



DHESCA BRASIL

PLATAFORMA DE DIREITOS HUMANOS
ECONÔMICOS, SOCIAIS, CULTURAIS E AMBIENTAIS

**Relatório sobre Mortalidade Materna no
contexto do processo de implementação da
decisão do Comitê CEDAW contra o Estado
brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel**

*Missão às unidades de saúde nos municípios da
Baixada Fluminense no estado do Rio de Janeiro*

**Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva
20 e 27 de março de 2013**

Redação: Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz

Data: 04 de abril de 2014

É permitida a reprodução deste material desde que citada a fonte e que não seja utilizada para fins comerciais.

Organização:

Plataforma Dhesca Brasil

Rua Des. Ermelino de Leão, n 15 – cj. 72 – Centro

Curitiba – PR CEP: 80410-230

www.dhescbrasil.org.br

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	4
2.	MORTALIDADE MATERNA SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS.....	6
	A. A morte materna no Brasil.....	6
	B. A perspectiva de direitos humanos sobre a mortalidade materna.....	8
	C. O Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva.....	19
3.	MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	27
4.	O CASO PARADIGMÁTICO DE MORTE MATERNA EVITÁVEL DE ALYNE DA SILVA PIMENTEL.....	29
	A. Preparação.....	37
	B. Metodologia.....	39
	C. Violações aos direitos humanos verificadas na missão.....	40
	Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo.....	40
	Maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu.....	49
	Hospital da Mulher Heloneida Studart – São João de Meriti.....	61
	Hospital da Mãe em Mesquita.....	67
5.	Encaminhamentos.....	70
6.	Conclusões.....	77
7.	Recomendações.....	80
	B. Comitê Interministerial.....	80
	C. Ministério da Saúde.....	80
	D. Ministério Público Federal.....	81
	F. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	82

1. INTRODUÇÃO

A Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil - é uma articulação nacional de 40 movimentos e organizações da sociedade civil que desenvolve ações de promoção, defesa e reparação dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais (DHESCA), visando o fortalecimento da cidadania e a radicalização da democracia. Seu objetivo geral é contribuir para a construção e fortalecimento de uma cultura de direitos, desenvolvendo estratégias de exigibilidade e justiciabilidade dos DHESCA, bem como incidindo na formulação, efetivação e controle de políticas públicas sociais.

As Relatorias de Direitos Humanos da Plataforma Dhesca, criadas em 2002, possuem centralidade na atuação da Plataforma e têm sua razão de ser enquanto um instrumento catalisador da exigibilidade e justiciabilidade dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais no Brasil. Seu papel é diagnosticar e relatar casos de violações de direitos, e atualmente são cinco as Relatorias de Direitos Humanos em exercício: Saúde Sexual e Reprodutiva; Educação; Meio Ambiente; Terra, Território e Alimentação; e Cidades. Em linhas gerais, juntamente com os defensores de direitos humanos locais, as Relatorias se colocam como partes no processo de criação de instrumentos reais e efetivos destinados à exigibilidade e justiciabilidade dos Dhesca.

Nos anos de 2012 e 2013 a Relatoria do Direito à Saúde Reprodutiva esteve focada em dois eixos temáticos complementares:

a) Mortalidade Materna sob a perspectiva dos direitos humanos, em especial do direito à vida, do direito à igualdade e à não discriminação no acesso à saúde e do direito à saúde, todos estes direitos relacionados ao direito a viver livre de morte materna evitável e ao direito a poder viver de forma satisfatória a gravidez, parto e puerpério;

b) Direito à autodeterminação sexual e reprodutiva com vistas a garantir o exercício digno e livre da sexualidade e da reprodução, sem discriminação por raça, idade, orientação sexual, identidade de gênero e sem risco de criminalização de grupos específicos de mulheres como as mulheres negras, jovens, lésbicas, transexuais e travestis, mulheres que abortam, mulheres que optam por não ter

filhos, as adolescentes e outras minorias sexuais, como gays, HSH, pessoas intersexo, entre outras.

2. MORTALIDADE MATERNA SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

A. A morte materna no Brasil

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a morte materna é aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após seu término que pode ser ocasionada por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, exceto as causas acidentais ou incidentais¹. A morte materna pode ser dividida em três grupos de causas: obstétricas diretas, obstétricas indiretas e não obstétricas. As primeiras decorrem de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, decorrentes de intervenções, omissões ou tratamento incorreto. As segundas referem-se aos óbitos que resultam de doenças prévias à gravidez ou que se desenvolvem nesse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. E as não obstétricas são aqueles óbitos que ocorrem causas acidentais ou incidentais.²

Segundo a classificação adotada por Rebecca Cook e Bernard Dickens, as causas de morte materna podem ser classificadas em: causas médicas; causas derivadas de leis, serviços e políticas ineficazes; e causas socioeconômicas subjacentes.³ Nos locais em que a morte materna – cultural e institucionalmente – ainda é considerada como um evento *natural*, que faz parte da vida das mulheres, é mais difícil prevenir a ocorrência de mortes maternas evitáveis e tratar o fenômeno da mortalidade materna como uma questão de justiça social e igualdade de gênero.

A mortalidade materna também é um indicador das desigualdades sociais, raciais e regionais no Brasil e no mundo. A mortalidade materna afeta de forma desigual os diferentes grupos de mulheres, dependendo da região do país, das condições socioeconômicas, raça, etnia e das condições de vida das mulheres com

¹ World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*, pág. 4. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1

² Lenice Gnocchi da Costa Reis; Vera Lucia Edais Pepe; Rosângela Caetano. *Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300020&script=sci_arttext, acesso em 05 de novembro de 2013.

³ Ver Cook R. & Dickens B., *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*, Organização Mundial de Saúde 2001, páginas 12 a 19.

maior ou menor vulnerabilidade ao risco de mortalidade materna.⁴ Entre as condições de vida inclui-se o maior ou menor poder de decisão sobre a vida reprodutiva pelas mulheres, um dos fatores determinantes do maior ou menor grau de vulnerabilidade e risco.

A desigualdade no acesso à saúde fica evidente no caso de mulheres negras, que são dependentes da assistência de saúde garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, um estudo realizado no ano de 2003 demonstrou que 76% da população negra brasileira era assistida pelo SUS.⁵ Devido ao racismo institucional, as mulheres negras têm menor oportunidade de realizarem exames que as mulheres brancas.⁶ Essa desigualdade não se dá somente no acesso à serviços de saúde. De acordo com o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (Comitê DESC), as mulheres negras também têm menos acesso à educação e piores condições de moradia, econômicas e sociais.⁷

O cenário brasileiro aponta a falta de acessibilidade, disponibilidade e qualidade da assistência às mulheres nos serviços e, portanto, a violação ao direito humano à vida, à saúde e à igualdade no acesso à saúde. Existe uma relação direta das causas de morte materna, o acesso e a qualidade da atenção, uma vez que são causas com 92% de probabilidade de serem evitadas⁸.

Em 2010, as principais causas de óbito materno no Brasil foram hipertensão na gravidez, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório

⁴ *Mortalidade Materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável*. Maria Beatriz Galli (coord.), Flávia Piovesan, Valéria Pandjarian. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2005.

⁵ Retrato das Desigualdades de gênero e de raça. SPM, IPEA, UNIFEM. Brasília, 2008, p.5.

⁶ Retrato das Desigualdades de gênero e de raça. SPM, IPEA, UNIFEM. Brasília, 2008, p.6,

⁷ Center for Reproductive Rights, *Mortalidade Materna no Brasil: Considerações contextuais*. Referência ao Comitê sobre os Direitos Econômicos Sociais e Culturais, Brasil: Implementação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais: Relatório Inicial submetido por estados-parte em relação aos Artigos 16 e 17 do Pacto, parágrafo 107, 30^a. Sessão. U.N. Doc E/1990/5/Add.53(2001).

⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007, pág. 9. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf

complicadas pela gravidez, parto e puerpério e aborto.⁹ Segundo as estimativas para o ano de 2008, 68,7 mulheres em cada 100 mil parturientes morreram em decorrência de problemas na gestação ou no parto. Ou seja, apesar de ter havido uma queda expressiva na razão de mortalidade materna (RMM) nos anos 1990 (de 143,2 por 100.000 nascidos vivos para 73,3 por 100.000 nascidos vivos), esta queda sofreu grande desaceleração e tendência de estabilização na década seguinte. Enquanto a redução na razão de mortalidade materna mundial foi de 3,6% por ano, no Brasil o ritmo de queda foi de apenas 0,6%.¹⁰ Isto coloca o Brasil atrás da meta a ser cumprida como parte do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que é a redução em três quartos da RMM até 2015, o que representaria valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos tendo como referência o nível estimado para 1990.

O fato da razão de mortalidade materna continuar elevada no Brasil aponta para a sistemática falha do Estado em implementar políticas eficazes para a sua redução, violando os direitos humanos das mulheres que correm risco maior de mortalidade evitável.¹¹

B. A perspectiva de direitos humanos sobre a mortalidade materna

Abordar a questão da mortalidade materna a partir de uma perspectiva de direitos humano é estratégico para a efetividade do direito à saúde, porque possibilita a responsabilização das autoridades de saúde, gestores, profissionais de saúde, e dos órgãos governamentais pelas violações de direitos em cada caso individual de morte materna evitável. Além da busca por responsabilização pelas violações, o referencial teórico dos direitos humanos pode ser utilizado para o desenho e a implementação de políticas públicas; para o monitoramento através de indicadores de progresso para avaliação de políticas e programas de saúde materna; e para a definição de critérios que devem orientar a prática de profissionais

⁹ Ministério da Saúde, acessível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ms-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna.html>

¹⁰ DataSUS, 2012.

¹¹ GALLI, M.B. *A Human Rights Approach to Maternal Mortality in Brazil*, 2002. Tese de mestrado, Faculdade de Direito, Universidade de Toronto, Toronto, Canadá. 2002.

de saúde. Tais indicadores é que vão poder mensurar se de fato, e em que medida, existem políticas implementadas e eficazes para garantir a igualdade no acesso a saúde para todas as mulheres, sem discriminação, incluindo as mulheres que fazem parte dos segmentos mais vulneráveis. Neste sentido, é possível caracterizar a responsabilidade internacional do Estado em relação às altas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis, pois se entende que o Estado propiciou uma injustiça ou agiu em cumplicidade para a sua ocorrência, quando a injustiça apresentar uma característica difusa ou persistente.¹²

A abordagem dos direitos humanos para a mortalidade materna vem sendo efetivada através do sistema de proteção internacional dos direitos humanos, que é formado por um arcabouço de tratados e instrumentos de direitos e órgãos de monitoramento internacionais destes instrumentos, que visam proteger indivíduos contra violações de direitos humanos cometidas por ação ou omissão dos Estados. Vale ressaltar que estes instrumentos, quando ratificados pelo Brasil, passam a fazer parte do ordenamento jurídico nacional¹³ e podem ser usados como fonte de obrigações para o Estado. Deste modo, a fundamentação jurídica utilizada nos casos de morte materna por causa evitável baseia-se na obrigação do Estado de proteger o direito à saúde e o direito à vida destas mulheres, entre outros direitos humanos fundamentais.¹⁴

Assim, abordar a mortalidade materna a partir da lógica dos direitos humanos demanda buscar a implementação das normas nacionais e internacionais de direitos

¹² Cook R., *Legal Recognition of the Human Rights Abuses of Women*, in *State Responsibility for Violations of Women's Rights*, Harvard Human Rights Journal 7:125-175 (1994), pág. 151.

¹³ O artigo 5º. parágrafo 2º. da Constituição Federal do Brasil reconhece que os direitos e garantias expressos no texto constitucional não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que o Brasil seja parte. Além disso, o artigo 102, III, letra "b", e artigo 105, III, definem as competências do Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça, respectivamente, para o exame de recursos em causas que versem sobre a inconstitucionalidade de tratado ou lei federal. O artigo 109, III, da Constituição Federal atribui a competência da Justiça Federal para julgar causas que versem sobre tratado internacional.

¹⁴ O artigo 6º. Da Constituição pode ser invocado em combinação com outros dispositivos constitucionais, tais como o *artigo 5º, caput, itens I e XLI* relacionados à igualdade de direitos entre homens e mulheres. E, ainda, o *artigo 196*, que protege o direito à saúde mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição define a proteção à maternidade no elenco dos direitos sociais, conforme estabelece o artigo 6º. "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição."

humanos para a sua redução. E o cenário nacional de mortalidade materna apresentado demonstra a omissão do Estado em cumprir com suas obrigações internacionalmente assumidas, em relação a diversos tratados internacionais de proteção aos direitos humanos do qual o Brasil é parte.

O direito de viver livre de morte materna é composto de direitos civis e políticos bem como de direitos econômicos, sociais e culturais, entendidos em sua dimensão positiva, pela qual obriga o Estado tomar medidas concretas para a sua realização e prevenir ações processos que podem ter impacto negativo na realização de tais direitos.¹⁵

Por exemplo, o direito à saúde das mulheres pode ser invocado em conjunto com: o direito à vida; o direito à igualdade e não discriminação por motivo de raça, sexo, religião, idade, entre outros, ; o direito à educação, o direito à liberdade e segurança da pessoa, o direito aos benefícios do progresso científico, o direito de controlar a fertilidade e o direito a autonomia reprodutiva, ou seja, decidir sobre o momento de ter ou não ter filhos, o espaçamento entre eles e o número de filhos.¹⁶

O direito à vida, o direito à igualdade e à não discriminação, são contemplados no *caput* do Artigo 5º da Constituição Federal brasileira, que dispõe que: *“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida (...)”*, estabelecendo, ainda, o inciso I deste artigo, que *“homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”* e, o inciso XLI, que *“a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais ”*

A jurisprudência internacional tem ampliado a interpretação do direito à vida para incluir a saúde e a dignidade humana, desenvolvendo o conceito de direito de viver com dignidade. A Corte Interamericana de Direitos Humanos (OEA), no caso

¹⁵ Brynnes A.& Connors J. “Enforcing the Human Rights of Women: A Complaints Procedure for the Women’s Convention?”, Brooklyn Journal of International Law, 1996, XXI: 679-783.

¹⁶ Cook R., International Protection of Women’s Reproductive Rights”, 24, N.Y.U.J. of Int’l Law and Politics, 1992, página 653. Ver também Cook R., Human Rights and Reproductive Self-Determination, The American Law Review, Volume 44, Número 4, Abril 1995, pág. 980-981.

*Villagran Morales et al vs. Guatemala*¹⁷, expressou que **o direito à vida deve incluir as dimensões sociais, econômicas e culturais e desenvolveu o escopo do direito à vida incluindo a noção do direito de viver com dignidade**. Esta decisão é particularmente relevante e aplicável para os casos de morte materna evitável, nos quais o direito de viver com dignidade não foi protegido no momento do parto, quando o Estado deveria proteger a saúde e a vida das mulheres, e a sua omissão e tolerância quanto à má-qualidade na assistência acabaram por acarretar a morte dessas mulheres.

A jurisprudência da Corte neste caso estabeleceu que o direito à vida compreende uma **obrigação negativa** do Estado de não privar a vida de ninguém arbitrariamente e uma **obrigação positiva** de tomar medidas apropriadas para prevenir e proteger o direito à vida, a qual inclui a obrigação de implementar políticas públicas de prevenção aos casos evitáveis de morte materna e de garantia de mecanismos administrativos eficazes, com o fim de apurar denúncias sobre as circunstâncias das mortes para evitar que ocorram novos casos.

No caso *Tavares vs. France*,¹⁸ sobre morte de uma mulher no parto, a Comissão Europeia de Direitos Humanos, apesar de rejeitar a admissibilidade do caso por razões técnicas, considerou que o direito de toda a pessoa à vida requer que os Estados tomem medidas não apenas para prevenir assassinatos intencionais, mas também adote medidas necessárias para proteger a vida contra perdas não intencionais.

A morte materna evitável foi considerada como uma grave violação dos direitos humanos das mulheres pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas em seu 11º período de sessão, em 2009, ao reconhecer que “o problema da morbidade e mortalidade materna evitável afeta as mulheres e as suas famílias em todas as regiões e culturas e é agravado por fatores como pobreza, desigualdade de

¹⁷ Corte Interamericana de Direitos Humanos. *Caso de Villagran Mortales et al vs. Guatemala*, Sentença sobre o Mérito de 19 de Novembro de 1999, Série C, No. 63.

¹⁸ *Tavares vs. France* (1991), Eur. Comm. H.R., Application No. 16593/90 (não publicado).

gênero, idade e múltiplas formas de discriminação, assim como a falta de acesso a serviços e tecnologias de saúde adequadas e à falta de infraestrutura”¹⁹.

O fato de somente as mulheres poderem engravidar e terem que enfrentar o risco de morrer por mortalidade materna em situações de gravidez, parto e puerpério exige do Estado o dever de adotar medidas específicas para prevenir a morte materna, garantindo o acesso igualitário à saúde em relação aos homens. Segundo o Comitê CEDAW, as mulheres possuem características biológicas próprias e só as mulheres engravidam. Por isso, devem ter acesso aos serviços específicos para a sua saúde sexual e reprodutiva, durante a gravidez, o parto e o puerpério.²⁰

O panorama das mortes maternas evitáveis no Brasil viola o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), em particular devido ao seu impacto desproporcional sobre a vida das mulheres afrodescendentes, mestiças e indígenas, pobres e solteiras que vivem nas regiões mais pobres do país, resultando, assim em uma evidência do padrão sistemático de discriminação por motivos de sexo, raça/etnia, estado civil e localização geográfica no acesso à qualidade nos serviços de saúde.

Essa situação demonstra a ocorrência de violações aos seguintes deveres atribuídos aos Estados-partes no PIDESC:

Artigo 2 (2). “Os Estados-partes no presente Pacto comprometem-se a garantir que **os direitos** nele enunciados **se exercerão sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação.**” (grifos nossos)

Artigo 3. “Os Estados-partes no presente Pacto comprometem-se a **assegurar a homens e mulheres igualdade no gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais** enumerados no presente Pacto”. (grifos nossos)

¹⁹ Organização das Nações Unidas. Conselho de Direitos Humanos. *Resolution 11/8. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights*, 17 de junho de 2009. Disponível em http://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf

²⁰ CEDAW, General Recommendation 24: Women and Health, Doc. N.U. A/34/38/Re.1., 1999, parágrafo 12 (a).

Artigo 12 (1).” Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem **o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.** 2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as **medidas que se façam necessárias para assegurar:** a) a **diminuição da mortalidade e mortalidade infantil**, bem como o desenvolvimento são das crianças; b) a **melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho** e do meio ambiente; c) a **prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras**, bem como a luta contra essas doenças; d) a **criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.**” (grifos nossos)

Adicionalmente, o Comentário Geral No. 14 do Comitê sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais (Comitê DESC), que monitora o PIDESC, em referência ao artigo 12 deste tratado, estabelece: **“A saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Toda pessoa humana tem direito a desfrutar do mais elevado nível de saúde que a conduza a viver uma vida com dignidade”.**²¹ (grifos nossos).

