados importantes computados pela instituição. A média de consultas pré-natal entre as gestantes acompanhadas é de seis, sendo acima da média nacional. Quanto ao número de óbitos entre as mães, foram registrados 83, em 2008, e 52 em 2009. Até a data da audiência, tinham sido registrados oito óbitos em 2010. A região com o maior índice de mortalidade materna entre as famílias acompanhadas pela Pastoral é a região Nordeste.

Posteriormente, a expositora solicitou apoio ao Ministério da Saúde para que haja uma campanha de incentivo ao registro das medidas da altura uterina das gestantes no cartão da criança, por parte dos profissionais responsáveis do sistema de saúde. De acordo com ela, trata-se de um dado importante para o pré-natal e para a prevenção da mortalidade materna e infantil, mas que muitas vezes é ignorado, como vem sendo constatado pelo trabalho da Pastoral. Desde 2007, esse apelo tem sido feito aos Secretários de Saúde, resultando, aos poucos, no aumento do registro dessa informação.

Anunciou-se a realização, durante o mês de maio, do “Mutirão em busca da gestante”, com o objetivo de aumentar o número de mães acompanhadas. No mutirão, são feitas visitas a casas de uma comunidade para identificar o mais rápido possível as gestantes daquela região. Quando a Pastoral da criança começa a atuar em uma nova comunidade, os líderes são apresentados ao Sistema de Saúde, criando um laço entre as duas instâncias.

Finalizando, a Sra. Ana Ruth enfatizou que o papel da Pastoral é de promover a socialização do conhecimento por meio de um contato face a face com as famílias carentes. Enfim, encerrou sua exposição ressaltando a humanização do trabalho realizado, que inclui um acompanhamento personalizado e a identificação das gestantes pelo nome.

DEBATE

A Senadora Rosalba Ciarlini (DEM-RN) agradeceu a participação dos expositores na segunda parte da Audiência, além da presença do Assessor Especial do Ministro da Saúde, Sr. Adson França. Passou à parte das indagações.

A Senadora afirmou não ter ficado satisfeita com a resposta do Ministro Temporão à pergunta feita anteriormente por ela, com respeito à estagnação dos índices de mortalidade materna no Brasil, e pediu que o tema fosse complementado pelo Sr. Adson França, com o auxílio do Dr. Hέλvio Soares.

Segundo o Dr. Hέλvio Soares, em 1990 morriam 140 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Em 2004, o número passou para 71 mortes. Foi lançada, então, a grande campanha pela saúde da mulher. E em 2008, a taxa registrada foi a de 75 a cada 100 mil nascidos vivos. A Senadora reiterou seu interesse em entender o porquê dessa estagnação, que é visível, ainda que se leve em consideração o aumento na notificação dos óbitos. Onde está o gargalo, uma vez que o programa está sendo implementado? Não se está chegando ao interior, falta divulgação, faltam recursos? Que percentual, dentro dos recursos anuais do Ministério para divulgação de suas ações, é dedicado às informações sobre saúde da mulher e mortalidade materna?

Em 1999, o Ministério da Saúde começou a trabalhar, dentro dos estados, os comitês de mortalidade, com ênfase na redução da subnotificação. Estados que apresentavam mortalidade baixa passaram a divulgar números elevados e, uma vez que esse fenômeno foi se repetindo em todos os estados e a notificação se tornou obrigatória, a mortalidade alcançou um nível bastante elevado. A partir das medidas que forem sendo adotadas, como o estudo da mortalidade e ação no local onde ocorre o óbito, focando os principais motivos do falecimento, seja no pré-natal, no parto ou no puerpério, passaremos a reduzir esses números. Caso contrário, teremos sempre elevações e quedas em crise, quando a queda da mortalidade deve se dar em lise, de forma progressiva e contínua. A situação hoje é justamente essa: a de estabilização em um platô com perspectivas de redução progressiva. Não de forma imediata, mas seguindo o caminho correto.

