

Em resposta à solicitação feita pela coordenadora da área técnica de Saúde da Mulher, Dra. Esther Vilela, viemos a seguir expor a posição da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sobre a portaria que dispõe sobre o **Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna**.

A mortalidade materna é um grande problema de saúde no mundo e no Brasil. No caso brasileiro, apesar do avanço conseguido nas últimas décadas, ainda estamos longe de atingir a meta do milênio e nos últimos dez anos o decréscimo da taxa sofreu uma desaceleração em sua redução, estando bem abaixo da média mundial de queda (**0,6%**). É importante que a dinâmica da mortalidade materna e suas relações com o sistema de saúde e a sociedade sejam detalhadamente observadas, para que as ações objetivando sua diminuição tenham a efetividade desejada. Também achamos importante, como organização do movimento civil com décadas de luta pela redemocratização do Brasil e construção do SUS, que sejam consideradas a posição sobre o tema das organizações dos movimentos de mulheres, profissionais e do Conselho Nacional de Saúde, que escreveu detalhado documento sobre o assunto.

Baseados nestes princípios, e no intenso debate realizado até o momento, apontamos como principais pontos de nossa contribuição sobre a portaria em questão:

A portaria não traz medidas efetivas para atingir seus objetivos, de **“aprimorar a qualidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério e contribuir para ampliar o acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde, notadamente nas gestações de risco”**, porque:

1. É uma medida isolada, fragmentária, que duplica esforços e recursos e que não se articula com uma política integral de saúde da mulher.
2. Apesar de reconhecermos avanços em relação à formulação anterior, como a retirada da referência ao “nascituro”, a portaria segue reiterando e tendo como seu

principal elemento o cadastro de TODAS as gestantes atendidas nos estabelecimentos de saúde. O SUS já dispõe de um sistema sofisticado de registro de informação, inclusive para acompanhamento específico do pré-natal, parto e puerpério, o SIS-Prenatal. Desde 1997, o Conselho Nacional de Saúde aprovou resolução que torna a morte materna um evento de notificação compulsória no Brasil que se efetivou, de fato, a partir de 2004, quando foi estabelecido o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna. O cadastro compulsório de gestantes fere o direito individual e foca a política na vigilância de indivíduos saudáveis. Se a vigilância sobre os adoecimentos objetiva controlar a disseminação de doenças epidêmicas ou a diminuição/ erradicação de altas taxas daquelas endêmicas, a vigilância sobre indivíduos, além de não atender aos objetivos da portaria, encerra riscos de quebra de sigilo, direito à informação e recusa das mulheres e coerção de seus direitos reprodutivos e sexuais.

3. Alternativamente, uma mais detalhada coleta de dados e vigilância, além de treinamento e supervisão das ações realizadas pelos estabelecimentos de saúde e secretarias municipais e estaduais de saúde em relação ao pré-natal, parto e puerpério, com transparência, participação e controle da sociedade civil organizada pode ter algum efeito na direção desejada. As principais causas de mortalidade materna necessitam, para sua redução, de um efetivo cumprimento, pelos estabelecimentos de saúde, das leis, normas técnicas, protocolos e orientações de serviço em vigência que já contemplam todos os procedimentos de rotina, no âmbito das unidades básicas de saúde, hospitais e maternidades. Sua efetiva e consistente implementação é um elemento necessário para o atendimento qualificado do pré-natal, parto e puerpério.

4. A classificação de “gestações de risco” e fatores de risco individualiza situações sociais e econômicas que precisam ser enfrentadas, para que sejam efetivas, não apenas a partir de cada mulher individualmente, mas a partir de ações sobre os determinantes estruturais dos agravos e mortes, as “causas das causas”. Sabe-se da desigualdade existentes no perfil das mortes maternas de mulheres negras e brancas, ou moradoras de diferentes regiões do Brasil. É necessário um enfrentamento direto destas condições, e uma faturação individual dos “riscos”, que nunca eliminará a causa

das causas, reduz a potencialidade de queda da taxa de mortalidade materna no Brasil.

5. O acesso, como colocado, é um elemento muito frágil. Não basta a mulher chegar ao serviço, é preciso ser atendida e bem atendida, dentro dos protocolos vigentes, e a portaria não estabelece mecanismos para isto. O principal problema na assistência ao pré-natal e parto no Brasil não é o acesso, que tem aumentado consideravelmente, mas a qualidade da atenção prestada, especialmente no que se refere ao uso excessivo de procedimentos e intervenções nas gestações e partos de baixo risco (veja-se a alarmante taxa de cesáreas e sua contribuição para a mortalidade materna) e a falta de assistência e intervenção adequada quando há necessidade de maior complexidade de atenção. Procedimentos simples e que já estão legislados, como a Lei do Acompanhante, apesar de terem grande efetividade, não são mencionados nem garantidos por esta portaria em sua nova versão.

6. O aborto inseguro, uma das importantes causas de mortes e morbidade em mulheres, não é abordado na portaria.

7. O Comitê de mortalidade materna, instrumento que já está implantado em boa parte do país deveria ser reforçado, mas sua articulação com a atual proposta não fica clara e são criadas comissões com funcionamento paralelo, delegando a investigação dos óbitos maternos aos setores de epidemiologia dos hospitais.

É louvável o interesse do governo federal em reduzir a morte materna, tragédia evitável ainda presente em nosso país. Mas queremos reiterar o já exposto no documento redigido pelo CNS e propor que, para que este objetivo seja atingido:

a) A atenção à saúde seja qualificada, com a observância de protocolos já existentes para a atenção de condições graves na gestação como os quadros hipertensivos (principal causa de morte), assim como a prevenção, o diagnóstico precoce e o manejo das hemorragias e infecções.

b) A vigilância à saúde deve incorporar a vigilância sobre os serviços, através do registro transparente das taxas de intervenções no parto (cesárea, episiotomia, forceps, induções, kristeller, etc.) e seus potenciais desfechos adversos.

c) Efetiva implementação dos programas de atenção ao parto de mulheres saudáveis por enfermeiras obstetras e obstetrizes, em Centros de Parto Normal plenamente integrado ao sistema,

d) A atenção à integralidade da assistência, como a garantia de acompanhantes de escolha da mulher conforme previsto em lei federal, a garantia de privacidade na assistência, e o combate a todas as formas de racismo e outras formas de violência institucional vividas pelas mulheres e amplamente documentadas em pesquisas,

e) As políticas e os orçamentos públicos devem estar orientados a garantir o direito de todas e cada uma das mulheres à saúde integral;

f) O direito das mulheres à vida precisa ser assegurado, tanto quando decidem ter como quando resolvem interromper uma gravidez.

Associação Brasileira de Saúde Coletiva
São Paulo, 14 de maio de 2012