A Constituição Federal é a fonte máxima no âmbito nacional para a proteção dos direitos humanos relacionados à mortalidade materna, uma vez que define a proteção à maternidade no elenco dos direitos sociais, previstos no seu Artigo 6º: *“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”* A Constituição Federal brasileira protege o direito à maternidade com os respectivos benefícios sociais.

A Constituição Federal do Brasil estabelece, ainda, no artigo 200 o Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulado pela Lei no. 8.080/90. Esta Lei define o conceito de direito à saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além disso, a Lei estabelece com princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis; e a integralidade de assistência.

Essa legislação infraconstitucional estabelece, ainda, o sistema de saúde descentralizado com níveis de competência federal, estadual e municipal. A

²¹ Comitê DESC, Comentário Geral 14, UN ESCOR, 2000, Doc. No. E/C.12/2000/4.

competência entre os três níveis de governo é comum, o que significa que a ausência de norma específica no âmbito federal não impede que o estado ou município legisle sobre a matéria. Por outro lado, a existência de uma lei federal determina a sua implementação obrigatória nos estados e municípios.

Além do aparato normativo constitucional, há normas infraconstitucionais que protegem direitos humanos aplicados a mortalidade materna. Em matéria infraconstitucional, a administração e organização do sistema público de saúde (SUS) são reguladas através de normas emitidas por autoridades do Poder Executivo, como o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Este aparato normativo está organizado principalmente por meio de normas e manuais técnicos, decretos, resoluções e portarias.²²

O fato de grande parte das mulheres brasileiras – especialmente as afrodescendentes, indígenas e mestiças, pobres e solteiras, que vivem nas regiões mais pobres do país – estarem expostas a um alto risco de morrer por alguma causa de morte materna evitável, demonstra que o Estado não tem garantido, nos termos

• ²² **Manual Técnico Gestão de Alto Risco.** O referido manual técnico, com normas sobre a assistência à gestação de alto risco, foi produzido pela Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, e publicado em, sua 3ª edição, no ano 2000²². Para promover a maternidade segura, além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas, por serem portadoras de doenças que se agravam com a gestação ou são desencadeadas nesse período.

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Todavia, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "**gestantes de alto risco**".

As necessidades do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão do nível secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas.

As normas de assistência devem diferir segundo o grau de risco. Assim, o controle pré-natal da gestante de alto risco será diferente daquela de baixo risco, em objetivos, conteúdos, número de consultas, tipo de equipe na assistência, etc.

A finalidade dessa norma, que o Ministério da Saúde publicou como Manual Técnico de Gestão de Alto Risco, é auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem dessa gestação. Pretende cobrir os aspectos clínicos associados à gestação de risco, sem se superpor às informações e recomendações de outras normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde, incluindo o de pré-natal, de parto e puerpério, de doenças sexualmente transmissíveis, de emergências e outros.

Decreto No. 653/GM, de 28/5/2003: estabelece a notificação compulsória do óbito materno para a investigação de suas causas e adoção de medidas que possam evitá-las.

acima estabelecidos, o seu direito humano fundamental à saúde e, assim, tem comprometido profundamente também o exercício de outros direitos humanos dos quais as mulheres são titulares. O quadro de mortalidade materna hoje, no Brasil, portanto, não tem, em hipótese alguma, garantido às mulheres que desfrutem do mais alto nível de saúde, tão pouco uma vida com dignidade.

No plano do direito à saúde como indispensável ao exercício de outros direitos humanos, há que se considerar, ainda, que as principais causas de mortes maternas evitáveis no Brasil são relacionadas à falta de disponibilidade, acessibilidade, qualidade de serviços e igualdade no acesso das mulheres aos serviços de saúde. A falta dessas condições para o pleno exercício do direito à saúde pelas mulheres – em especial no que se refere à saúde sexual e reprodutiva – abarca também, entre outras violações, as de seu direito à vida, à liberdade, à segurança, à igualdade e à não discriminação, à privacidade e à dignidade humana. Nesse sentido, cabe lembrar que o Comitê DESC, no parágrafo 12 do mesmo Comentário Geral No. 14, ao fazer suas considerações e interpretações, também desenvolveu o alcance do direito à saúde, que inclui disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde.

Em relação ao direito à saúde materna, infantil e reprodutiva, o referido Comentário Geral estabelece, ainda, no parágrafo 14 que “A provisão para redução da taxa de parto de natimorto e da mortalidade infantil e para o desenvolvimento saudável da infância pode ser entendida como medidas que requerem melhorar a saúde materno-infantil, os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo acesso ao planejamento familiar, atenção pré e pós-natal, serviços obstétricos de emergência e acesso à informação, bem como recursos necessários para atuar sobre esta informação”.

Esse contexto, por impactar sobremaneira as mulheres afrodescendentes, e em grande medida também as mestiças e indígenas, as quais se encontram nas situações de maior precariedade e desvantagem quanto à sua histórica condição social e de vida, tanto em relação aos homens quanto às demais mulheres, torna

essas mulheres também mais suscetíveis ao risco de morrer de morte materna evitável.²³

Nesse sentido, cumpre destacar que o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação Racial (Comitê CERD), que monitora a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, em seu 64º período de sessões, entre 23 de fevereiro a 12 de março de 2004, por ocasião da apresentação do relatório do Estado Brasileiro, emitiu suas Observações Conclusivas,²⁴ manifestando, entre outras, a seguinte preocupação e recomendação:

O Comitê reitera a **preocupação** expressada em suas observações conclusivas anteriores (CERD/C/304/Add.11) sobre a **persistência das profundas desigualdades estruturais que afetam as comunidades negras, mestiças e os povos indígenas**. O Comitê **recomenda que o Estado-parte intensifique seus esforços para combater a discriminação racial e eliminar as desigualdades estruturais, e prover informação sobre a implementação de medidas adotadas**, em particular, aquelas providas pelo segundo Programa Nacional de Direitos Humanos e pelo Programa Nacional de Ação Afirmativa". (parágrafo 12, grifos nossos)

Na linha do que aponta o Comitê CERD, diante do quadro da mortalidade materna no Brasil, podemos agregar que a demanda pela adoção de políticas e medidas – inclusive de natureza especiais temporárias – exige focar a eliminação das desigualdades estruturais na especial conjugação das perspectivas raciais e de gênero, buscando, assim, melhorar as condições de vida, por exemplo, das mulheres afrodescendentes, e com isso diminuir o alto nível de risco de morrer de morte materna evitável a que ainda estão expostas.

A propósito, ao traçar o perfil das mulheres que mais morrem ou estão em maior risco de morrer de morte materna evitável no Brasil, o presente relatório destaca, sem dúvida, as mulheres afrodescendentes. Os dados foram e são inequívocos nesse sentido. Conforme mencionado, nesse país, as mulheres afrodescendentes têm menos acesso à educação, possuem *status* social e

²³ Ver Relatório de Desenvolvimento Humano 2001, United Nations Development Population (www.undp.org.br).

²⁴ Documento Distr. GENERAL CERD/C/64/CO/2 12/03/2004.

econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e moradia, têm menos acesso a métodos contraceptivos e, assim, correm maior risco de engravidar.

Diante dos dados, são irrefutáveis, portanto, as iniquidades étnico-raciais no contexto da saúde sexual e reprodutiva e da mortalidade materna no Brasil, agravadas pelas precárias condições sociais, econômicas e culturais a que estão submetidas nesse país, muito especialmente, as mulheres afrodescendentes. Nesse sentido, torna-se imperiosa a consideração da mortalidade materna precoce destas mulheres em todas as fases de sua vida, as quais são causadas por situações, circunstâncias ou doenças absolutamente previsíveis e evitáveis. Imperiosa, também, a inclusão do quesito cor e da perspectiva étnico-racial nos registros e análises de dados, estudos, pesquisas e diagnósticos, especialmente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Imperiosa, por fim, a detecção das evidências de racismo na assistência à saúde das mulheres, buscando-se criar e implementar políticas estruturais voltadas à sua eliminação.

Em janeiro de 2004, o Comitê CEDAW emitiu a Recomendação Geral No. 25, sobre o artigo 4º, parágrafo 1 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), o qual versa sobre medidas especiais temporárias.²⁵ O Comitê estabeleceu que o Estado Brasileiro deve ter como objetivo promover uma igualdade substancial e não meramente formal entre homens e mulheres no gozo de seus direitos humanos e liberdades fundamentais. Segundo o Comitê, ***“certos grupos de mulheres, além de sofrerem discriminação em decorrência de serem mulheres, também podem sofrer múltiplas violações baseadas em razões como raça, etnia ou identidade religiosa, deficiência, idade, classe, casta e outros fatores. Esta múltipla discriminação pode afetar principalmente estes grupos de mulheres em um grau diferente ou em diferentes maneiras do que afeta os homens.”*** (tradução e grifos nossos)²⁶

O quadro de desorganização dos serviços de saúde evidencia a falta de diligência estatal na prevenção e redução das altas taxas de mortalidade materna no

²⁵ CEDAW/C/2004/I/WP.1/Rev.1.

²⁶ Ibidem, parágrafo 12.

país. A desorganização dos serviços acarretaa baixa qualidade do pré-natal; a falta de estrutura hospitalar para a realização dos partos devido à distribuição irregular dos leitos; a falta de central de vagas satisfatória para responder à demanda, e também uma intensa medicalização do parto, que pode contribuir para aumentar os riscos das mulheres devido aos indiscriminados altos índices de parto cesárea realizados desnecessariamente.²⁷ Assim sendo, embora devesse ser, nem sempre a assistência à gravidez, pré-natal, parto e puerpério em hospitais é ou tem sido, necessariamente, sinônimo de maior garantia de segurança para as mulheres²⁸. As mortes maternas evitáveis acontecem majoritariamente nos serviços públicos de saúde no Brasil.

A desorganização dos serviços contribui também para a prevalência de altos índices de mortes maternas evitáveis, camuflando um fenômeno ainda pouco aprofundado em estudos e pesquisas: a ocorrência da discriminação e da violência institucional resultante da omissão e da falta de qualidade na assistência durante o pré-natal, parto, puerpério, e principalmente na situação de abortamento. A discriminação e a violência institucional são elementos de transversalidade na assistência à saúde das mulheres, e de extrema relevância para a análise da

²⁷ O Conselho de Medicina de São Paulo solicitou informação em 200 hospitais sobre as suas práticas obstétricas e, dos 70 hospitais que responderam, 63% dos hospstais tinham mais que 50% de partos cesáreos e em 36% dos hospitais as taxas eram acima de 70%. Ver Diniz S. E Chacham A., “*The cut above and the cut below: The Abuse of Cesareans and Episiotomy in Brazil*”, Reproductive Health Matters, 2004.

²⁸ A propósito, nesse sentido, cabe aqui um parêntesis de reflexão que demanda uma maior discussão quanto à saúde da mulher. Em que pese seja a do Estado a responsabilidade pela prestação do serviço de qualidade na atenção à saúde sexual e reprodutiva às mulheres – objeto central da análise deste relatório – não se pode, todavia, negar ou discriminar de forma *a priori*, a existência de outros lugares, serviços ou métodos alternativos – porém qualificados, e que também buscam segurança e adequação – os quais vêm sendo utilizados, com algumas experiências exitosas, no processo de atenção à gravidez, parto e puerpério. Em especial, esse tipo de atenção, inclusive, ganha maior valor e importância nos locais em que o sistema público de saúde ainda está completamente ausente. Enfim, em que pese a imperiosa necessidade de que o sistema público de saúde garanta a atenção humanizada de qualidade e segurança na gravidez, parto e puerpério, não se pode desconsiderar também a experiência de especialistas que vêm com preocupação a intensa medicalização do parto, de certas rotinas, intervenções e procedimentos médicos que deveriam ser excepcionalmente adotados na assistência ao parto, e que pela forma indiscriminada e frequente com que são feitas - muitas vezes com uso não indicado ou inadequado para o caso – e, ao invés de garantir a segurança das mulheres, acabam aumentando os riscos de morbidade e mortalidade materna. No entender dessa linha de especialistas, “*um parto seguro é mais o resultado da qualificação profissional de quem atende desde o início da gravidez com cuidado, responsabilidade e organizações dos serviços de referência*”. Essa é uma discussão polêmica e recusável para alguns e demasiado alternativa para outras, a qual ainda deve gerar muitos diálogos e conflitos entre as diferentes correntes de especialistas da área médica.

mortalidade materna na perspectiva dos direitos humanos. Contudo, tais elementos permanecem ainda bastante invisibilizados, devido à naturalidade com que ocorrem na prática de boa parte das equipes de saúde.

A sistemática omissão do Estado em implementar políticas eficazes para reduzir a ocorrência de mortes maternas evitáveis pode caracterizar a sua falta de diligência e inércia diante de práticas de saúde que negligenciam, desrespeitam e desvalorizam a vida das mulheres. Esta tolerância sistemática e contínua do Estado revela um cenário de discriminação e violência institucional.

A violência institucional está pulverizada nas unidades e na prática dos profissionais de saúde, e deriva da falta de qualidade da assistência prestada. A falta de qualidade vai desde o despreparo dos profissionais de saúde em informar a mulher sobre os cuidados que ela deve ter para prevenir complicações na gravidez, no momento do pré-natal, até momentos críticos como a falta de leito ou de transporte para outra unidade no momento do parto, ou ainda na demora em prestar assistência em casos de abortamento incompleto.

C. O Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva

Os principais documentos internacionais de direitos humanos foram sendo reconhecidos e assumidos pelos Estados, no decorrer das Conferências Internacionais realizadas nas últimas quatro décadas, diversos direitos e compromissos relacionados à saúde em geral, bem como em específico à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção e redução da mortalidade materna. Poderíamos destacar, inicialmente, por exemplo, a primeira Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Teerã (ONU, 1968); a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de Bucarest (ONU, 1974); a Conferência Mundial sobre a Mulher do México (ONU, 1975); a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura de Nairóbi (1987); a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1990); a Cúpula Mundial em Favor da Criança (1991), entre outras²⁹.

²⁹ À título exemplificativo:

A Conferência de Nairóbi, pela primeira vez, chamou a atenção da comunidade internacional para a gravidade da morte de mulheres por complicações da gravidez, parto e puerpério em todo o mundo, e

Mas, sem dúvida, foi no decorrer da última década que, no plano das Conferências Internacionais da ONU, os direitos humanos passaram a serem correlacionados aos temas da saúde sexual e reprodutiva, igualdade de gênero e especificamente da mortalidade materna, destacando-se:

- a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993), na qual pela primeira vez expressamente se reconheceu que *os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais*;
- a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994), a qual foi um divisor de águas para a consolidação do entendimento de que direitos sexuais e direitos reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos, e
- a Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing (1995), que incorporou e reforçou a compreensão do estabelecido em Viena e Cairo, e significou um marco de consolidação e fortalecimento aos direitos humanos das mulheres, especialmente no que se refere à sua saúde sexual e reprodutiva.

Os documentos finais das duas últimas Conferências mencionadas, respectivamente, o Programa de Ação do Cairo e a Plataforma de Ação de Beijing, são a expressão mais relevante do consenso internacional sobre as diretrizes a serem observadas pelos governos para programas e políticas referentes à mortalidade materna³⁰.

selou o compromisso dos países em desenvolvimento para reduzir, até o ano 2000, em 50% o número de mortes maternas existentes.

Na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, o Brasil reafirmou seu compromisso de reduzir a mortalidade materna em 50% no decorrer da década, conforme o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna, da Organização Panamericana de Saúde (OPS).

A Cúpula em Favor da Criança, no mesmo sentido, determinou a redução das causas da mortalidade materna e infantil e estabeleceu metas para cumprimento pelos Estados, o que foi reafirmado também nas Conferências de Cairo e Beijing.

³⁰ A título exemplificativo, também:

O Programa de Ação do Cairo, adotado pelo Brasil, reafirmou o direito à liberdade e aos direitos humanos no exercício da concepção e anticoncepção e não considera o aumento da população como causa da pobreza, rejeitando as práticas de controle da natalidade.

Inclusive, posteriormente, nas sessões especiais de Cairo+5 e Beijing+5, realizadas pela Assembleia Geral da ONU, em Nova Iorque, respectivamente em 1999 e 2000, para avaliar o andamento das medidas acordadas em Cairo e Beijing, as recomendações sobre direitos reprodutivos e saúde foram mantidas, e se aprofundaram, entre outras, aquelas específicas sobre mortalidade materna, saúde de adolescentes, além de AIDS.

O governo brasileiro participou em todos esses processos, assumindo a obrigação de tomar as medidas apropriadas para assegurar, proteger e garantir a realização dos direitos humanos aplicados ao contexto da mortalidade materna em seu território.

Todos os documentos resultantes dessas Conferências servem também como importantes declarações de princípios e direitos reconhecidos e aplicáveis na interpretação e implementação dos tratados internacionais de direitos humanos, em especial no que se refere à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e à mortalidade materna.

O Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu a mortalidade materna evitável como uma questão de direitos humanos através de Resoluções em 2009, 2010 e 2011. Mais de 79 Estados Membros das Nações Unidas reconhecem que a questão da mortalidade materna é um desafio para o exercício dos direitos humanos e que os governos devem intensificar

Na Plataforma de Beijing, uma das principais preocupações refletidas pela Conferência foi a desigualdade no acesso e qualidade em matéria de atenção à saúde e serviços afins pelas mulheres. Houve grande destaque para os temas relativos à saúde da mulher.

Ambas as Conferências declararam o direito da mulher de desfrutar do mais elevado nível de saúde, que não se resume somente à ausência de enfermidades mas significa o estado de bem-estar emocional, social e físico, para o qual contribuem fatores biológicos, sociais, políticos e econômicos. Para atingir este estado, é imprescindível que exista igualdade entre homens e mulheres de todo o mundo (ver conceitos de saúde reprodutivas das Conferências).

A desigualdade no acesso da mulher aos serviços de atendimento básico, em todas as áreas, inclusive de proteção, promoção e manutenção da saúde é real e palpável. Essas Conferências reconheceram o direito do controle sobre a própria vida reprodutiva e sobre a fertilidade que acrescenta os riscos inerentes à função reprodutora. O aborto em más condições foi visto por ambas como um problema de saúde pública, que representa risco maior para mulheres pobres e jovens, e deve ser tratado de forma humana e solidária. Outro fator apontado como relevante para contribuir à melhoria da saúde das mulheres foi o compartilhamento da responsabilidade reprodutiva com os homens, o que acontece bastante esporadicamente.

esforços para diminuir as altas e inaceitáveis taxas globais.³¹ O Brasil apoiou tais Resoluções.

Ademais, no Brasil, vale novamente ressaltar que após a Constituição Federal de 1988, os tratados internacionais de direitos humanos, ratificados pelo país, passaram a fazer parte do nosso ordenamento jurídico nacional, e conforme doutrina e jurisprudência mais avançadas e progressistas, têm hierarquia de normas constitucionais.³²

A melhoria na qualidade da assistência à saúde materno-infantil tem sido discutida mundialmente e faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano 2000. São oito os ODM a serem cumpridos até o ano 2015, entre eles a melhoria da saúde materna (ODM 5), cuja meta é reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna e deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero³³. Para o alcance da meta ODM 5 o atendimento de qualidade às mulheres no pré-natal, parto e puerpério faz-se essencial. Para que o atendimento de qualidade seja uma realidade, é necessário fazer investimentos massivos na melhoria da infraestrutura dos serviços e na capacitação permanente e fixação de profissionais nos serviços.