O Dr. Hέλvio Soares previu, ainda, uma parceria mais forte entre o Ministério da Saúde e a Federação Brasileira de Ginecologia, com início a partir da semana que vem, dia 14.

O Sr. Adson França, Assessor Especial do Ministro da Saúde, afirmou que, enquanto Consultor da OMS, constatou que Portugal, por exemplo, levou 26 anos para reduzir a mortalidade materna de 80 para 16 por 100 mil nascidos vivos. E nesse período houve subidas e descidas pequenas, às vezes circunstanciais. É preciso, portanto, que se mantenha, no Brasil, uma linha geral de política de Estado e não apenas de governo, e estamos caminhando nesse sentido. Antes, seguia-se a linha de enfrentamento do tema por meio de ações mais imediatistas.

O pacto envolve reuniões a cada seis meses e baseia-se na importância de se de juntar representações da sociedade civil, governo e profissionais de saúde, incluindo entidades como a Febrasgo, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Enfermagem, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento e a Pastoral da Criança.

Os dados vão e voltam, segundo ressaltou: em 1997, perdeu-se, no Brasil, 2.042 mulheres; em 1998, 1.968; em 1999, 1.670; em 2000, 1.697; em 2001, 1.677; em 2002, 1.655. Destacou-se, nesse momento, que a possível inclusão pela OMS da H1N1 como causa de mortalidade materna acarretará um aumento brutal nos índices de mortalidade materna ao redor do mundo.

O Senador Flavio Arns lembrou, nesse contexto, que de 2004 para 2008, quando a notificação já deveria estar acontecendo, 17 estados tiveram aumento em suas taxas de mortalidade. Qual a avaliação que se faz do pacto?

A mortalidade materna no Brasil não aumentou entre 2004 e 2008, mas diminuiu pouco, de 1641 para 1540 mortes. Esses dados ainda não são considerados satisfatórios, pois esses números podem diminuir muito. A mortalidade, nesse período, manteve estabilidade com ligeira queda, com perspectivas de saltos de qualidade no futuro, uma vez que medidas estão sendo tomadas, como a realização de 27 cursos de qualificação nos estados brasileiros, com a participação de 1368 técnicos. Tivemos uma revisão de prontuários com os Conselhos Regionais de Medicina, com a incorporação, de 2002 a 2007, 1.408 mortes maternas – mortes que constavam como parada cardiorrespiratória ou falência múltipla de órgãos foram retificadas para hipertensão arterial, pré-eclampsia, eclampsia, hemorragia, complicações por abortamento, ou seja, causas obstétricas diretas. Tratou-se de uma atitude responsável: tirar o dado de debaixo do tapete, trazendo-o à luz.

Os recursos da área técnica da saúde da mulher não diminuíram, mas a avaliação das ações voltadas à saúde da mulher não pode se basear apenas nos recursos destinados a uma área, mas também na área de atenção básica, com o aumento das unidades de saúde da família e qualificação de profissionais do SAMU para o atendimento de urgências obstétricas e neonatais.

Nesse contexto, o representante do Ministério da Saúde destacou que precisamos de mais residência médica no Brasil, especialmente de mais vagas de residência em obstetrícia, além de mais mecanismos que permitam aos estados e municípios fixar o profissional nas cidades de pequeno porte.

Há necessidade de que muitas outras ações sejam realizadas, mas não se pode afirmar que a política de atenção integral à saúde da mulher não correspondeu às expectativas. Houve avanços importantes em planejamento familiar: não se reduziu mortalidade materna sem acesso a métodos contraceptivos, e a cobertura aumentou drasticamente.

Diante do questionamento da Senadora Rosalba acerca das dificuldades ainda encontradas na implantação das políticas de saúde relacionadas com a busca pela redução da mortalidade materna, o assessor do Ministro da Saúde destacou cinco pontos que precisam ser aprimorados. O primeiro consiste na ampliação do número de profissionais para urgências e emergências obstétricas e neonatais. O segundo ponto consiste em desenvolver mecanismos de fixação de profissionais em municípios de pequeno porte. Para isso, é preciso uma colaboração dos gestores municipais e estaduais. Outra ação importante consiste em colocar em prática a lei da Senadora Ideli Salvatti, que fala sobre a presença de um acompanhante na hora do parto, e a Lei Luiza Erundina que diz que, durante o pré-natal, a gestante já deve saber o local onde vai dar a luz, escolhido em função de aspectos particulares de sua saúde. Por fim, há a

necessidade de um aprimoramento da qualificação do pré-natal no Brasil. Mesmo com o aumento do número médio de consultas, ainda é preciso uma maior colaboração do meio acadêmico, das prefeituras e dos governos estaduais para que também haja um salto qualitativo no atendimento.

Quanto à Lei Luiza Erundina, a Senadora Rosalba questionou a viabilidade de sua implantação em municípios onde não há maternidade. Posto isso, indagou sobre o número de cidades brasileiras que não contam com serviço de obstetrícia.

O Dr. Adson França citou um estudo da Organização Mundial de Saúde que estabelece que é mais coerente a implantação de maternidades apenas em municípios com mais de 30 mil habitantes. No Brasil, existem 2.500 municípios com menos de 30 mil habitantes. Desse modo, está sendo discutida com o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), com o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e com o Conselho Federal de Medicina a realização de um trabalho de rede para que as gestantes desses pequenos municípios sejam encaminhadas a maternidades dos municípios adjacentes. Sendo assim, concluiu que não há necessidade de mais maternidades, mas de uma maior estruturação das existentes.

Segundo o Dr. Hέλvio, os dados citados pelo Dr. Adson falam sobre o número de mortes maternas, mas deveriam estar sendo colocados em razão de mortalidade materna. Dessa maneira, a mortalidade materna pode até ter aumentado de 2004 a 2008. Entretanto, ele considera que o importante é que está havendo um aumento no número de notificações.

O representante da Febrasgo criticou ainda os cursos de capacitação implantados, que não são adaptados às peculiaridades de cada região do país. Para ele, é preciso estudar a morte materna antes de se realizar um curso desse tipo.

O Assessor Especial do Ministro da Saúde pontuou que o curso a ser implantado foi adaptado e feito em parceria com a Universidade de São Paulo. E há inclusive um convênio com a Febrasgo para a realização de um curso completamente adaptado de qualificação de obstetras.

Posteriormente, o Senador Flávio Arns ressaltou que enfrentar o desafio da mortalidade materna significa melhorar a condição de saúde do país. Para isso, se faz necessário discutir com especialistas no assunto as estratégias possíveis. Segundo ele, os fatores renda e educação são fundamentais, já que as taxas são maiores nos bolsões de pobreza. O resultado do trabalho da Pastoral, que leva informação para essa população, demonstra o peso desses fatores.

Em seguida, houve uma discussão a respeito da comparação da taxa de mortalidade materna do Brasil com a dos demais países latinos. Segundo os dados apresentados pelo Dr. Adson, a taxa brasileira está acima da Argentina, do Chile e do Uruguai. Porém, ponderou que se trata de um país com dimensões continentais, com grandes diferenças entre as regiões. Posto isso, as opiniões se divergiram. Enquanto que para alguns a comparação deveria ser feita com países como Rússia, Índia e África do Sul, para outros, ela deveria ser feita com as nações vizinhas. Lembrou-se ainda que os dados brasileiros se tornaram mais fidedignos após a instalação dos comitês de mortalidade materna, o que pode não ter ocorrido em outros países.

Por fim, a Senadora Rosalba encerrou a reunião alertando que é preciso tomar alguma iniciativa principalmente nas cidades menos desenvolvidas. Solicitou o auxílio do Ministério da Saúde no levantamento das cidades onde os índices de mortalidade materna são maiores, para auxiliar na elaboração de leis e de ações, e de toda a população como um todo, para cobrar dos governos a internalização de ações que possam mudar o quadro atual.