Dados do Ministério da Saúde em seu Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de Março de 2010 – inclui as ações efetivas voltadas para a mortalidade materna no Brasil – informa que o Brasil alcançou coberturas praticamente universais no pré-natal (pelo menos uma consulta) e parto (76% dos partos realizados no SUS) com melhoria nos sistemas de informação dos óbitos e na investigação das causas. O problema da MM no Brasil não é de acesso aos serviços mas sim a qualidade da assistência e o

³¹ A/HRC/11/L.16/Rev.1, 12 de junho de 2009.

³² O artigo 5º. parágrafo 2º. da Constituição Federal do Brasil reconhece que os direitos e garantias expressos no texto constitucional não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que o Brasil seja parte. Além disso, o artigo 102, III, letra “b”, e artigo 105, III, definem as competências do Supremo Tribunal Federal e Superior Tribunal de Justiça, respectivamente, para o exame de recursos em causas que versem sobre a inconstitucionalidade de tratado ou lei federal. O artigo 109, III, da Constituição Federal atribui a competência da Justiça Federal para julgar causas que versem sobre tratado internacional.

³³ Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/gestantes/>

desafio é consolidar os avanços na organização dos serviços de atenção a mulher. Entre as principais causas evitáveis de morte materna estão: hipertensão, hemorragia, infecções puerperais e aborto.

O pré-natal está praticamente universalizado no país, porém o acesso ao planejamento familiar ainda é precário, revela pesquisa ainda em fase de elaboração, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, segundo matéria do Jornal O Globo on line de fevereiro de 2012. A consulta, iniciada há dois anos e baseada em entrevistas e coleta de informações de 22 mil mulheres, mostra que só 45% queriam realmente engravidar. Na comparação por regiões, no Norte, o percentual cai para 40% e no Sul, sobe para 49%, no Centro-Oeste, é de 44% e no Sudeste, 46%. No Brasil, apenas 1,2% não fez pré-natal, segundo a pesquisa³⁴.

De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde, 2008), são quatro as mais importantes questões que se destacam como grandes desafios à efetivação da saúde integral e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres no Brasil: a elevada Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 75 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, sabidamente sub-registrada e subnotificada, que alerta para uma situação inaceitável se comparada aos em países desenvolvidos, nos quais a RMM oscila entre 6 a 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, com discrepâncias regionais para cima e para baixo.

O Brasil registrou uma queda de 51% na taxa de mortalidade materna de 1990 a 2010, segundo estimativas da OMS com UNICEF, UNFPA e Banco Mundial sobre Tendências em Mortalidade Materna³⁵. De 120 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos em 1990, a Razão da Mortalidade Materna passou para 56 mortes em 2010. O Ministro da Saúde Alexandre Padilha anunciou, em fevereiro de 2012, que Brasil deve registrar, com base nos dados de 2011, a maior redução na

³⁴ O Globo. Mesmo com pré-natal, planejamento familiar é precário. 19/02/2012. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/mesmo-com-pre-natal-planejamento-familiar-precario-4020877>

³⁵ WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Publicado em 2012. Disponível em http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf. Acessado em 27/8/2012.

mortalidade materna dos últimos dez anos. No primeiro semestre do ano passado, foram notificados 705 óbitos por causas obstétricas, o que representa queda de 19% em relação ao mesmo período de 2010, quando foram registradas 870 mortes. Em 2010, as principais causas de óbito materno foram hipertensão na gravidez, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e aborto³⁶.

Segundo dados de relatório publicado em 2010³⁷, ainda existem problemas como as discrepâncias regionais, já que o Norte e o Nordeste apresentam índices maiores do que o Sul, Sudeste e o Centro-Oeste. Em 2008, por exemplo, a região Nordeste registrou 543 mortes maternas, enquanto na região Sul o número foi de 189. Segundo o Ministério da Saúde, há em torno de 90% de probabilidade de se evitar esses óbitos.

Cumprir destacar inicialmente que, relativamente à mortalidade materna, o conjunto de sistemas de informação em saúde é bastante complexo e se encontra em avançado estado de implementação no Brasil. Porém, ainda há dificuldades em conhecer a real magnitude da mortalidade materna e dos eventos a ela relacionados em razão da baixa qualidade do registro. Estudos indicam que os profissionais ainda não preenchem corretamente as declarações de óbito, principalmente os óbitos relacionados ao período gravídico-puerperal.

Há esforços nacionais para reduzir a subnotificação que se concentram na melhoria do sistema de informação, na implantação e qualificação da atuação dos Comitês de Estudos da Mortalidade Materna e na organização da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. O papel dos Comitês é melhorar a identificação de todos os óbitos maternos, estimulando a investigação, ou realizando-a excepcionalmente em locais onde inexitem serviços de vigilância epidemiológica, além de apontar medidas para a sua redução. Entretanto, apesar dos esforços dos níveis centrais de gestão em implantar comitês de estudos da mortalidade materna e

³⁶ Mortalidade materna atingiu em 2011 menor índice dos últimos 10 anos, calcula Saúde. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/02/23/ministerio-da-saude-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna>. Consultado em 27/8/2012.

³⁷ Ministério da Saúde, A Situação da Saúde no Brasil, 2007. Brasília, 2010

infantil, muitos não funcionam regularmente e sua regionalização ainda é precária, como no caso da Bahia e do município de Salvador.

No estado do Rio de Janeiro, de acordo com o relatório anual do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro referente ao ano de 2013, 57% dos municípios com mais de 80.000 habitantes possuíam comitê municipal. Isso melhorou a notificação dos óbitos, mas ainda teve pouco impacto na redução da RMM, que é aproximadamente de 78%³⁸, como se verá adiante.

Em relação à assistência ao parto, cerca de 80% dos partos são realizados em ambiente hospitalar, apontando que no Brasil a maior parte das mulheres tem um acesso razoável à atenção em saúde materna. Persiste, no entanto, a baixa qualidade da atenção prestada.

Essas informações demonstram que as políticas implementadas ainda não estão garantindo a equidade no acesso à assistência de qualidade. A estratégia governamental de ampliar a cobertura da saúde materna através do Programa de Saúde da Família entre 2002 e 2010 não foi suficiente. O Programa foi desenvolvido prioritariamente como orientador da organização do Sistema Único de Saúde visando promover uma aproximação maior entre comunidade e serviços. Apesar do aumento da cobertura em todo o território nacional, as ações não foram desenvolvidas com uma perspectiva de gênero voltada para promover a igualdade nas relações doméstico-familiares³⁹. Questões importantes para as mulheres, como a prevenção da violência sexual e doméstica, ainda são tabus e não priorizadas pelas equipes do PSF.

Apesar da existência das políticas descritas acima, a Presidente Dilma Roussef e o Ministro da Saúde Alexandre Padilha anunciaram, no final de 2011, o

³⁸ Relatório Anual do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro, Maio de 2013, Disponível em <http://bit.ly/1lxjxoS>, acessado em 03/02/2013.

³⁹ Villela, Wilza e Monteiro, Simone (Orgs). Gênero e Saúde Programa Saúde da Família em Questão. Abrasco, UNFPA, Rio de Janeiro, 2005.

lançamento do programa “Rede Cegonha”,⁴⁰ uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito à ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto); vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso ao planejamento reprodutivo.

O programa ainda está em implementação, pelo que não há dados diagnósticos a seu respeito. No entanto, vem recebendo diversas críticas de entidades e grupos dos movimentos feminista e de mulheres, pelo seu viés materno-infantil. A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos considera que o programa representa um retrocesso nas políticas de atenção integral à saúde das mulheres, pois tem um enfoque materno-infantil, quem vem sendo criticado por organizações de mulheres da sociedade civil brasileira há mais de três décadas pela característica reducionista desta abordagem.

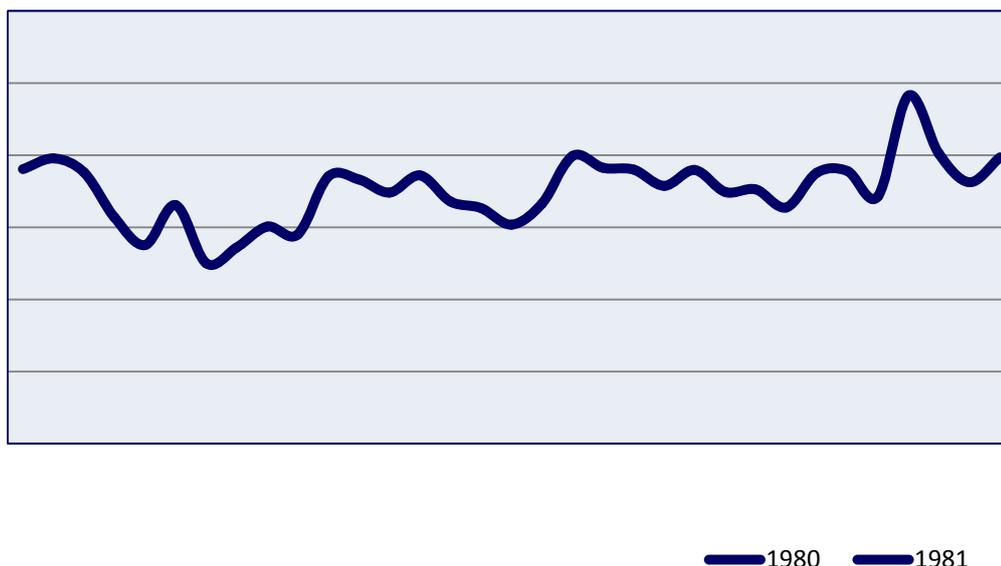
O alcance da meta proposta no âmbito destes Objetivos de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a da mortalidade materna no Brasil. Essas ações devem abarcar o acesso a informação e métodos para o planejamento reprodutivo; o acesso ao aborto previsto em lei; a melhoria da atenção pré-natal realizada pelas equipes de saúde da família; o encaminhamento oportuno das gestantes de risco a serviços especializados; a atenção obstétrica adequada durante o trabalho de parto e no pós-parto e o tratamento de urgências e emergências.

⁴⁰ Descrição disponível no sítio do Ministério da Saúde na internet: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acessado em 30 de agosto de 2012.

3. MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Em estudo mais recente, realizado em maternidades no estado do Rio de Janeiro, Magluta et al. (2009) verificaram que havia deficiências nas instalações físicas, na disponibilidade de equipamentos, de instrumental cirúrgico e de material, e insuficiência no quadro de recursos humanos, demonstrando que a adequação da estrutura desses serviços ainda não foi equacionada.⁴¹

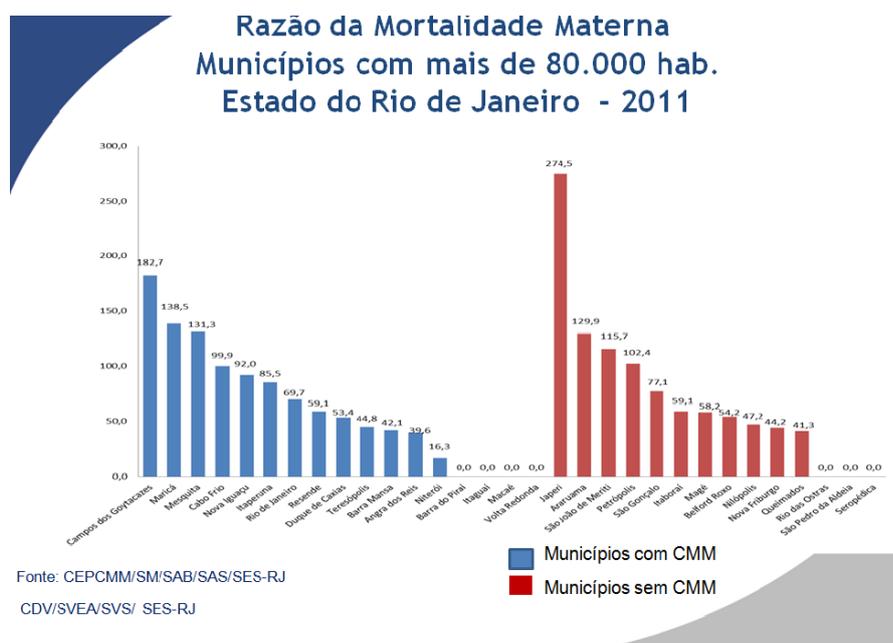
**Razão de Mortalidade Materna no Estado do Rio de Janeiro
1980 a 2012***



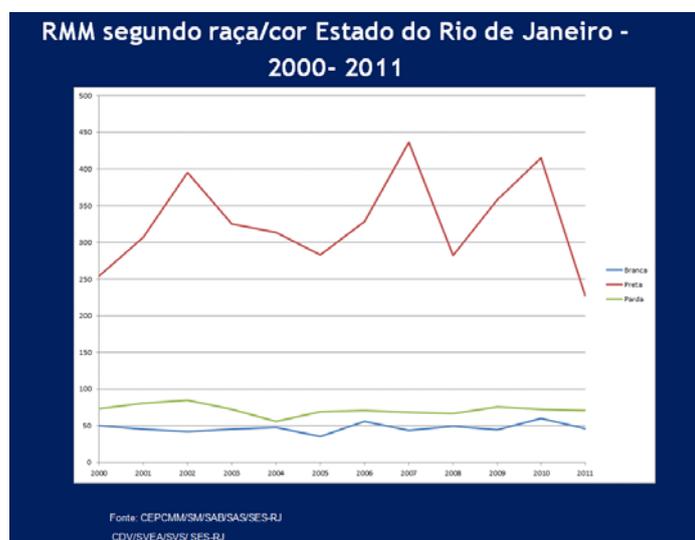
Conforme o gráfico acima, do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal demonstram que a razão de mortalidade materna no período de 1980 a 2012 manteve-se em patamares elevados, apesar das oscilações ocorridas ao longo do período. Isto demonstra que os benefícios da evolução do desenvolvimento médico, científico e tecnológico não vem sendo aplicado em ações de prevenção das mortes maternas nas últimas três décadas.

⁴¹ REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais e CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.3, pp. 1139-1160. ISSN 0103-7331. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300020&script=sci_arttext

Se analisada a razão de mortalidade materna dos municípios da Baixada Fluminense onde estão localizados os centros visitados pela Relatoria, verifica-se que todos (Belford Roxo, Mesquita, Nova Iguaçu e São João do Meriti) possuem elevados índices, sendo o menor de 54,2% em Belford Roxo, onde ainda não há Comitê Municipal.



Contudo, o que é realmente preocupante é quando se faz as leituras destes dados com um recorte de raça e verifica-se que a mulher negra, moradora do Rio de Janeiro tem três vezes mais chances de ser vítima de mortalidade materna evitável do que uma mulher branca, conforme demonstra o gráfico abaixo.



4. O CASO PARADIGMÁTICO DE MORTE MATERNA EVITÁVEL DE ALYNE DA SILVA PIMENTEL

Em agosto de 2011, o Comitê para a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres (Comitê CEDAW) proferiu uma decisão paradigmática sobre mortalidade materna e direitos humanos das mulheres no caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v Brasil*.⁴² É o primeiro caso sobre morte materna evitável levado a um órgão de direitos humanos do Sistema de Direitos Humanos das Nações Unidas. O Comitê estabeleceu a responsabilidade internacional do governo brasileiro pela morte materna evitável de Alyne e por ter falhado de forma sistemática em prevenir a mortalidade materna em seu território.⁴³

O caso refere-se à morte evitável de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, ocorrida na cidade de Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. Alyne era uma mulher negra, grávida de seis meses, com 28 anos, casada e tinha uma filha de cinco anos de idade. Alyne estava no sexto mês de gestação quando começou a sentir uma forte náusea e dores abdominais, e procurou uma clínica de saúde para tratamento e a médica prescreveu um remédio para náusea, cremes vaginais, vitaminas e marcou nova consulta para exames.

A situação de saúde de Alyne piorou e quando retornou à clínica, dois dias depois, foi atendida por outro médico que detectou que o feto estava morto, pois não havia batimento cardíaco fetal. Alyne foi submetida ao parto induzido e deu a luz a um feto natimorto. Somente quatorze horas depois foi realizada cirurgia para retirada dos restos da placenta e sua condição piorou muito: ela teve hemorragia severa, sua pressão arterial baixou e ficou desorientada. Apesar disso, não foram realizados exames de saúde em Alyne.

Após o agravamento de seu estado de saúde, os médicos decidiram transferi-la para uma unidade de saúde com mais recursos em Nova Iguaçu, o Hospital Geral, mas não havia ambulância disponível para realizar a sua transferência. Depois de

⁴² O caso foi apresentado pelas organizações não governamentais Centro pelos Direitos Reprodutivos e Advocaci – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos em 30/11/2007.

⁴³ Comunicação No. 17/2008

várias horas de espera, Alyne foi transferida, mas sem a sua ficha médica. Seu quadro de saúde só foi informado oralmente para os profissionais do Hospital Geral.

Quando Alyne chegou ao Hospital Geral ela foi ressuscitada e sua pressão arterial foi a zero. Como não havia leito disponível, Alyne foi colocada no corredor, esperando o atendimento. Alyne faleceu em 16 de novembro de 2001. Em 11 de fevereiro de 2003, a família de Alyne apresentou uma ação civil indenizatória e até a presente data não houve resposta do Poder Judiciário para a sua demanda.

Em 10 de agosto de 2011, o Comitê CEDAW, em sua decisão, considerou que o caso era de morte materna relacionada a complicações obstétricas na gravidez, por não terem sido assegurados serviços apropriados à sua condição de gestante, sendo o Brasil responsável pela morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira.⁴⁴ Além disso, o Comitê observou que o Estado brasileiro é diretamente responsável pelas ações das instituições privadas de saúde e tem o dever legal de regular e monitorar as atividades dessas instituições em relação às políticas e práticas adequadas.

Na sua decisão o Comitê estabelece que a obrigação de reduzir a mortalidade materna é uma das obrigações centrais relacionadas ao direito à saúde. O Comitê afirma que, apesar do governo ter admitido que as mortes maternas evitáveis são um grave problema de saúde pública e que a falha em prevenir tais mortes é uma violação de direitos humanos, o governo falhou sistematicamente em garantir o direito das mulheres à vida⁴⁵ e à saúde⁴⁶.

O Comitê considerou que o governo brasileiro não assegurou acesso a qualidade da assistência médica durante o parto e o acesso oportuno à atenção em saúde em uma situação de emergência obstétrica, violando o direito a não discriminação no acesso à saúde por razões de raça e de gênero. Além disso, manifestou que a dificuldade e as barreiras para a família de Alyne obter reparação

⁴⁴ CEDAW/C/49/D/17/2008 (Decisão do Comitê CEDAW).

⁴⁵ O direito a vida está previsto no Artigo 6 do Pacto Internacional pelos Direitos Civis e Políticos.

⁴⁶ O direito a saúde está previsto no Artigo 2 (c) e no Artigo 12 da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

do Estado violaram o seu direito à proteção judicial efetiva e recursos judiciais adequados para as mulheres de grupos vulneráveis.⁴⁷

A simples adoção de uma estratégia ou programa de saúde não significa cumprir integralmente com tais obrigações. O Comitê observou que o governo brasileiro encontrou problemas na implementação da Convenção CEDAW de forma consistente devido ao grau diferenciado de vontade política e compromisso das autoridades estaduais e municipais e afirmou a necessidade de avaliar o impacto e os resultados das políticas através de indicadores de resultado e monitoramento.⁴⁸

Na sua decisão o Comitê CEDAW expressou que a distinção entre obrigações de conduta e obrigações de resultado é central para a compreensão do direito à saúde. Quando os Estados agem para implementar tal direito, eles necessitam não só criar políticas designadas para a realização deste direito (obrigação de conduta), mas também devem assegurar que tais políticas de fato alcancem os resultados desejados (obrigação de resultado).⁴⁹

O Comitê foi além em sua decisão ao declarar que a responsabilidade do governo brasileiro é de “tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher por qualquer pessoa, organização, ou empresa.” O Comitê adotou em sua decisão uma definição de discriminação mais ampla que reconhece a diferenciação da discriminação de direito e a discriminação de fato, que ocorreu no caso Alyne. A má qualidade da assistência oferecida para a vítima constitui uma forma de discriminação de fato, segundo a Convenção CEDAW. Além disso, a falha sistemática do governo brasileiro em proporcionar acesso aos serviços de saúde materna para a população feminina do município de Belford Roxo, e o fato de que esta população é em sua maioria negra, comprova a discriminação.⁵⁰

⁴⁷ Ver parágrafo 5.5. Decisão Comitê CEDAW. Como mulheres de grupos vulneráveis considera-se mulheres indígenas ou mulheres negras que enfrentam maiores desafios no acesso à Justiça. Ver *Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas*, OEA/Ser.L/V/II., Doc. 68, 20 de janeiro de 2007, Organização dos Estados Americanos, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, páginas 88-89.

⁴⁸ Ver Decisão do Comitê CEDAW parágrafo 5.6.

⁴⁹ Ver Decisão do Comitê CEDAW parágrafo 5.7.

⁵⁰ Ver Decisão Comitê CEDAW, parágrafo 5.10.

Tal obrigação é bastante aprofundada na Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre o Artigo 12 da Convenção CEDAW (mulher e saúde), que em seu parágrafo 15 requer aos estados que “tomem medidas para prevenir e imponham sanções pelas violações aos direitos perpetradas por pessoas privadas e organizações.” No caso de Alyne, o fato dela ter sido atendida primeiramente em uma instituição de saúde privada, conveniada ao Sistema Único de Saúde, não exime a responsabilidade internacional do Estado brasileiro por ter falhado em proteger o seu direito à vida e à saúde.

O Comitê CEDAW em sua decisão analisa o fato de que, apesar da morte de Alyne ter sido classificada pelo Comitê Estadual de Mortalidade do estado do Rio de Janeiro como não sendo uma morte materna, as evidências científicas e os fatos apresentados pelas petionárias comprovam que a sua morte foi resultado de causas diretamente relacionadas com a gravidez e que foi uma morte materna evitável.⁵¹

Entre as causas derivadas dos serviços e políticas ineficazes, exemplificadas no caso Alyne estão: a falta de acesso a equipamentos e intervenções em saúde para salvar vidas em situações de emergência obstétrica, a falta de leito hospitalar, a desorganização dos serviços de saúde associada ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as causas evitáveis de morte materna; e as condições precárias de infraestrutura dos serviços de saúde que também contribuem para aumentar o risco de morte materna das mulheres.

A decisão do Comitê CEDAW analisou as várias falhas dos serviços e dos profissionais de saúde no caso Alyne que contribuíram para o seu desfecho trágico: a falha em diagnosticar de forma oportuna o óbito fetal; a falha em não realizar exames de saúde; a falha em não realizar imediatamente o procedimento de indução do parto no tempo apropriado, ocasionando o agravamento dos seus sintomas; a falha em não realizar imediatamente o procedimento de curetagem para remover os restos placentários; a falha em não realizar a transferência imediata para o Hospital Geral com mais recursos para casos como os de Alyne; a falha em não enviar seu histórico médico junto com Alyne para ser atendida pela nova equipe que

⁵¹ Ver Decisão Comitê CEDAW, parágrafo 5.13.

não conhecia o seu quadro de saúde. A cadeia de eventos, resultado das diversas falhas na assistência, teve como resultado direto a sua morte, derivada de complicações obstétricas relacionadas ao seu estado de gravidez e que deveria ter sido classificada devidamente como morte materna por causa obstétrica direta.⁵²

A questão da subnotificação das mortes maternas, que ainda é frequente no Brasil é um dos fatores responsáveis pela invisibilidade do fenômeno da mortalidade materna e o desconhecimento de suas causas e dos procedimentos para prevenir a sua ocorrência por parte dos profissionais nos serviços de saúde. O Comitê CEDAW tratou desta matéria na sua decisão no caso Alyne, expressando que a classificação equivocada da morte de Alyne como não sendo uma morte materna exemplifica a subnotificação no país. No caso do atestado de óbito de Alyne, não houve menção ao fato de que estava grávida, o que deu ensejo a que o Comitê posteriormente classificasse a sua morte como não sendo uma morte materna. Além disso, a causa de morte foi hemorragia digestiva não fazendo conexão com o seu estado de gravidez. Tal declaração é incompleta e insuficiente de acordo com os padrões médicos nacionais e internacionais.⁵³

Em sua decisão, o Comitê CEDAW apontou que apesar do governo brasileiro indicar que na maioria dos estados há Comitês de Mortalidade Materna, não existia tal órgão no município de Belford Roxo, local de residência de Alyne. Sendo assim não houve investigação aprofundada das causas que contribuíram para a sua morte.⁵⁴

Sobre as recomendações ao governo brasileiro, o Comitê CEDAW com base no Artigo 7, parágrafo 3º do Protocolo Opcional da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher considerou que o Brasil violou

⁵² Decisão do Comitê CEDAW parágrafo 5.15 e ver também parágrafo 7.4. Em relação à sua distribuição por causas, as mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As causas obstétricas diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As causas obstétricas indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios.

⁵³ Decisão do Comitê CEDAW, parágrafo 5.16.

⁵⁴ Decisão do Comitê CEDAW, parágrafo 5.17.

suas obrigações estabelecidas no Artigo 12 (acesso à saúde), Artigo 2 (c) (acesso à justiça), Artigo 2 (e) (devida diligência em regular as atividades dos serviços de saúde privados), em combinação com o Artigo 1 da Convenção, lidas em conjunto com as Recomendações Gerais 24 e 28.

Em relação a família, o Comitê CEDAW determinou que o estado efetuassem a devida reparação incluindo compensação monetária para a mãe e a filha da Alyne, de acordo com a gravidade das violações perpetradas contra ela. O Comitê determinou ao governo brasileiro garantir o direito à maternidade segura e o acesso com igualdade à assistência durante a emergência obstétrica, de acordo com a Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre mulher e saúde: fornecer capacitação e treinamento profissional adequado aos trabalhadores de saúde, especialmente sobre os direitos à saúde das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como cuidado obstétrico emergencial; assegurar acesso legal a remédios legais efetivos em casos onde haja violação dos direitos à saúde reprodutiva das mulheres, oferecer capacitação aos membros do Poder Judiciário e para os agentes responsáveis pelo cumprimento a lei; assegurar que os serviços de saúde cumpram os padrões nacionais e internacionais de atenção à saúde reprodutiva; estabelecer sanções apropriadas aos profissionais de saúde que violem os direitos à saúde reprodutiva das mulheres; reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Pacto Nacional de Mortalidade Materna nos estados e municípios e criar comitês de mortalidade materna onde eles não existam, de acordo com as Observações Conclusivas para o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007.

O caso Alyne tem uma importância particular. É o primeiro caso de morte materna decidido por um Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas e representa um marco na abordagem dos direitos humanos para a mortalidade materna. A decisão tem um valor simbólico para os governos: não é mais aceitável tratar da morte materna evitável como um destino das mulheres, uma fatalidade para a qual o estado não tem nenhuma responsabilidade. Por tais motivos, a Relatoria neste mandato optou por acompanhar a implementação das recomendações do Comitê CEDAW e avaliar a qualidade da assistência a saúde materna, conforme os padrões de direitos humanos estabelecidos pelo Comitê CEDAW em suas recomendações no caso Alyne, nas unidades de saúde localizadas em 3 municípios

da Baixada Fluminense, através de visitas e entrevistas com gestores, mulheres usuárias do SUS, profissionais de saúde.

Desde a decisão do Comitê CEDAW no caso Alyne, a Relatoria vem acompanhando o processo de implementação das recomendações. Em 15 de abril de 2013, por meio da Portaria nº 35, foi criado um Grupo Interministerial, composto por representantes dos Ministérios da Saúde e Relações Exteriores e das Secretarias de Direitos Humanos, de Políticas de Igualdade Racial, e de Políticas para as Mulheres, que o coordena, e tem como responsabilidade a implementação da decisão e para tomar as medidas pertinentes.

A relatoria tem acompanhado este processo enquanto observadora. O primeiro passo definido pelo Grupo Interministerial para alcançar o seu objetivo foi o trâmite administrativo junto ao governo do Estado do Rio de Janeiro e ao governo do município de Nova Iguaçu, para pagamento de indenização à família de Alyne. Contudo, o pagamento acabou da indenização devida à mãe de Alyne acabou sendo efetivada pelo Governo Federal a partir de um acordo realizado perante o Comitê CEDAW em 28 de fevereiro de 2014. Ainda ficaram pendentes as reparações individuais para a filha da Alyne e das demais recomendações. O pagamento à Dona Maria de Lourdes (mãe de Alyne) foi efetivado mediante cerimônia realizada com a presença das Ministras das Secretarias de Direitos Humanos, de Políticas para as Mulheres e da Igualdade Racial, assim como representantes dos Ministérios de Relações Exteriores e da Saúde⁵⁵.

⁵⁵ Plataforma Dhesca. Caso Alyne: Estado realiza pagamento de indenização à mãe de Alyne Pimentel. Disponível em: <http://bit.ly/1mwqblD>

5. MISSÃO À BAIXADA FLUMINENSE

A Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma Dhesca realizou, entre 5 de dezembro de 2012 e 20 de fevereiro de 2013, uma série de visitas a municípios da Baixada Fluminense para levantamento de dados e acolhimento de denúncias sobre a situação atual do atendimento obstétrico sendo prestado na região. O objetivo principal foi o de ouvir das usuárias do sistema de saúde quais são os problemas mais críticos e averiguar se houve melhoras na qualidade do atendimento obstétrico e na atenção à saúde materna nestas unidades, especialmente no que tange gestações de alto risco.

Para tanto, trabalhamos em parceria com organizações da sociedade civil que se dedicam ao tema da saúde das mulheres, saúde das mulheres negras e saúde reprodutiva, como a ONG Criola, o grupo Yepondá de mulheres de São João de Meriti, o Fórum de Mulheres da Baixada Fluminense, bem como com Centros de Referência para os Direitos das Mulheres destes municípios, Comissão de Defesa dos Direitos das Mulheres da ALERJ, Conselho Estadual dos Direitos das Mulheres (CEDIM), Conselhos Municipais de Saúde, Superintendências dos Direitos das Mulheres, Superintendências de Promoção da Igualdade Racial, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Secretaria de Direitos Humanos e Superintendência dos Direitos da Mulher de São João de Meriti, Secretaria Municipal de Saúde, Comitê Técnico de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e Superintendência de Políticas Públicas para Mulheres de Belford Roxo entre outras instâncias, para identificar quais são as unidades da Baixada Fluminense que apresentam situação mais crítica – seja de infraestrutura, recursos humanos, medicamentos ou outros – e também para identificar situações específicas de violações de direitos humanos de mulheres relacionadas à saúde reprodutiva.

A primeira constatação que chama a atenção é o fato de que, entre 2002 e 2012, apenas duas novas unidades de atenção obstétrica foram inauguradas nos municípios avaliados, e que a maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu – também conhecido como Hospital da Posse – teve os atendimentos suspensos em abril de 2012, por falta de profissionais, medicamentos, equipamentos e superlotação. As duas unidades inauguradas são o Hospital da Mulher Heloneida Studart, que é um hospital regulador para pré-natal e gestação de alto risco,

inaugurado em 2011; e o Hospital da Mãe de Mesquita, que é também um hospital regulador para pré-natal e gestação de médio risco, prometido para abrir em 2010, inaugurado em 2012. Ambas as unidades não atendem usuárias de gravidez considerada normal durante o pré-natal, e com frequência se veem obrigados a realizar partos mesmo sem a regulação para aquela unidade, uma vez que as usuárias, sabendo da estrutura destas unidades, se encaminham diretamente à emergência quando já estão para dar à luz.

A. Preparação

Ao longo do mandato, a Relatora do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva participou de reuniões entre a petionária do Caso Alyne junto ao Comitê CEDAW, o *Center for Reproductive Rights* (CRR) e o Ministério das Relações Exteriores, responsável pela negociação da compensação financeira que o Brasil se comprometeu pagar à família da moça, aceitando as recomendações do comitê CEDAW.

A Relatoria buscou diálogo com o Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Ministério das Relações Exteriores para tentar obter mais informações sobre o andamento do processo, mas não obteve respostas formais, a não ser por meio das reuniões entre a petionária e o Governo brasileiro, representado pelo MRE.

A Relatoria do Direito à Saúde realizou, entre 5 de dezembro de 2012 e 27 de março de 2013, uma série de visitas a municípios da Baixada Fluminense para levantamento de dados e acolhimento de denúncias sobre a situação atual do atendimento obstétrico sendo prestado na região. O objetivo principal foi o de ouvir de agentes de saúde e das usuárias do sistema de saúde quais são os problemas mais críticos e averiguar se houve melhoras na qualidade do atendimento obstétrico e na atenção à saúde materna nestas unidades, especialmente no que tange gestações de alto risco.

Para tanto, trabalhamos em parceria com organizações da sociedade civil que se dedicam ao tema da saúde das mulheres, saúde das mulheres negras e saúde reprodutiva, como a ONG Criola, a Articulação de Mulheres Brasileiras/ regional Rio,

o grupo Yepondá de mulheres de São João de Meriti, o Fórum de Mulheres da Baixada Fluminense, bem como com Centros de Referência para os Direitos das Mulheres destes municípios, Comissão de Defesa dos Direitos das Mulheres da ALERJ, Conselho Estadual dos Direitos das Mulheres (CEDIM), Conselhos Municipais de Saúde, Superintendências dos Direitos das Mulheres, Superintendências de Promoção da Igualdade Racial, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Secretaria de Direitos Humanos e Superintendência dos Direitos da Mulher de São João de Meriti, Secretaria Municipal de Saúde, Comitê Técnico de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e Superintendência de Políticas Públicas para Mulheres de Belford Roxo entre outras instâncias, para identificar quais são as unidades da Baixada Fluminense que apresentam situação mais crítica – seja de infraestrutura, recursos humanos, medicamentos ou outros – e também para identificar situações específicas de violações de direitos humanos de mulheres relacionadas à saúde reprodutiva.

No dia 7 de agosto, uma reunião entre a Relatoria e a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) estabeleceu uma parceria entre estas duas entidades a fim de envidar esforços conjuntos para a solicitação de informação sobre a implementação das recomendações do Comitê CEDAW no estado do Rio de Janeiro, além de levantamento de dados, contatos, e confirmou o apoio parlamentar da Dep. Estadual Inês Pandeló (PT/RJ), presidente da Comissão, ao trabalho da Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva.

A Relatora Beatriz Galli participou, em 4 de setembro de 2012, em uma reunião entre as petionárias do Caso Alyne junto à ONU e o Departamento de Temas Sociais e Direitos Humanos do MRE, em que se iniciaram as negociações quanto ao valor da indenização a ser paga à família de Alyne da Silva Pimentel a título de compensação financeira pela morte da parturiente. O processo de negociação ainda não está finalizado, visto que o MRE aguarda respostas tanto do Estado do Rio de Janeiro quanto dos municípios de Belford Roxo, Nova Iguaçu e São João de Meriti sobre sua contribuição. Outras ações compensatórias simbólicas foram propostas pelo Governo Federal, como o batismo de uma unidade de saúde com o nome de Alyne.

No dia 11 de outubro, uma reunião entre a Relatoria do Direito à Saúde e a ONG Criola definiu os termos da parceria para a missão de verificação na Baixada Fluminense. Criola acompanha, desde 1985, violações dos direitos de mulheres negras e em situação de vulnerabilidade social no Rio de Janeiro, incluindo a região da Baixada Fluminense, pelo que é uma atriz-chave para este trabalho. A contribuição de Criola inclui o contato com lideranças femininas locais, defensoras dos direitos das mulheres, representantes das áreas técnicas da saúde das mulheres, conselho de mulheres, fóruns de defensoras locais, organizações da sociedade civil, entre outras representações governamentais e não-governamentais. Outra contribuição de Criola refere-se ao fornecimento de dados e estatísticas sobre o acesso das mulheres da Baixada Fluminense aos serviços de saúde.

B. Metodologia

Nos dias 20 e 27 de março de 2012, uma comissão formada por representantes das entidades parceiras⁵⁶ nesta missão realizou visitas a quatro serviços de atendimento obstétrico – maternidades – nos municípios observados: a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo, unidade privada de atendimento a partos de baixo risco conveniada ao SUS, que prestou o primeiro atendimento a Alyne da Silva Pimentel em 2002; o Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart, unidade de referência para partos de alto risco, em São João de Meriti; o Hospital Geral de Nova Iguaçu, ou Hospital da Posse, unidade de referência para partos de alto risco e no qual Alyne veio a óbito; e o Hospital da Mãe de Mesquita, que atende partos de baixo risco, inaugurada em 2012.

Durante as visitas foi aplicado um questionário que foi aplicado junto às equipes de plantão e aos gestores nas unidades, além das mulheres grávidas que estavam internadas ou aguardando serem atendidas.

⁵⁶ Participaram da missão na Baixada Fluminense no estado do Rio de Janeiro como representantes da sociedade civil: Angela Freitas (representante da Articulação de Mulheres Brasileiras/ Regional Rio, conselheira do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher/ CEDIM); Beatriz Galli (Relatora Nacional do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva); Georgia Bello (assessora parlamentar da Comissão de Direitos da Mulher, presidida pela deputada Ines Pandelo na ALERJ); Jandira Queiroz (assessora da Plataforma Dhesca Brasil); Maria Aparecida Patroclo (Médica, representante da organização CRIOLA); Santinha Tavares (médica, representante da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos, membro do Conselho Nacional de Saúde); Silvana Maria Tabosa Carvalho da Silva (médica, presidente do Comitê de Mortalidade Materna de Nova Iguaçu).

C. Violações aos direitos humanos verificadas na missão



Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo

Belford Roxo, o município de residência de Alyne da Silva Pimentel, conta com duas unidades privadas de saúde que realizam partos de baixa complexidade em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS): o Hospital de Clínicas de Belford Roxo e a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, onde Alyne foi atendida inicialmente, e de onde foi encaminhada para o Hospital Geral de Nova Iguaçu. O município não conta com nenhuma unidade de saúde federal, estadual ou municipal que realize partos, seja de baixa, média ou alta complexidade. As unidades básicas de saúde, unidades de pronto-atendimento e clínicas da família realizam o pré-natal das gestantes da cidade, encaminhando casos de média e alta complexidade a outros municípios e os partos de baixa complexidade para as unidades conveniadas.

No dia 20/03/2013, foi feita uma visita *in loco* à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, onde a Relatora e as organizações parceiras foram recebidas pelo diretor e médico ginecologista e obstetra, Dr. Tôto Espinoza Lozada (CRM 564497-RJ), e pela chefe da Enfermagem, Renata Fonseca. Além da entrevista com o Diretor e a Chefe de Enfermagem, foram visitadas as instalações da Casa de Saúde e entrevistadas usuárias. Algumas das principais conclusões serão descritas na sequência:

1. Estrutura da unidade

De acordo dos os profissionais entrevistados, a maternidade atende mulheres de quase toda a Região da Baixada Fluminense e a equipe, por cada plantão, é composta de dois obstetras, um pediatra e um anestesista. Não adotam o parto feito por enfermeira obstétrica, por razões de “segurança”. A unidade realiza um alto número de cesáreas: dos 12 a 15 partos realizados diariamente, 6 a 9 são cesareanas.

Declararam contar com 78 leitos credenciados junto ao SUS, porém no sistema SUS constam 56 leitos SUS na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória⁵⁷. Fora estes, o hospital dispõe de 15 leitos para atendimento privado, que contam com aparelhos de ar condicionado e se encontram em quartos individuais ou em enfermarias de dois leitos. As pacientes atendidas pelo SUS ficam alojadas em enfermarias coletivas, com 4 a 15 camas, e sem condicionamento de ar ou climatização adequada, conforme se verifica abaixo:



⁵⁷ http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=3300452289709

No sistema da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para o município de Belford Roxo consta que cerca de 64% dos partos são realizados em instituições privadas, e apenas 36% são atribuídos a leitos conveniados com o SUS. Ao confrontar este dado com o relatado pelos profissionais da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, verificou-se uma disparidade entre os dados uma vez que nos foi informado que existem mais leitos destinados ao SUS do que leitos destinados ao atendimento de pacientes da rede privada.

2. Atendimento pré-natal

A Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória é uma maternidade credenciada pelo SUS para partos de baixo risco e não está credenciada para realizar o pré-natal, que é realizado nas unidades de atenção básica à saúde nos municípios em que as gestantes residem. O pré-natal, nesta maternidade, só é realizado por meio de planos de saúde privados ou mediante pagamento das consultas.

A enfermeira Renata Fonseca expressou que são necessárias melhorias no atendimento da rede de atenção básica, responsável pelo pré-natal das gestantes uma vez que a maioria das parturientes que chegam à maternidade apresentam “cartões da mulher” mal preenchidos. Informou que a maternidade recebe gestantes que não realizaram o pré-natal e, outras com acompanhamento precário, cujo cartão foi mal preenchido, ausente informações relevantes como os exames realizados, o resultado dos exames VDRL, HIV e outros. Esta precariedade no atendimento pré-natal aumenta a possibilidade de gestações de risco. Segundo a enfermeira Renata Fonseca, em muitos casos, o VDRL é realizado por ocasião da internação, constatando-se resultado positivo em gestantes que não realizaram o tratamento durante a gestação. O Dr. Tôto Espinosa declarou que entre 80% e 90% das gestantes que chegam à maternidade para dar à luz pelo SUS trazem informações precárias do pré-natal ou chegam sem tê-lo realizado..

Ao comparar estas informações com os dados do Sistema de Nascidos Vivos –alimentado pela própria maternidade - o qual informa que mais de 80% das gestantes de Belford Roxo fizeram o pré-natal e tiveram mais de três consultas, é possível concluir que o problema não é necessariamente o acesso ao pré-natal e sim a qualidade do mesmo.

3. *Atendimento a gestantes adolescentes*

De acordo com a diretoria da Casa de Saúde, as gestantes adolescentes representam 15% a 20% do público da maternidade, e são elas que, particularmente, chegam com um péssimo pré-natal. Contudo, não há uma estrutura específica para os partos de adolescentes. A maternidade não conta com psicólogos ou profissionais que acompanhem essas gestantes em sua especificidade. O Diretor da Casa de Saúde declarou que fazem o possível para minimizar os problemas que podem decorrer de uma gestação em adolescente, por exemplo, tendo um maior cuidado com estas pacientes e deixando parentes entrarem para acompanhar o trabalho de parto, parto e puerpério.

Porém, durante a visita, constatou-se que a maioria das jovens na enfermaria teve parto cesáreo seguido de laqueadura tubária, naquela unidade de saúde. Contrastando com este cenário de abuso de cesarianas e de cirurgias de ligadura tubária, havia uma mulher que aparentava mais de 40 anos de idade, sem acompanhante e bastante aflita com a falta de profissionais de saúde que pudessem lhe explicar porque foi colocada na sala de UTI (que parecia estar desativada devido ao mau estado dos aparelhos e da ventilação do local). Esta mulher tinha acabado de ter um parto normal do sétimo filho, sem que tenha sido oferecida a ela a possibilidade de fazer uma laqueadura tubária posteriormente, na unidade.

4. *Planejamento reprodutivo e pós-parto*

A maternidade Nossa Senhora da Glória não mantém um serviço de planejamento reprodutivo: após a alta as mulheres são orientadas por palestras, e nessas palestras são encaminhadas aos Postos de Saúde para o Planejamento Familiar.

Após os partos, as pacientes são orientadas a retornarem para consultas de revisão do parto, seja parto normal ou cesárea. Em casos em que tenha havido alguma intercorrência, os dois diretores médicos da maternidade é que fazem o acompanhamento da paciente; em casos de partos sem intercorrência, os demais obstetras realizam a revisão. Por “intercorrência”, entende-se não a situação de médio ou alto risco, mas algum sangramento mais forte do que o normal, a

necessidade da realização de algum exame extraordinário, a necessidade de maior permanência em observação ou outras situações semelhantes.

5. Banco de sangue para as urgências obstétricas

Durante reunião com profissionais da área de saúde em 20 de fevereiro de 2013, a Relatoria recebeu uma denúncia de que há falta de banco de sangue no município de Belford Roxo. Segundo a vereadora eleita para o mandato de 2013 a 2016 pelo município de Belford Roxo, Giselle Cardoso, ex-coordenadora do SOS Saúde do Estado do Rio de Janeiro, houve um tempo em que o sangue era enviado às unidades do município e eram depois encontradas jogadas em alguma sala, sem nenhuma condição de acondicionamento para uso posterior.

A Casa de Saúde declarou não contar com banco de sangue, mas que mantém convênio com o Hemorio para o fornecimento de bolsas de sangue, quando necessário – o que pode demorar horas. Em contrapartida, enviam doadores para que se mantenha um estoque destinado à maternidade no banco de sangue.

6. Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A maternidade da Casa de Saúde conta com dois leitos, muito embora as condições destas salas sejam bastante precárias, conforme se verifica nas fotos abaixo.



Pode-se verificar que os aparelhos estão desligados, não há qualquer acompanhamento, e as condições gerais são precárias.

7. Transferências para outras unidades

De acordo com o relato da equipe da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, todas as pacientes que chegam buscando atendimento na unidade são acolhidas, e, quando é o caso, encaminhadas ou transferidas para unidades de referência em médio ou alto risco. Relataram que desde o caso da Alyne, houve melhorias como a possibilidade de fazer remoções para outras unidades através da SAMU e a nova central de regulação de leitos, que funciona há 5 anos, porém ressaltaram que ainda existe demora na liberação da vaga e no transporte para a chegada na outra unidade.

Neste sentido, relataram o caso de uma paciente renal crônica, de 40 anos de idade e com 25 semanas de gestação e com quadro hipertensivo, que foi atendida pela unidade por volta das 5h da manhã, estabilizada, mas ao solicitar vaga para a paciente na unidade de alto risco mais próxima pela central de regulação, foi localizada a vaga no Hospital da Mulher Heloneida Studart, em São João de Meriti, o que foi informado à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória às 17h do mesmo dia após contato pessoal do diretor da Casa de saúde com colega no Hospital da Mulher, no qual reforçou a gravidade do quadro de saúde da paciente.

Contudo, não havia como transportá-la. Por volta das 18h, a enfermeira Renata Fonseca entrou em contato com a central de regulação de ambulâncias SAMU Baixada, e foi informada que não havia ambulância, nem mesmo uma unidade básica, pois estavam todas inoperantes. A enfermeira Renata Fonseca relata que, por experiência própria, a faixa entre 18h e 19h é horário de troca de plantões, pelo que profissionais das ambulâncias evitam iniciar novos atendimentos, com receio de atrasarem o horário de saída. O transporte para a transferência da paciente só se deu no dia seguinte, pela manhã, às 9h. Segundo a enfermeira Renata Fonseca, cópias de todos os exames e documentação da paciente foram encaminhadas ao Hospital da Mulher, junto com ela, na ambulância. Os exames realizados na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória incluíram HIV, ultrassom, hemograma e dosagem de glicose.

Este é mais um demonstrativo das graves falhas e omissões na assistência à emergência obstétrica na região da Baixada Fluminense, caracterizando a iniquidade do acesso das mulheres usuárias do SUS, apontando para a

continuidade das violações de direitos humanos apontadas na decisão do Comitê CEDAW no caso Alyne.

Ou seja, quando é preciso transferir pacientes para unidades de referência não há UTI móvel ou ambulância disponível na unidade, é necessário solicitar ambulância pela central de regulação do SAMU-Baixada. Entretanto, o acesso não é imediato e pode demorar muitas horas até haver uma ambulância disponível para atender as mulheres grávidas que necessitam transferência e internação em outras unidades. Assim mesmo, os profissionais da equipe que se reuniram com a comitiva que acompanhou esta Relatoria não souberam informar se, entre os termos do convênio firmado com o SUS, consta a exigência de posse de ambulância(s). O convênio firmado entre o SUS e a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo não foi localizado no sistema SUS online.

Em relação à neonatologia, informaram que não há dificuldades para encontrar vagas de UTI neonatal nem de acesso a ambulância com estrutura para atendimento neonatal. A equipe relatou, inclusive, que o atendimento de ambulância e regulação de vagas se dá sem demoras. Uma das razões para isso é que o atendimento a neonatos é realizado pelo Corpo de Bombeiros, e não pelo SUS.

8. Lei do Acompanhante

A equipe da Casa de Saúde relatou que o hospital não dispõe de estrutura para permitir que as parturientes tenham garantido o seu direito a um/a acompanhante durante o pré-parto e parto, e que, portanto, esta norma não é seguida pela unidade. A sala de pré-parto é pequena, e conta com seis (6) leitos, em estilo de enfermaria, não oferecendo espaço e tampouco privacidade para as pacientes em relação às/aos acompanhantes das demais. Na mesma sala também ficam as pacientes que aguardam o procedimento de curetagem pós-abortamento. O hospital não tem como implantar salas de pré-parto e parto (PPP) por não dispor de estrutura adequada.

De acordo com a enfermeira Renata Fonseca, há um esforço de organizar o espaço de modo a preservar a privacidade, separando as pacientes gestantes daquelas em processo de abortamento, por exemplo, três leitos para cada lado. Mas de qualquer modo a sala é uma só. Ela relatou também que tem conhecimento de

todas as leis e normas técnicas que normatizam a humanização do parto, mas não têm condições físicas para atender o determinado pelo Ministério da Saúde neste quesito. E também nunca foram cobrados por não atender as normas

A enfermeira Renata Fonseca informou que em meados de 2012, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória recebeu visita de uma equipe da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para avaliação da estrutura e adequação da unidade nos moldes do projeto Rede Cegonha. Havia arquitetos nesta equipe, que deu orientações. O hospital desenvolveu o projeto de adequação arquitetônica, de equipamentos e outros aspectos técnicos, e enviou toda a documentação à SES, mas nenhum retorno da SES teria sido recebido até o momento de nossa visita.

Mesmo nessas condições, a maternidade chegou a ser a única credenciada pelo SUS para toda a Baixada Fluminense, antes da abertura do Hospital da Mãe, em Mesquita, em junho de 2013. Esta situação se acentuou durante os cerca de dez dias em que a maternidade do HGNI esteve fechada por falta de médicos. Até então, mais de 50% das pacientes atendidas na Nossa Senhora da Glória vinham de fora do município de Belford Roxo.

9. Convênio com o SUS

Perguntado se o convênio com o SUS é vital para a sobrevivência e manutenção dos serviços da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, o diretor da unidade respondeu que não, pois o valor repassado pelo SUS por cada parto está absolutamente defasado em relação ao custo real do procedimento. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o método natural custa R\$ 291,00 e a cirurgia cesariana, R\$ 402,00⁵⁸. Entretanto, perguntado se desfaria o contrato com o SUS, também respondeu negativamente.

10. Atendimento pós-aborto

O diretor da unidade informou que durante seu plantão, a procura pelo hospital por complicações em casos de aborto é, em média, de 6 a 7 procedimentos de curetagem, a maioria com características de abortos provocados. Informou que

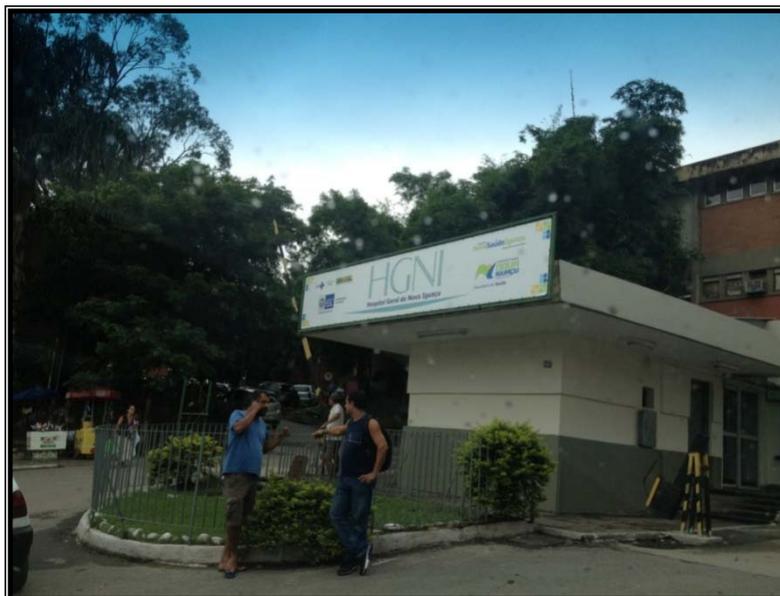
⁵⁸ http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911

não conta com o misoprostol para uso hospitalar, tendo que comprar por conta própria quando há a necessidade. Neste sentido declarou que: “às vezes a gente compra, mas na maioria das vezes representa um custo alto para a maternidade”.

A equipe declarou ter conhecimento da Norma Técnica de Atenção Humanizada a Vítimas de Violência/Aborto. A maternidade não realiza o serviço de aborto previsto em lei para mulheres vítimas de violência sexual, sendo estas pacientes encaminhadas para perícia médica e depois para os hospitais de referência para alto risco (Hospital da Posse/ Hospital Geral de Nova Iguaçu) e Hospital da Mulher Heloneida Studart, de São João de Meriti). (sendo que o único hospital de referência para aborto legal no Rio de Janeiro não é nenhum desses dois, e sim a Maternidade Fernando Magalhães, em São Cristóvão).

11. Mortalidade Materna

Segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, Belford Roxo teve, em 2012, três (3) casos de morte materna registrados, e a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória declarou que dois desses ocorreram naquela unidade. A equipe da Casa de Saúde relatou que não mantém contato com o Comitê Municipal ou Estadual de Combate a Mortalidade Materna, nem realizam investigação sobre as causas do óbito, junto à família ou histórico médico, em busca de melhorias no atendimento e prevenção de novos casos.



Maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu

O Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI) abriga um dos três serviços de emergência médica de toda a Baixada Fluminense. Apesar disso, em janeiro de 2013, encontrava-se em tal situação de caos e abandono que o prefeito recém-eleito foi obrigado a decretar o HGNI como em estado de calamidade pública. Chovia dentro do hospital, faltavam insumos, havia material com data vencida, e nesse quadro a emergência estava superlotada. Foi instalado um gabinete de crise⁵⁹ para resolver a situação da unidade, e poder prestar um serviço público de saúde que atenda, pelo menos minimamente, as necessidades da população. A atual direção do hospital e da maternidade assumiu as funções em janeiro de 2013.

Neste contexto o projeto Rede Cegonha⁶⁰ chegou ao HGNI através de uma comissão responsável por sua implementação, enviada pelo Ministério da Saúde. Esta comissão, composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, colocou a equipe do hospital a par dos processos de implementação, por meio de reuniões, e atualmente está sendo o norte da preparação da maternidade que será inaugurada, após a

⁵⁹ <http://www.hgni.saude.gov.br/noticias/prefeito-nelson-bornier-decreta-calamidade-publica-na-saude-de-nova-iguacu/>

⁶⁰ O projeto Rede Cegonha tem um foco nas casas de parto e na reforma das unidades de baixo risco, trabalha o pré-natal, parto, pós-parto e até os 2 anos da criança, na perspectiva de diminuir os óbitos maternos e infantis.

conclusão da reforma das antigas instalações. Será a maternidade municipal de Nova Iguaçu, antes Maternidade Mariana Bulhões (que fica nas proximidades do Hospital). A maternidade municipal será unidade de atendimento de médio e baixo risco, e a maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu continuará sendo hospital de referência para partos de alto risco. A antiga maternidade Mariana Bulhões será a base do Rede Cegonha em Nova Iguaçu.

O HGNI já foi um hospital federalizado, mas atualmente sua administração e gestão estão municipalizadas, a cargo da prefeitura de Nova Iguaçu, com atendimento regionalizado – ou seja, atende aos municípios da Baixada Fluminense. Durante este processo de implementação do projeto Rede Cegonha, e com uma nova estrutura de gestão, há um esforço conjunto para acompanhar a execução da implementação, reformas, obras, compras de equipamentos, treinamentos etc.

Nesse contexto, no dia 27 de março de 2013 a comitiva que acompanhou a Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma de Direitos Humanos – Dhesca Brasil – ,foi recebida pelas seguintes pessoas: a Sra. Sandra Castelo Branco, representante do Ministério da Saúde que veio implantar o SOS Emergência NAC/ Núcleo de Acesso à Qualidade (grande planejamento estratégico para o Hospital); a Dra. Monica Guedes, da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro; o Dr. Joé Gonçalves Sestello, Diretor Geral do HGNI; e o Dr. Luiz Antonio de Souza Teixeira Junior, Secretário de Saúde do Município.

A Dra. Sandra Castelo Branco informou que a comissão tem um prazo de dois anos para adequar as condições da maternidade do HGNI a um padrão aceitável, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde para as maternidades de alto risco no âmbito do projeto Rede Cegonha. Para isto, o Ministério da Saúde está disponibilizando R\$ 14 milhões ao Hospital, já tendo repassado, até março de 2013, duas parcelas de R\$ 2 milhões, e uma contrapartida do SOS Emergência no valor de R\$ 3 milhões em equipamentos, que já estão sendo licitados pela prefeitura de Nova Iguaçu. Para a maternidade já foram repassados 10 milhões pelo projeto Rede Cegonha implantado no município, e esta ainda recebe um repasse de 1,8 milhão por mês. Os repasses estão ocorrendo de forma regular, segundo informou a Dra. Sandra. Devido à situação de precariedade do HGNI, como um todo – com exceção da emergência que foi reformada pelo QualiSUS – foi

instalado um grupo de trabalho para gerir a reforma da maternidade Mariana Bulhões. Porém, não era possível fazer obras nas duas maternidades ao mesmo tempo. Segundo Dra. Sandra, quando estiver concluída a obra no Mariana Bulhões, a maternidade do HGNI será fechada para reformas.

Ainda está sob discussão se o projeto Rede Cegonha vai assegurar a abertura de Casas de Parto na região da Baixada e no município de Nova Iguaçu, e se haverá centros cirúrgicos vinculados às casas de parto.

Apesar da maternidade do HGNI ser a única unidade que atende a gestações e partos de alta complexidade no município, a previsão é que seja suspenso o atendimento na unidade para que as obras possam ser efetuadas. A equipe do comitê de gestão de crise informa que a demanda será absorvida pela nova unidade que atende alta complexidade na região, o Hospital da Mulher Heloneida Studart, em São João de Meriti. A previsão é que, no âmbito destas obras pelo projeto Rede Cegonha, haja um incremento no número de leitos na outra unidade de alta complexidade. Segundo Dra. Sandra, está previsto orçamento para assegurar o transporte das gestantes de Nova Iguaçu para São João de Meriti durante a reforma da maternidade do HGNI, embora não tenha informado a dotação orçamentária nem detalhes deste planejamento.

De acordo com o sistema de registro de Declarações de Nascidos Vivos, em 2012, foram realizados 3.945 partos no HGNI, sendo 2.790 de parturientes munícipes de Nova Iguaçu, 369 de Queimados, 347 de Belford Roxo e 224 de Japeri. Isto representa uma média de 8 a 10 partos por dia. A equipe da maternidade é formada por quatro obstetras, dois residentes, um/a anestesista no centro cirúrgico. Por dia, o plantão de enfermagem conta com um/a enfermeiro/a 24 horas disponível para o pré-parto e 8 técnicos/as de enfermagem no plantão geral da maternidade. Não há psicólogo/a disponível para a maternidade e, segundo foi informado, o atendimento psicológico funciona sob demanda.

1. Infraestrutura

A maternidade do HGNI tem 54 leitos, todos em funcionamento, segundo a equipe de enfermagem. Segundo representante do Comitê de Monitoramento de Mortes Maternas de Nova Iguaçu, Dra. Silvana, o município de Nova Iguaçu não

oferece, hoje, nenhum leito ou porta de entrada para gestantes de baixa complexidade. Para ser atendida no Hospital da Posse (HGNI), é preciso que ela fique esperando até entrar no período expulsivo e ser caracterizado o risco. Segundo Dra. Sandra, há um acordo entre municípios da Baixada Fluminense, em que as muncípices em situação de baixa complexidade sejam encaminhadas para Belford Roxo para serem atendidas no baixo risco – Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória – e as de Belford Roxo e outros municípios se dirijam ao HGNI para o atendimento de média e alta complexidade. No entanto, não está garantido o transporte destas gestantes entre unidades, a não ser pela regulação do SAMU Baixada. Está prevista a aquisição de ambulâncias pelo projeto Cegonha, mas nenhum/a profissional entrevistado/a pode prever quando isso aconteceria.. O prazo previsto para a implementação completa do projeto Cegonha é de 2 anos, ou seja, até o final de 2014.

O estado físico do hospital é dramático. Médicos/as dispuseram do próprio dinheiro para fazer a pintura e restauração da sala de conforto médico, que segundo relatos tinha todas as paredes completamente tomadas por mofo. Esta sala não conta com nenhuma janela para ventilação, está localizada no mesmo quadrilátero em que se encontra a copa, a cozinha, a sala de acolhimento das pacientes, uma sala de atendimento médico e uma enfermaria pequena com três leitos.

Todas as instalações visitadas na maternidade do HGNI têm algum tipo de infiltração, vazamento de água e fungos (mofo), bem como todas as enfermarias. O hospital não conta com estrutura para a admissão de acompanhantes nas salas de parto ou nas enfermarias. Os banheiros das enfermarias se apresentava, sem exceção, em situação deplorável de degradação. A infraestrutura, em situação precária, sem aparelhos de ultrassom e sem ar-condicionado.







O centro cirúrgico da obstetrícia passou a funcionar em outro setor da unidade devido a problemas de estrutura física, como curto na rede elétrica, pane nos equipamentos disponíveis e falta de reposição de equipamentos e insumos,. Assim, a maternidade do HGNI não contava naquele momento com um centro cirúrgico obstétrico, mas apenas uma sala reservada para a obstetrícia no centro cirúrgico do Hospital, que recebe desde as pacientes de curetagem até partos de maior complexidade.

2. Profissionais

Os profissionais que prestam serviço no HGNI têm quatro tipos de vínculo profissional: há funcionários/as do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e prestadores/as de serviço. Está prevista uma nivelção por competência e categoria. O projeto básico de reformulação foi elaborado pelo CISBAF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense) e prevê contratação pelo regime CLT.

Em seu relato as profissionais de enfermagem que acompanharam nossa visita destacaram que, mesmo com a deterioração das estruturas da maternidade, o índice de mortalidade materna tem se mantido estável – ainda que alto – e isso se deve ao compromisso da equipe com a vida das pacientes e a uma determinação institucional para que sejam atendidas todas as diretrizes e regras do Ministério da Saúde referentes ao atendimento de pré-parto, parto e puerpério. Houve ênfase na referência à má qualidade do atendimento básico à saúde da mulher na rede pública de saúde, e à dificuldade que as gestantes encontram para iniciar o pré-natal, chegando muitas vezes a fazer a primeira consulta já nos meses finais da gestação.

3. Atendimento Pré-natal

A unidade conta com ambulatório de pré-natal para gestantes diagnosticadas como HIV positivas e com DST, para gestantes adolescentes, e para o atendimento a vítimas de violência. O pré-natal de gravidez de baixo risco pode ser absorvido, pois o atendimento no Hospital é do tipo “portas abertas”, mas por norma trata-se de um atendimento direcionado para médio e alto risco. E são 600 pré-natal/ mês. Foi afirmado que, por norma, o pré-natal de baixo risco é pertinente à rede básica de atendimento. A equipe de enfermagem relatou sérias falhas neste sistema de atendimento básico às gestantes, em especial àquelas com gravidez de médio e alto risco (diabéticas, hipertensas, anêmicas falciformes e outras). Essas mulheres têm dificuldade de encontrar um acompanhamento médico perto de suas residências, e passam muito tempo migrando de uma unidade a outra, o que resulta no agravamento, em muitos casos, de seu quadro clínico geral. Neste cenário de falhas a grande maioria das parturientes que chegam à maternidade do HGNI tiveram um pré-natal de má qualidade, sem informações de VDRL, HIV, e sem outros exames que poderiam agilizar o atendimento e prevenir complicações à saúde da gestante e da criança.

Segundo dados do SINASC informados pelo próprio hospital apenas 10% das gestantes atendidas pelo HGNI declaram ter feito menos de três consultas pré-natal. As demais afirmam ter realizado entre 4 e 7 consultas,. Entretanto, segundo relatam as profissionais entrevistadas no HGNI, na maioria dos casos, essas consultas de pré-natal não têm a qualidade mínima necessária para garantir que, no momento do

parto, as informações sobre a saúde materna e fetal estejam devidamente organizadas e registradas no cartão da mulher,.

As profissionais relataram que no hospital, mesmo com todas as dificuldades, cumprem-se todas as etapas previstas em lei para o atendimento obstétrico e neonatal, como vacinas, medicações, procedimentos e protocolos. Entre o grupo que compôs a comitiva para a visita, houve o entendimento que o comprometimento da equipe do hospital provavelmente é o que tem garantido que o número de mortes maternas e neonatais não aumente, apesar da precariedade das condições de trabalho e atendimento e da falta de investimentos na última década.

4. *Lei do Acompanhante*

A Lei do Acompanhante vigora na Maternidade do HGNI da seguinte maneira, conforme informado pelo corpo de profissionais da maternidade,: a paciente chega acompanhada – em geral da mãe – e informa o desejo de ficar acompanhada durante sua estada. As enfermeiras concordam, e levam a pessoa para verificar as condições para esta estadia: enfermarias coletivas com mofo e infiltração nas paredes, banheiros depredados e em péssimo estado, sem camas ou cadeiras para se acomodarem. Após esta visita, em geral essas pessoas decidem não permanecer. As enfermeiras explicam que em 2005, quando foi aprovada a Lei do Acompanhante e a determinação foi para que todas as unidades a pusessem em prática, não foi realizada a adequação do espaço físico destas unidades para que pudessem atender à determinação. Não foram compradas camas ou cadeiras para o/a acompanhante. O projeto Rede Cegonha, segundo membros da equipe, dará condições de implementar efetivamente o que já está preconizado em normas e regulamentos desde, pelo menos, 2005.

5. *Unidades de Terapia Intensiva (UTI)*

Constatou-se que não existe UTI exclusiva para a maternidade.

6. *Mortalidade Materna*

O HGNI tem mantido uma estabilidade no número de mortes maternas ao ano, nos últimos dez anos. São cerca de 12 ocorrências, ou uma por mês, em média. Falta estudo das causas das mortes e medidas para prevenir novas

ocorrências, uma vez que não há notificação do óbito materno pelo Hospital, com os dados relevantes, ao Comitê Estadual de Mortalidade Materna, para que este proceda a investigação da causa e das circunstâncias do óbito materno.

7. Atendimento pós-aborto e aborto legal

Os casos de curetagem por aborto flutuam na faixa de 4 por dia. Durante nossa visita encontramos pacientes que tinham passado pelo procedimento de curetagem instaladas em macas no hall da maternidade, sem informação sobre seu estado de saúde ou sobre quando seriam removidas do local. Uma paciente, bastante pálida e reclamando de dor, se encontrava carente de qualquer profissional de saúde para administrar medicamento contra dor.

O HGNI conta com o misoprostol para uso terapêutico, e realiza o atendimento a vítimas de violência sexual. Quando perguntadas se tinham conhecimento sobre as normas técnicas do Ministério da Saúde que tratam do atendimento humanizado ao abortamento e às vítimas de violência sexual, a equipe demonstrou não conhecer. As enfermeiras declararam que atendem casos de violência sexual, mas não há memória de algum caso de interrupção de gravidez indesejada fruto de violência sexual. Para esta informação, a equipe se remeteu à Dra. Elaine, que é a pessoa responsável pelo atendimento a vítimas de violência sexual (assistente social), e ao diretor da obstetrícia. O hospital é referência regional para o atendimento a vítimas de violência sexual, mas não para interrupção de gestações resultantes deste tipo de agravo.

Sobre as diretrizes para o atendimento a vítimas de violência sexual, encontramos os procedimentos afixados à parede de uma das salas de atendimento (fotos abaixo), juntamente com as orientações para o atendimento a parturientes HIV positivas e para a realização da testagem rápida para detecção do HIV.

A equipe que nos atendeu revelou estar ciente de que não é necessário ser unidade de referência para realizar o procedimento de interrupção da gravidez nos casos permitidos por lei, mas que o HCNI não dispõe de um profissional disposto a fazer este tipo de intervenção, pois “interromper a vida é crime”, como afirmou uma enfermeira; outra alegação foi de que a mulher pode mentir ao dizer que sofreu um estupro. O grupo transpareceu o desconhecimento a respeito da norma do Ministério

da Saúde, ao afirmar que, em qualquer caso, é necessária autorização judicial, e que nos casos de gravidez por estupro, é exigida também a apresentação do Boletim de Ocorrência e do exame de corpo de delito (IML). Foi declarado que as mulheres nesta situação são encaminhadas para a Polícia, para o registro da ocorrência (BO). O grupo também desconhecia qual a unidade de referência para este serviço no estado do Rio de Janeiro.

ROTIMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL

1 **ACOLHER**

2 **PROFILAXIA PARA HIV:**
 Esta indicada quando: EXPOSIÇÃO: sexo vaginal, sexo anal e sexo oral. EXPOSIÇÃO OCORRIDA < 72 horas
 Não está indicada quando: ABERSO CRÔNICO (Nesses casos encaminhar para acompanhamento em Unidade de Referência) EXPOSIÇÃO OCORRIDA > 72 horas

Medicamentos utilizados por 4 semanas:

AZT (Zidovudina) 240mg/ml dose de 12/12h - dose máx. 600mg/dia (1 comp. = 100mg e lat = 10mg) m2= peso (kg) x 8 ± 7 para (kg) = 90	3TC (Lamivudina) 4mg/kg (dose de 12/12h - dose máx. 150mg/12/12h) - adolescente < 50kg - 2mg/kg 12/12h (1 comp. = 150mg e lat = 10mg)	FTC (Tenofovir) 300mg/kg (dose de 12/12h)
---	---	---

3 **PROFILAXIA DA HEPATITE B**
 NÃO IMUNIZADOS OU COM ESQUEMA VACINAL INCOMPLETO (criança com menos de 3 doses de vacina anti-hepatite B - HB):
 Vacina HB (completar esquema posteriormente) + Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B*
 *Hospital Municipal Jesus (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE)
 Rua 8 de Dezembro 717 - Vila Isabel

IMUNIZADAS (criança com 3 doses de vacina HB):
 Não necessitam de profilaxia

4 **PROFILAXIA DE OUTRAS DST**
SÍFILIS: Penicilina benzatina IM dose única (até 10kg - 300 000UI > 10kg e < 25kg - 600 000UI e > 25kg - 1.200 000UI)
GONORRÉIA: Ceftriaxone - < 45kg - 125mg e > 45kg - 250mg IM dose única
CLAMÍDIA: Azitromicina - 20mg/kg VO dose única - dose máx: 1g

5 **CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA:**
 Indicada se a mulher ocorreu menarca, ou próximo a ela até 72h após a exposição:
 Levonorgestrel 0,75mg - 1 comp. no atendimento e 1 comp. 12 horas após a 1ª tomada.

6 **PREENCHER FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS TRATOS:**
 Encaminhar para o Conselho Tutelar da área de residência da criança.
 Encaminhar para a Secretaria Municipal de Saúde referente ao município onde a Unidade de Saúde está localizada.

7 **ENCAMINHAR A CRIANÇA COM O "CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO",** para a Unidade de Referência nos próximos dias, para coleta de exames e realização do acompanhamento necessário.

PREFEITURA SAUDE

VIOLENCIA SEXUAL

AO ATENDER, ACOLHA, APOIE E PRESCREVA

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA - ATE 72 HORAS
LEVONORGESTREL 1,5mg - Pozzato®, Postinor 2®, Norlevo® e Pilem®
 Posologia: 2 comprimidos via oral (VO) em dose única ou 1 comprimido VO de 12 em 12 horas, por 1 dia

OU

MÉTODO DE YUZZE: ESTROGÊNIO + PROGESTOGENIO
Evonor® - 2 comprimidos VO de 12 em 12 horas por 1 dia
Microv®, **Nordette®**, **Levordiol®** ou **Ciclo 21®** - 4 comprimidos VO de 12 em 12 horas por 1 dia
Mercilon® ou **Femina®** - 5 comprimidos VO de 12 em 12 horas por 1 dia

PROFILAXIAS APÓS EXPOSIÇÃO SEXUAL
HEPATITE B (não-imunizadas ou com esquema incompleto)
Vacina anti-hepatite B + Imunoglobulina humana anti-hepatite B (encaminhar para realização no Hospital Municipal Jesus - CRIE)

DSTs NÃO VIRAIS (adultos e adolescentes com mais de 45kg)
Penicilina Benzatina 2.400.000 UI intramuscular (IM) +
Azitromicina 1g VO + **Ciprofloxacina** 500mg VO +
Metronidazol 2g VO

HIV (até 72 horas)
AZT + 3TC 1 comprimido de 12/12 horas por 28 dias +
Ritonavir 3 cápsulas de 12/12 horas por 28 dias

OU

AZT + 3TC 1 comprimido de 12/12 horas por 28 dias +
Indinavir 2 cápsulas + **Ritonavir** 1 cápsula de 12/12 horas por 28 dias

AVALIE A PRESCRIÇÃO DE ANTIEMÉTICOS

PREFEITURA SAUDE **MINISTERIO DA SAUDE**

HIV e parto agindo corretamente

Administração de AZT
 Em situações de risco de transmissão do HIV, a AZT é administrada via oral 2 vezes ao dia, 1 hora após o início da atividade sexual (contato sexual).

Indicações para o uso de AZT
 - profilaxia de parto pré-concepcional;
 - todas as mulheres com 4 horas;
 - todas as mulheres com 4 horas;
 - todas as mulheres com 4 horas;
 - todas as mulheres com 4 horas;

Indicações para o uso de AZT
 - todas as mulheres com 4 horas;
 - todas as mulheres com 4 horas;
 - todas as mulheres com 4 horas;
 - todas as mulheres com 4 horas;

Preparação do AZT para infusão intravenosa
 com relação ao peso do paciente em 100ml de solução glicoseada 5%

40 kg	50 kg	60 kg
08. 36	10. 37	12. 37
04. 35	05. 35	06. 35
70 kg	80 kg	90 kg
14. 38	16. 39	18. 39
07. 36	08. 36	09. 36

Unidade utilizada para administração de AZT: 1 comprimido 300mg - ampola 200mg / 20ml

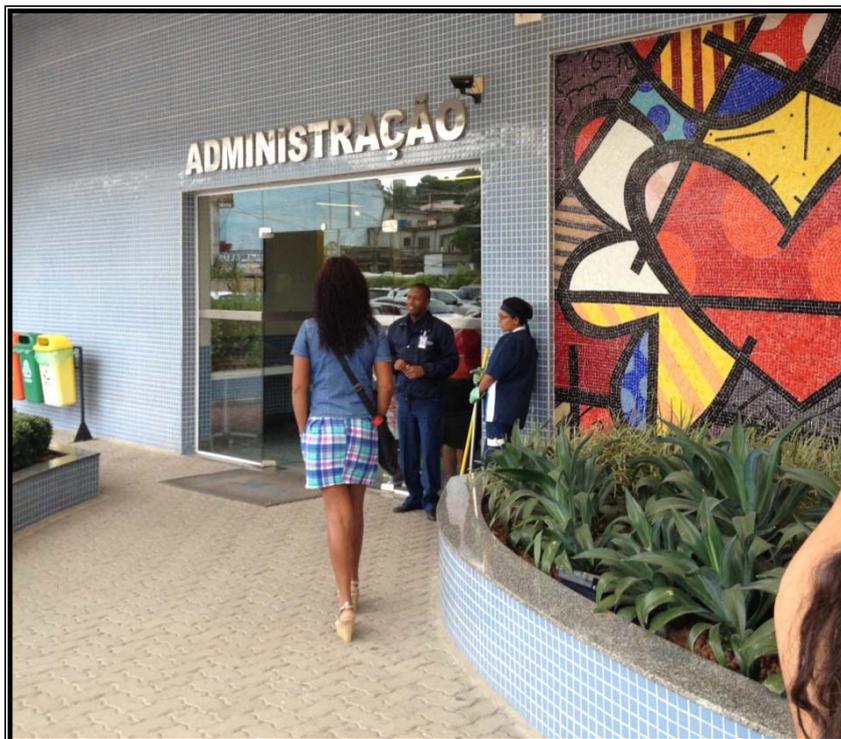
8. *Transferência para outra Unidade*

O HGNI conta com uma ambulância e também trabalha com regulação de ambulâncias pelo estado do Rio de Janeiro, além de manter contato, via regulação, com outras unidades na região da Baixada Fluminense e do estado do Rio de Janeiro.

9. *Puerpério e Planejamento familiar*

O Planejamento Familiar, segundo depoimento do Diretor da Maternidade Dr Adriano é feito no nível ambulatorial. No HGNI o atendimento ao puerpério se resume a “tirar os pontos”, e as mulheres são encaminhadas para seu município de residência, para fazer o planejamento familiar nos postos de saúde. Perguntado a respeito do Rede Cegonha, se contempla o planejamento familiar no pós-parto, a resposta foi positiva. Caso as mulheres manifestem vontade de fazer a laqueadura, 60 dias depois do parto ela poderá fazer. Ou colocar um DIU. Mas o HGNI ainda não está prestando esses serviços.

Quanto a realizar a laqueadura pós parto normal ou cesárea a resposta foi firme: não se faz este procedimento: a norma é rigorosa. A não ser em situações especiais de risco e contando com uma declaração médica..



Hospital da Mulher Heloneida Studart – São João de Meriti

O Hospital da Mulher foi inaugurado no ano de 2008 no sistema PPS (parceria público-privada) chamada Vita Saúde, em que a entidade administradora tem fins lucrativos e, portanto, uma carga tributária onerosa. A equipe é formada por pessoal contratado e celetista.

Em 4 de março de 2013, o hospital passou a ser administrado por uma OSS (Organização Social de Saúde), sem fins lucrativos, o que reduz consideravelmente os custos da administração da unidade de saúde. Neste sistema, o Estado repassa recursos financeiros à OSS para que invista na unidade de saúde que administra. Os/as servidoras são celetistas e não estatutários, como nas unidades do SUS. A OSS passa a ter a responsabilidade pelo atendimento e assistência e o Estado passa a ser um órgão pagador, por meio de um contrato de gestão. A OSS tem metas e diretrizes a cumprir, estabelecidas pelo Estado em contrato.

A OSS Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, sediada em Juiz de Fora ganhou, por licitação, a administração de diversas unidades no estado do Rio de Janeiro, dentre elas o Hospital da Mulher em São João de Meriti e o Hospital e Clínica da Mãe em Mesquita (objeto do próximo item).

O Hospital da Mulher atende a 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, e é referência em atendimento de casos de gestação de alto risco. Atende prioritariamente o município de São João de Meriti, responsável por 49% dos acolhimentos na unidade, seguido por Belford Roxo (18%), Duque de Caxias (10%) e Nova Iguaçu (7%). No atendimento ambulatorial São João de Meriti representa 43% das entradas, Belford Roxo 10%, Duque de Caxias 8% e Nova Iguaçu 7.6%. Há duas portas de entrada: o SPA (Serviço de Pronto Atendimento), para gestantes de alto risco; e o Ambulatório (que faz somente pré-natal de alto risco).

No atendimento de pré-natal de alto risco foi criado o CEAMA – Centro de Atendimento à Mulher Adolescente, com um serviço especializado e atendimento psicológico.

1. Portas de entrada, parto e abortamento

O ambulatório é destinado a gestantes de alto risco, e conta com profissionais para os serviços de cardiologia, endocrinologia, nutrição, clínica médica, mastologia, odontologia e planejamento familiar, buscando atender a mulher na integralidade – tanto no pré-natal de alto risco quanto no caso das pacientes de parto regulado pelo Estado. O atendimento ambulatorial é regulado pela Secretaria de Estado de Saúde: as mulheres chegam com uma guia específica de atendimento e este deve seguir normas e diretrizes determinadas.

No SPA, a média de internações /mês é de 450 a 500 na unidade, dado que inclui parto e abortamento. Porque pacientes com gestação de baixo risco que chegam à unidade são acolhidas e encaminhadas para o Hospital da Mãe de Mesquita ou para o Hospital Estadual Melquíades Calazans, em Nilópolis. Entretanto, são realizados partos de baixo risco na unidade, quando a gestante chega em processo de expulsão, com dilatação e contrações indicativas de parto próximo, ou em processo expulsivo em casos de abortamento, espontâneo ou provocado. Devido à boa estrutura que o Hospital da Mulher oferece, com qualidade típica de “hospital privado”, muitas gestantes de baixo-risco protelam deliberadamente o momento de chegar à unidade, para fazer isto quando o trabalho de parto já está avançado. Fazem isto devido à carência de outras unidades próximas e com o mesmo nível de qualidade. Isto tem gerado superlotação na unidade, com sobrecarga para as equipes profissionais e em detrimento do

atendimento humanizado. Segundo a equipe que conversou conosco, a carência na região é muito grande, e leva a esta situação.

A porcentagem neste atendimento, na unidade, estava na faixa de 61% de alto risco e 39% de baixo risco.

Em 2011 a disponibilidade de leitos para partos de baixo risco, no município de São João do Meriti, limitava-se ao Hospital do Morrinho – Associação de Caridade Hospital de Meriti – conveniado ao SUS e que estava em situação declaradamente precária, tendo reduzido de 600 para 300 os partos mensais por falta de recursos, segundo entrevista do vice-diretor do hospital, Dr. Álvaro Viana.

Foi relatado que a unidade realiza diariamente curetagens pós abortamento, e que recebe também “muitos casos” de mulheres com perfuração do útero. Estes casos mais graves geralmente são oriundos de municípios distantes, o que é atribuído ao fato das mulheres terem dificuldade de acesso ao citotec (método que oferece menos risco).

Foi relatado 1 caso de aborto por anencefalia, que foi realizado segundo o protocolo. Quanto a aborto por estupro não foi relatado nenhum caso, embora reconhecendo-se o índice alto de estupros na região. Foi dito também que não há qualquer resistência da equipe em realizar essas intervenções.

2. Cesarianas e Planejamento Familiar

No último trimestre (agosto a outubro) a porcentagem de cesáreas no Hospital da Mulher foi de 47%. Segundo a equipe entrevistada, este índice teria que ser reduzido para 42%, segundo o Ministério da Saúde.

As cesáreas são indicadas nos casos de iteratividade, ou seja, quando a mulher já realizou outras cesáreas e seu próximo parto não pode ser normal. Há também agendamento de cesáreas para ligadura de trompas, quando as mulheres são encaminhadas pelo serviço de Planejamento Familiar e dentro das normas vigentes (mulheres que desejam fazer a ligadura de trompas, com mais de 25 anos, com três filhos ou mais).

A média de permanência das puérperas estava em 4 a 5 dias. Nesse período, o serviço multidisciplinar orienta sobre Planejamento Familiar, mas o tempo é curto

para uma orientação mais completa. Consultas multidisciplinares oferecidas às mulheres que fazem o pré-natal na unidade também abordam o tema do Planejamento Familiar, mas não há um serviço específico na unidade, para este atendimento.

3. Sífilis e abordagem com os parceiros

A equipe do Hospital da Mulher relatou um alto número de casos de sífilis entre as pacientes atendidas pela unidade. De acordo com o chefe da enfermaria, cerca de 30% a 40% das parturientes internadas sem ter tido acompanhamento de pré-natal e sem o diagnóstico, são detectadas com sífilis e acabam precisando ficar internadas, junto com os bebês, ocupando uma parcela importante dos leitos por mais tempo.

No caso da doença ser detectada no atendimento ambulatorial de pré-natal, o modelo vigente não permite o tratamento dos homens. A unidade não conta com papel de filtro para fazer a testagem e o tratamento do casal. Trata-se de uma unidade aberta exclusivamente ao público feminino, não havendo campo no sistema para a matrícula dos parceiros . Estes são chamados para as palestras do pré-natal, e depois encaminhados para as unidades de saúde da família ou de planejamento familiar mais próximas de seu bairro.

4. Infraestrutura

A estrutura física do Hospital da Mulher recebe elogios por parte das pacientes. Durante nossa visita, todas as parturientes e puérperas com quem conversamos relataram ter recebido boa atenção, medicamentos e tratamentos adequados. Observamos que as macas estavam em estado de novas e eram automatizadas. As enfermarias contavam com divisórias móveis para preservar a intimidade das usuárias.



Há salas de pré-parto e nestas são oferecidas terapias alternativas para alívio da dor, como massagem com chuveiro quente, terapia com bolas para ajudar na dilatação, shiatsu e outras. A decoração e todo o projeto visual da unidade torna o ambiente aconchegante e dá a sensação de acolhimento e segurança. As salas de UTI neonatal e pós-parto contam com todos os equipamentos em funcionamento, e as equipes estavam completas no dia em que fizemos a visita.

A unidade conta com banco de leite, que armazena leite materno das puérperas e mães de bebês que estão internados em observação. Este estoque se destina aos bebês internados, de modo geral, e aos próprios filhos das puérperas que permanecem internados na unidade. Um grupo de jovens mães aguardava o chefe da enfermagem quando a comitiva chegou à sala do banco de leite durante a visita. Elas reclamavam do atendimento, em especial da insuficiência de assentos no sofá do corredor de espera, para acomodar o número de mães que todos os dias aguardam a ordenha. . Reclamaram também de que, há dias, não havia atendimento continuado, pois devido à transição de PPP para OSS, as técnicas de enfermagem que faziam o atendimento do banco de leite haviam pedido demissão, pois o salário oferecido pela OSS é bem inferior ao salário pago pela PPP – e o quadro ainda não havia sido recomposto.

A unidade tem um setor de exames, e realizava na época cerca de 2.654 mamografias por mês (atendendo 92 municípios do estado) e 30 mil exames laboratoriais. É também uma unidade de referência para histeroscopias.

5. Casa da Mãe

O Hospital da Mulher Heloneida Studart conta com uma Casa da Mãe, onde a puérpera fica hospedada, no caso de seu bebê precisar ficar internado para acompanhamento, observação ou recuperação – bebês prematuros ou que precisem de UTI neonatal. Tivemos a oportunidade de conversar com a mãe de uma puérpera adolescente (menor de 18 anos), que relatou algumas falhas, como excesso de sal na alimentação da puérpera e grosserias por parte da equipe de enfermagem; retenção de informação sobre a evolução do bebê, tipo de medicação que está sendo administrada, se ganhou ou perdeu peso, etc. Em relação às instalações, não houve reclamações. São cerca de 15 camas em quartos coletivos, com armários individuais com chave, uma sala de uso comum com sofás e poltronas, televisão de plasma, uma copa e uma cozinha, também de uso coletivo. No entanto, a alimentação é fornecida pelo hospital, para evitar intoxicações ou contaminação. Ainda por este motivo, as hóspedes não são autorizadas a se ausentarem das instalações do hospital por nenhuma razão, e tudo o que elas precisam de fora do estabelecimento deve ser trazido por parentes ou amigos/as, nos horários de visita.



Hospital da Mãe em Mesquita

O Hospital da Mãe é uma OS, administrada pela mesma instituição que administra o Hospital da Mulher Heloneida Studart (Santa Teresinha). Foi inaugurada em junho de 2012. Atende gestantes de baixo risco e dispõe de 70 leitos. Não dispõe de UTI obstétrica, mas apenas de UTI neonatal. Em situações de risco as pacientes permanecem no Centro Cirúrgico. A unidade conta com banco de sangue próprio e, quando necessário, faz transfusão. De modo geral os casos que apresentam risco são transferidos para o Calazans ou para o Hospital da Mulher. O Hospital da Mãe possui ambulância própria e o anestesista acompanha a paciente no transporte.

Em princípio a unidade está preparada para atender as mulheres do bairro, mas recebem mulheres de toda a região, atraídas pela qualidade do atendimento.

O Hospital da Mãe faz acompanhamento de pré-natal de baixo-risco, mas oferece tratamento para as gestantes hipertensas. Ocorre também que muitas mulheres com gravidez de alto risco chegam à maternidade no momento do parto, e acabam sendo atendidas. Isto ocorre em razão de que os Postos de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento da região não sabem orientar adequadamente para onde as mulheres devem se dirigir, a partir da classificação de risco. Assim, pacientes diabéticas são enviadas ao Hospital da Mãe (que é de baixo risco). Embora sem estar preparado para tanto, o hospital acaba atendendo por ser grande a população de alto risco na região. Às vezes ocorrem dificuldades para conseguir a transferência, pela superlotação geral. Pelas manhãs é mais fácil conseguir

transferências do que no final do dia. Ocorre das maternidades fazerem trocas: pacientes de baixo risco são trocadas pelas de alto risco.

Poucas pacientes, quando transferidas para a unidade, chegam das outras unidades portando sua guia de atendimento.

Não havia registro de morte materna até aquele momento.

A equipe por plantão é composta de 5 obstetras, 3 anestesiastas, 3 pediatras plantonistas, a maioria celetistas.

A porcentagem de partos cesáreos estava em 30%, às vezes um pouco mais em razão da interatividade (mulheres com cesáreas prévias) e dos casos que chegam com cesarianas já agendadas..

O hospital realiza cerca de 2 curetagens por dia para casos de abortamento incompleto. Fazem uso do misoprostol para induzir o parto, mas não souberam informar se este medicamento é usado nas mulheres que chegam em processo de abortamento. Não fazem uso da AMIU (e a equipe acredita que poucas unidades de saúde do Rio de Janeiro o façam). A equipe menciona que conhece e segue as Normas Técnicas. Declarou que nos casos de mulheres vítimas de violência sexual é seguido o protocolo, e as mulheres são encaminhadas. A equipe revelou desconhecimento sobre o hospital de referência para o aborto legal, admitindo que o Hospital de Bonsucesso faz, mas apenas nos casos de risco de morte da gestante.

Muitas mulheres que chegam à maternidade não fizeram o pré-natal lá. Existe um alto índice de sífilis congênita na população atendida. São pelo menos 8 crianças recebendo tratamento com antibiótico por semana, mas a unidade não consegue fazer o seguimento depois que os bebês deixam a maternidade.

Lei de acompanhante

Nas salas de pré-parto e parto (PPP) admitem acompanhante.

Planejamento Familiar

No contexto do atendimento ambulatorial de pré-natal, que é feito de acordo com as normas atuais (inclusive teste rápido de HIV), as mulheres são encaminhadas para o planejamento reprodutivo. Os métodos mencionados como os

usados na orientação sobre planejamento reprodutivo foram o DIU e a pílula. A unidade realiza laqueadura tubária numa cesárea desde que haja indicação para tal. A equipe afirma que segue as normas, e que encaminha os outros casos de laqueadura (fora da cesárea) para outras unidades.

O hospital vinha recebendo visitas semanais de uma supervisora do Rede Cegonha, enviada pela Secretaria do Estado de Saúde.

5. Encaminhamentos

Em consequência da situação verificada no Hospital Geral de Nova Iguaçu e na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em Belford Roxo, em 23 de julho de 2013, a Relatoria encaminhou um ofício ao Dr. Aurélio Rios, Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, solicitando que fossem adotadas medidas urgentes para proteção do direito à vida e do direito à saúde das gestantes nos dois serviços mencionados, os quais não possuíam as mínimas condições de prestar assistência de qualidade às mulheres em situações de emergência obstétrica.

O pedido da Relatoria foi encaminhado ao Procurador Regional dos Direitos do Cidadão do Rio de Janeiro (Ofício nº 833/2013/PFDC/MPF), que o distribuiu ao procurador com atribuição territorial, em São João do Meriti. Este instaurou inquérito civil público (nº 1.30.017.000601/2013-71) em 29 de julho de 2013 para apurar “a deficiência na qualidade e disponibilidade dos serviços de atenção obstétricas e neonatal nos Municípios de São João do Meriti, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Queimados, Japeri, Belford Roxo, Nilópolis e Mesquita, bem como o cumprimento das recomendações do Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) da ONU em relação ao caso Alyne Pimental v. Brasil, vinculado à PFDC.”

No âmbito deste inquérito foram expedidos ofícios requerendo informação à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, ao Diretor da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória; ao Diretor do Hospital Geral de Nova Iguaçu, à Secretaria Estadual de Vigilância Sanitária solicitando vistoria nas unidades visitadas pela Relatoria; à Secretaria Executiva do Ministério de Relações Exteriores e à Secretaria Executiva da Secretaria de Política para Mulheres da Presidência da República requisitando o plano de trabalho para a implementação das recomendações do Comitê CEDAW .

Em 21 de agosto de 2013, o Ministério de Relações Exteriores respondeu ao ofício informando que foi composto um Grupo de Trabalho Interministerial a partir da Portaria Interministerial nº 2 de 18 de março de 2013, que ficou responsável pela elaboração do plano de trabalho para cumprimento das recomendações do Comitê

CEDAW, mas que o documento ainda não havia sido finalizado e que, tão logo o fosse, seria encaminhado ao MPF.

Em 14 de agosto de 2013, o diretor da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, informou que a unidade atua em procedimentos de baixa complexidade e que não está autorizada a prestar assistência obstétrica de emergência, o que não a obriga a contar com uma Unidade de Terapia Intensiva, sistema de transporte ou banco de sangue. Afirmou que o alto número de jovens mães submetidas a partos cesáreos e cirurgias de esterilização ocorre em função da “má qualidade na saúde da gestante, e conseqüentemente o estado de saúde do RN [recém nascido], o que eleva em caso de parto normal, o número de óbitos exorbitante, aliado ao fato que tais patologias só são verificáveis no ato do parto”. Assim mesmo, alegou que a ausência de reajuste nos valores pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de financiamento devido e necessário impede que seja oferecida uma assistência integral à saúde, com dignidade e qualidade.

Em 14 de agosto de 2013, o diretor do Hospital Geral de Nova Iguaçu respondeu ao ofício informando que o Prefeito de Nova Iguaçu havia formalmente decretado o estado de calamidade pública do sistema de saúde do Município, uma vez que a situação verificada na maternidade também era verificável em outros serviços. Informou que estão iniciando um processo de reestruturação e que aguardam processo de licitação para contratação de empresa de reforma e manutenção predial. Informou que possuem dez vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as quais são frequentemente ocupadas por residentes de outros municípios da Baixada que não possuem unidades de saúde municipais.

Em 20 de agosto de 2013, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República respondeu ao ofício informando que o plano de trabalho do Grupo de Trabalho Interministerial segue as recomendações do Comitê CEDAW no caso Alyne Pimentel. Neste sentido, respondeu a cada um dos itens do caso indicando, por exemplo, que o pagamento da indenização financeira está dependendo de respostas dos municípios de Belford Roxo e Nova Iguaçu; e que o Ministério da Saúde está trabalhando para a redução da mortalidade materna a partir de programas como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e a implantação do Rede Cegonha, entre outros.

Em 20 de agosto de 2013, a Secretaria de Vigilância em Saúde encaminhou os relatórios de inspeção sanitária da Maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), de 24 de abril de 2009 e 10 de maio de 2011, e da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, de 21 de outubro de 2011 e 10 de maio de 2013. Destaca-se que a última foi considerada inadequada na maioria dos itens analisados. Assim mesmo, as adequações solicitadas para a Maternidade do HGNI, que deveriam ser providenciadas no prazo máximo de 30 dias – entre elas o reparo nas infiltrações; adequação do centro cirúrgico e reparação nos condicionadores de ar – não tinham sido realizadas até a data da missão da Relatoria, que ocorreu quase dois anos após a inspeção.

Quanto à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, considerando que o relatório de inspeção sanitária concluiu pela precariedade das condições de higiene e segurança, a Relatoria considera que a unidade de saúde não poderia estar atendendo mulheres que necessitam de cuidados de saúde durante a gravidez, parto e puerpério.

Em 21 de outubro de 2013, a Relatoria teve reunião⁶¹ com o Procurador da República de São João do Meriti, Rodrigo da Costa Lines, quem repassou informações sobre o trâmite do inquérito civil público –transcritas acima-, informando que dos órgãos oficiados, o único que não respondeu às solicitações de informação foi a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. De acordo, com o Procurador da República, uma das principais questões levantadas pelo Ministério Público Federal é a necessidade de fazer um levantamento da organização da rede de serviços para identificar onde estão os problemas para o atendimento das necessidades das mulheres grávidas da Baixada Fluminense. Infelizmente com a ausência de resposta por parte da Secretaria Estadual de Saúde permanece o desconhecimento e, em consequência, fica impossibilitada a busca de soluções efetivas para lidar com o problema crônico de referência e contrarreferência que começa com o acesso precário ao pré-natal; culmina com a falta de acesso a serviços de urgência obstétrica de qualidade para prevenir a morte materna por

⁶¹ Acompanhou a reunião da Relatoria a Sra. Angela Freitas, representando a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB/ Regional Rio).

causas evitáveis nas unidades de saúde; e passa também pela inoperância dos serviços de Planejamento Reprodutivo.

Em 14 de novembro de 2011, foi realizada uma Audiência Pública pela Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal sobre o cumprimento das recomendações do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) ao Brasil no caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira.

Mônica Arango, do Centro para os Direitos Reprodutivos, que representou a família de Alyne perante o Comitê CEDAW, destacou que apesar do Estado brasileiro ter demonstrado boa vontade ao implementar a estratégia Rede Cegonha enquanto política de redução da mortalidade materna evitável, ainda há pelo menos três desafios fundamentais para o cumprimento das recomendações: o efetivo pagamento da indenização financeira à família de Alyne; o monitoramento eficaz do cumprimento das recomendações por parte do Grupo Interministerial criado para este fim; e a apresentação de um plano de trabalho para implementação das recomendações.

A Relatora de Saúde Sexual e Reprodutiva, Beatriz Galli, lamentou a ausência da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), que coordena o Grupo Interministerial de monitoramento. A Relatora apresentou as violações constatadas na missão realizada em março de 2013 à Baixada Fluminense, cujo objetivo foi verificar qual a situação do atendimento à mulher nos municípios e nas unidades de saúde por onde Alyne havia passado antes de ir a óbito.

Beatriz Galli destacou que existe um impacto desproporcional da morte materna para as mulheres negras no Estado do Rio de Janeiro, que comprova a existência do racismo institucional e certa tolerância em relação a essa discriminação na assistência obstétrica. Na missão verificou-se uma disparidade enorme entre os hospitais do SUS e aqueles de parceria público-privada. Nos hospitais do SUS constatou-se a falta de condições para um bom atendimento à gestante, desde a estrutura física, caracterizada por infiltrações e mofo, passando pelo descumprimento da Lei do Acompanhante, pela alta incidência de cesarianas entre jovens e ausência de um sistema eficaz de transferência de doentes e transfusão de sangue. “Hoje, onze anos depois, a gente vê que a situação continua

exatamente a mesma", afirmou Beatriz, ao comparar a realidade presenciada por ocasião da missão, com os fatos denunciados ao Comitê CEDAW.

Rodrigo da Costa Lines, Procurador da República de São João do Meriti informou a instauração de inquérito civil público a partir das denúncias da Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, no qual serão abordados oito cidades da baixada Fluminense, com foco na organização da rede de assistência obstétrica e neonatal, mais especificamente na implantação da estratégia Rede Cegonha. Mas informou que também já havia uma apuração anterior, relativa a uma auditoria do Denasus, sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento no Município de Belford Roxo, onde se situa a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, local do primeiro atendimento de Alyne.

A representante do Ministério da Saúde, Sônia Lievori Pereira, informou que a maternidade Mariana Bulhões será reinaugurada no dia 20 de dezembro deste ano, o que implicará na desativação da maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu, alvo de denúncias da Relatoria, para que o município conte com um serviço exclusivamente destinado à atenção materno-infantil.

A senadora Ana Rita Esgario, presidente da Comissão de Direitos Humanos do Senado, destacou o trabalho da Relatoria ao afirmar que "dar visibilidade a essas situações é de fundamental importância para que possamos cobrar, das autoridades públicas locais, estaduais, do Governo Federal, as providências que precisamos adotar." Assim mesmo solicitou que na próxima audiência pública haja a presença dos representantes do Governo, em especial do Ministério da Saúde, e que este apresente relatório sobre a efetiva implementação do parto humanizado nos Estados e Municípios brasileiros. Também solicitou ao juiz competente que dê preferência ao julgamento do caso Alyne.

O Senador Eduardo Suplicy fez um requerimento de que as notas taquigráficas desta audiência sejam encaminhadas aos Ministérios da Justiça e da Saúde, às Secretarias de Direitos Humanos, de Políticas para as Mulheres e à Ministra da Secretaria dos Direitos da Igualdade Racial, ao Governador do Estado do Rio de Janeiro, ao Secretário de Saúde do Estado de Rio de Janeiro, aos Prefeitos de Belford Roxo e de Nova Iguaçu e respectivos Secretários Municipais da Saúde no sentido de que sejam tomadas as providências para que logo possa haver

a indenização devida à família de Aline da Silva Pimentel e para que a rede hospitalar da Baixada Fluminense, em especial os hospitais mencionados, sejam objeto de transformações que venham a garantir o atendimento adequado a todas as mães gestantes que precisarem ser atendidas.

Em 1º de dezembro de 2013, foi reinaugurada a Nova Maternidade Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu no estado do Rio de Janeiro, onde foi colocada uma placa em homenagem à Alyne da Silva Pimentel na UTI Neonatal, que passou a receber seu nome. A Relatoria do Direito Humano à Saúde sexual e Reprodutiva da Plataforma Dhesca Brasil lançou uma nota sobre esta medida, destacando que ainda que valorize todos os atos de cumprimento de recomendações de órgãos internacionais de monitoramento de direitos humanos, estas medidas devem sempre ser adotadas em diálogo e com o consentimento da vítima e/ou seus familiares, em especial as medidas de reparação simbólica, as quais também deverão ser acompanhadas de outras medidas de reparação, para que não sejam vazias e percam o sentido e si mesmas.

Em 25 de março de 2014, a Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil –participou da cerimônia de pagamento da indenização determinada como medida reparatória pelo Comitê CEDAW em benefício da mãe de Alyne Pimentel. Este pagamento foi efetivado pelo Governo Federal com base em um acordo realizado entre as partes, durante a reunião do Comitê no mês de fevereiro de 2014.

O Comitê CEDAW determinou diversas medidas de reparação pela violação dos direitos humanos de Alyne e seus familiares, entre elas, a compensação financeira para a mãe e a filha da Alyne e a adoção de políticas públicas para garantir o direito à saúde reprodutiva das mulheres, tais como: a) assegurar às mulheres o direito à maternidade segura e fácil acesso aos cuidados obstétricos; b) fornecer capacitação e treinamento profissional adequado aos trabalhadores de saúde, especialmente sobre os direitos à saúde das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como cuidado obstétrico emergencial; c) assegurar acesso legal a recursos efetivos nos casos em que haja violação dos direitos à saúde reprodutiva das mulheres e oferecer capacitação aos operadores do Direito; d) assegurar que os serviços de saúde cumpram os padrões

nacionais e internacionais de atenção à saúde reprodutiva; e) assegurar sanções apropriadas aos profissionais de saúde que violem os direitos à saúde reprodutiva das mulheres; e f) reduzir a mortalidade materna prevenível através da implementação do Pacto Nacional de Mortalidade Materna nos estados e municípios.

Ou seja, passados mais de 10 anos da morte de Alyne o Estado brasileiro cumpriu apenas parcialmente as recomendações do Comitê CEDAW. Após o pagamento da indenização para a mãe e a filha de Alyne, o Estado deve tomar medidas para não-repetição de casos similares nos serviços públicos de saúde o que implicará em criar mecanismos de monitoramento e responsabilização eficazes para a garantia dos direitos humanos relacionados a maternidade segura, com efetiva participação de representantes das entidades da sociedade civil que trabalham na área dos direitos sexuais e reprodutivos. . . A inauguração da placa em homenagem à Alyne e o pagamento da indenização para sua mãe foram um importante passo, mas de nada servirão para prevenir novos casos como o de Alyne se não vierem acompanhadas de medidas concretas através da implementação de políticas públicas universais de saúde integral para as mulheres baseada em evidências científicas e nos princípios de direitos humanos que garantam de fato o acesso a assistência obstétrica de qualidade no país.

6. Conclusões

A precariedade da infraestrutura, a ausência de equipamentos preconizados como essenciais pelo Comitê CEDAW, para prestar uma assistência obstétrica de emergência de qualidade, colocam em risco as gestantes que buscam assistência durante a gravidez, parto, puerpério e em situação de abortamento na Baixada Fluminense.

Na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória foi verificado um alto índice de jovens mulheres que, em sua maioria, foram submetidas a partos cesáreos concomitantemente à cirurgia de laqueadura tubária. Tal situação está na contramão das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e podem caracterizar o descumprimento da Lei de Planejamento Familiar, que orienta que a cirurgia não deve ser realizada conjuntamente com o parto.

Assim mesmo, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória não conta com banco de sangue próprio na unidade, e nem com uma Unidade de Terapia Intensiva que funcione adequadamente. A unidade de saúde também não conta com um sistema de transporte eficiente que garanta a remoção imediata para uma unidade com mais recursos em tempo hábil e não possui ambulância própria. Esses recursos são fundamentais para salvar vidas em casos de complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério. A falta de acesso a tais equipamentos para uma situação de emergência obstétrica foi um dos fatores que contribuíram para a piora e agravamento do estado de saúde de Alyne da Silva Pimentel. Infelizmente, constatamos que 10 anos depois a situação permanece exatamente a mesma.

Os profissionais que foram entrevistados durante a missão informaram que ainda têm dificuldades de realizar a transferência de pacientes para outras unidades, que dependem do SAMU estadual (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), o qual nem sempre funciona de forma ágil e oportuna. Por outro lado, constatou-se que há carência de profissionais para atender a todas as gestantes de forma satisfatória.

A maternidade do Hospital Geral de Nova Iguaçu, não conta com número suficiente de profissionais de saúde. Ela funciona em situação precária, beirando

uma situação de calamidade pública. As paredes das enfermarias e salas de parto estavam cobertas de mofo e infiltrações, as portas destruídas, os corredores com o piso corroído, nas enfermarias faltavam banheiros que funcionassem adequadamente e em condições de higiene, conforme demonstrado acima.

Durante a missão a Relatoria encontrou gestantes em situação degradante, sofrendo dores, desassistidas, esperando por horas sem informação sobre seu estado de saúde, deitadas em macas enferrujadas e em péssimo estado de limpeza. Considerando que o Hospital Geral de Nova Iguaçu é referência para as gestantes de alto risco naquela região, é extremamente preocupante que o hospital siga funcionando em condições tão precárias. A Relatoria foi informada que no dia 1º de dezembro de 2013 foi inaugurada a Nova Maternidade Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro, onde foi colocada uma placa em homenagem a Alyne da Silva Pimentel na UTI Neonatal, que passou a receber seu nome.

Conforme pudemos verificar na nossa visita, existe um índice alto de cesarianas seguidas de cirurgias de laqueadura tubária na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, revelando um padrão de violação de direitos humanos reprodutivos das mulheres que merece ser investigado. As mulheres deveriam ter acesso à assistência humanizada para poder ter acesso a partos normais, sendo a cesárea um procedimento de exceção, e não a regra. Igualmente, a Lei de Planejamento Familiar estabelece que a laqueadura não deve ser realizada imediatamente após o parto.

Os resultados da pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e organizações de direitos sexuais e reprodutivos, apontam para algumas das principais barreiras para a implementação de leis, políticas, programas e estratégias para a saúde materna e neonatal no Brasil (OMS, 2008). Entre as principais barreiras que dificultam a redução dos índices de morbimortalidade materna estão: a descontinuidade das ações de vigilância e do monitoramento dos eventos e agravos; o baixo grau de implementação de comitês de mortalidade materna; o baixo grau de interiorização das políticas de saúde voltadas especificamente para este problema e o desconhecimento dos gestores locais sobre as políticas de saúde que visam a redução da mortalidade materna.

Existem, ainda, outras barreiras associadas, tais como: a fragilidade dos mecanismos de monitoramento da implementação das políticas; o desequilíbrio entre os esforços do Governo Federal em implementar as ações; a ausência de interesse e vontade política em alguns estados e municípios para se alcançar as populações mais vulneráveis a estes agravos; a não incorporação do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal à agenda de compromissos dos governos locais; a pouca disseminação e conhecimento das normas técnicas produzidas pelo nível central de gestão e a insuficiência de insumos, equipamentos e medicamentos.

Ainda segundo os resultados da pesquisa, a prática vem demonstrando que a heterogeneidade no processo de descentralização do SUS contribui para a iniquidade no acesso à saúde pela população, pois não são consideradas as peculiaridades locais em razão da sua maior ou menor capacidade gerencial e política. Soma-se a isso a falta de vontade política dos governantes; a ausência, insuficiência, ou falta de capacidade de pressão da sociedade civil, através dos órgãos de participação e controle social; a organização mais ou menos corporativa dos profissionais de saúde e o grau de clientelismo nos costumes políticos locais.⁶²

O cenário dramático encontrado nas duas unidades de saúde visitadas apontam para a necessidade urgente de implementação das políticas de saúde em consonância com os padrões de direitos humanos para prevenir mortes maternas evitáveis elencados na decisão do Comitê CEDAW.

⁶² Gruskin S. Cottingham J. Hilber A., Kismodi E. Lincetto O. & Roseman M.J. *Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and proposed practical approach*, Bulletin of World Health Organization, Agosto 2008, 86 (8). Utilizando os Direitos Humanos para a Saúde Materna e Neonatal: Um Instrumento para o Fortalecimento de Leis, Políticas e Normas de Atenção à Saúde, Testagem para Validação de Instrumento de Pesquisa no Brasil Relatório pesquisa OMS e MS, 2008 (não publicado).

7. Recomendações

A. Presidência da República

- Conferir prioridade à garantia dos direitos humanos relacionados a saúde sexual e reprodutiva, a partir de políticas públicas e alocação de recursos suficientes.
- Identificar os grupos de maior vulnerabilidade para que constituam prioridade nas políticas públicas de saúde, assistência e educação.
- Dar efetividade e publicidade aos programas de redução da mortalidade materna, estabelecendo mecanismos de avaliação com participação das entidades da sociedade civil, fixando os prazos para o cumprimento das metas estabelecidas nos compromissos políticos firmados nas conferências internacionais.

B. Comitê Interministerial

- Inclusão do Ministério Público Federal, das organizações da sociedade civil e das agências da ONU (UNFPA e ONU Mulheres) no processo de implementação das recomendações do Comitê CEDAW.
- O pagamento da reparação pecuniária determinada pelo Comitê CEDAW em benefício da filha de Alyne pelos danos sofridos.

C. Ministério da Saúde

- Intensificar o estímulo à implantação de Comitês de Morte Materna em todos os estados e municípios.
- Retomar as concepções da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), resgatando a visão integral das necessidades femininas.
- Priorizar o planejamento reprodutivo como instrumento indispensável para a efetivação do direito à saúde sexual e reprodutiva. Para tanto deverá:

- Capacitar profissionais de saúde nas unidades para conferir a atenção necessária para todas as usuárias do SUS no sentido de informá-las a respeito dos métodos disponíveis;
 - Definir estratégias para atender às necessidades de acesso à anticoncepção e demais serviços de planejamento reprodutivo, considerando os determinantes socioeconômicos, geográfico e territoriais, de racismo e violência institucional que impedem o acesso de todas e cada uma das pessoas a estes meios e serviços;
 - Incluir na rotina mais uma consulta de puerpério para avaliar o pós-parto, determinar o risco reprodutivo e aconselhar o método anticoncepcional adequado.
- Enfatizar a capacitação de profissionais de saúde e dos membros dos Conselhos de Saúde. Para tanto deverá:
 - Intensificar a parceria com sociedades profissionais, como a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – para apoiar a formação e capacitação de profissionais no país;
 - Apoiar a formação e capacitação de enfermeiros obstétricos e ampliar sua atuação no SUS.
 - Exigir dos profissionais o cumprimento das rotinas de preenchimento de prontuários e de documentos como cartão da gestante e atestados de óbito, com penalização àqueles que não o fizerem ou o fizerem de forma inadequada.
 - Encaminhar de relatórios sistemáticos sobre o processo de implantação da Rede Cegonha na Baixada Fluminense.

D. Ministério Público Federal

Dar seguimento ao inquérito civil público número e encaminhar informações atualizadas e periódicas sobre o andamento do processo;

E. Ministério da Educação

Estimular a ênfase em temas de saúde reprodutiva direitos sexuais e direitos reprodutivos como conteúdos transversais do ensino.

F. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

- Fechamento imediato da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória após apuração das denúncias relatadas neste relatório e encaminhadas ao Ministério Público Federal.
- Capacitar toda a equipe de saúde na humanização do atendimento;
- Criar mecanismos de recebimento de denúncias sobre o atendimento que sejam vinculados ao Conselho Estadual de Saúde, Comitê de Estudo e Mortalidade Materna ou à Secretaria;
- Estimular a capacitação e formação de profissionais enfermeiros obstétricos para o acompanhamento da gestação, aborto, parto e pós-parto;
- Garantir o transporte rápido e oportuno das gestantes às unidades de pré-natal e maternidades.
- Fiscalizar o atendimento prestado pelo setor privado, conveniado e planos de saúde.
- Fortalecer a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente na elaboração dos planos de saúde e no acompanhamento da aplicação dos recursos.
- Garantir o atendimento às gestantes de risco em unidades de maior complexidade, que disponham de unidades de terapia intensiva e contem com banco de sangue
- Identificar as áreas de maior vulnerabilidade e nelas incrementar o trabalho de agentes de saúde para a prevenção e acesso à informação em saúde sexual e reprodutiva
- Identificar precocemente através do Programa de Saúde da Família as mulheres com gravidez de risco para o devido encaminhamento para o pré-natal.

- Promover informação e garantir acesso a ampla gama de meios contraceptivos para o planejamento reprodutivo;
- Promover orientação ao público-alvo sobre os locais aonde se localizam os serviços de pré-natal
- Reforçar o trabalho dos Comitês de Mortalidade Materna, divulgar o seu relatório anual entre os profissionais de saúde, realizar atividades de capacitação para a melhoria da qualidade da assistência com base nos princípios de direitos humanos.