

Temas em Saúde Coletiva

11

# NASCER COM EQUIDADE



Instituto de Saúde  
2010  
São Paulo

# Temas em Saúde Coletiva 11

## Nascer com equidade

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-18-0 Nascer com Equidade

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Elaborado por: Ana Maria da Silva

Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero / organizado por Suzana Kalckmann, Luís Eduardo Batista, Cláudia Medeiros de Castro, Tânia Di Giacomo do Lago e Sandra Regina de Souza. – São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

376 p. (Série Temas em Saúde Coletiva, 11)

Acompanha um DVD: Questões Étnico/Raciais, Parto e Nascimento e apresentações / Luis Eduardo Batista (coordenação)

ISBN: 978-85-88169-18-0

1. Parto Humanizado 2. Parto Obstétrico 3. População Negra 4. Etnia e Saúde  
I. Kalckmann, Suzana. II. Batista, Luís Eduardo. III. Castro, Claudia Medeiros de. IV. Lago, Tânia Di Giacomo do. V. Souza, Sandra Regina de. VI. Série.

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.(11) 3293-2244 / Fax: (11) 3105-2772

e-mail – [ncom@isaude.sp.gov.br](mailto:ncom@isaude.sp.gov.br)

## AGRADECIMENTOS

A todas e todos profissionais do Hospital Geral de São Mateus;

Às lideranças do movimento de saúde, lideranças do movimento negro e de religiosos da região de São Mateus;

À Dra. Clélia Maria de Souza Sarmiento Aranda;

Ao Prof. Dr. José Carlos Seixas;

À Profa. Dra. Sônia Barros;

À Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde;

Ao Dr. Luiz Roberto Barradas Barata pelo apoio incondicional dado a este projeto e a temática saúde da população negra.

## Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

**Governador:** Alberto Goldman

**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:**  
Nilson Ferraz Paschoa

**Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:** Clélia Maria Sarmento de Souza Aranda

**Coordenadoria de Planejamento em Saúde:**  
Silvany Lemes Cruvinel Portas

**Grupo Técnico de Ações Estratégicas:** Dalva Regina Massuia

## Instituto de Saúde

**Diretora do Instituto de Saúde:** Luiza Serman Heimann

**Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico:** Samuel Antenor

**Núcleo de Comunicação Técnico-Científica:**  
Camila Garcia Tosetti Pejão

**Biblioteca:** Carmen Campos Arias Paulenas  
Ana Maria da Silva

**Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo:** Bianca de Mattos Santos

## Nascer com Equidade

**Organizador(es):** Suzana Kalckmann  
Luís Eduardo Batista  
Cláudia Medeiros de Castro  
Tânia Giacomo do Lago  
Sandra Regina de Souza

**Capa e tratamento de imagens:** Fernanda Kalckmann

**Revisão:** Adriana Wrege Parra

**Projeto gráfico e editoração:** Fernanda Kalckmann

**Impressão:**

## DVD

**Coordenador:** Luís Eduardo Batista

**Roteiro e Direção:** Argemiro Ferreira de Almeida

**Operador de Câmera:** Alderon Costa e Vagner Carvalho

**Edição e Finalização:** Argemiro Ferreira de Almeida

**Produtora:** Rede Rua / Novo Olhar Multimídia Ltda

**Etiqueta:** Fernanda Kalckmann

**Equipe do projeto:** Luís Eduardo Batista; Maria Lúcia da Silva; Jussara Dias; Cláudia Medeiro de Castro; Sandra Regina de Souza; Maridite C. Gomes de Oliveira; Lúcia Chibante

## Conselho editorial

Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Belkis Trench – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Carlos Tato Corizo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

José Ruben Bonfim – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

Samuel Antenor – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Sonia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Tania Keinert – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Tereza Etsuko da C. Rosa – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil



## SUMÁRIO

- Apresentação – Nilson Ferraz Paschoa 9  
Apresentação – Luiza Sterman Heimann 11  
Apresentação – Dalva Regina Massuia 13  
Apresentação – Organizadores 15

### PARTE I NASCE O PROJETO

- Introdução – *Luís Eduardo Batista* 21  
Projeto humanização do parto e nascimento: questões étnico-raciais e de gênero – *Luís Eduardo Batista et al.* 27

### PARTE II PROJETO EM DESENVOLVIMENTO

- Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento – *Carmen Simone Grilo Diniz* 53  
As mudanças de paradigma na assistência ao parto no SUS: a experiência no Hospital Geral de São Mateus – *Karin Fátima Silveira et al.* 73  
Diferenciais étnico-raciais nas características sociodemográficas da população paulista – *Estela María García de Pinto da Cunha* 85  
Mortalidade materna: determinantes sociopolíticos – *Anna Volochko* 111

Responsabilidade social, prevenção e mortalidade materna – *Carlos Eduardo Pereira Vega* 133

A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante – *Jorge Lyra et al.* 155

Masculinidade e saúde: a experiência de São Mateus – *Luís Eduardo Batista et al.* 175

Transmissão vertical do HIV, da Sífilis e da Hepatite B no Estado de São Paulo – *Luiza Harunari Matida* 203

Diabetes gestacional – *Maria Júlia Santana Kenj* 227

Aspectos emocionais do puerpério – *Cláudia Medeiros de Castro* 247

Saúde pública no Brasil – direito, acesso e decodificação da informação para a eficácia da participação e do controle social – *Celso Ricardo Monteiro* 255

Direito à saúde e participação social: enfrentando o racismo e a desigualdade social – *Maria do Carmo Sales Monteiro* 265

Doença Falciforme no Brasil – *Joice Aragão De Jesus* 285

Distúrbios hemorrágicos no ciclo grávido-puerperal – *Temistocles Pie Lima* 289

Atenção humanizada ao abortamento inseguro e redução da mortalidade materna – *Cristião Fernando Rosa* 295

Aborto: um grave problema de saúde – *Cristião Fernando Rosa* 305

Racismo Institucional – *Maria Lúcia Silva* 317

## ANEXOS

Anexo 1: Caracterização da rede de serviços – *Luís Eduardo Batista et al.* 321

Anexo 2: Material de divulgação do Hospital Geral de São Mateus 341

Anexo 3: Portaria nº 992, Ministério da Saúde 347

Anexo 4: Atenção à Saúde das Mulheres Negras, Ministério da Saúde 357

Anexo 5: Materiais do Projeto Nascer com equidade 369

Anexo 6: Fichas de monitoramento do quesito cor 373

In Memoriam 375

# APRESENTAÇÕES





Um dos maiores desafios na gestão de um sistema amplo como o SUS é promover a equidade em saúde entre os diferentes segmentos sociais. Isso requer a implementação de ações que respondam às necessidades específicas, principalmente quando as desigualdades sociais podem afetar o acesso aos serviços. Neste sentido, o enfrentamento de problemas da saúde da população, ao incorporar o conceito de equidade, deve dar resposta às necessidades específicas, principalmente quando as desigualdades podem afetar o acesso ao Sistema. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde, levando em conta a especificidade da população negra, tem buscado oferecer, como parte do conjunto de ações afirmativas, atenção especial às mulheres negras e seus filhos recém-nascidos, respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, observando as especificidades no perfil de morbimortalidade. Uma dessas ações é o Projeto Nascer com Equidade, apresentado neste livro.

O leitor poderá ver os resultados do projeto piloto realizado no Hospital Geral de São Mateus, que envolveu desde a sensibilização dos profissionais do hospital para a questão da mortalidade materna das mulheres negras, o

---

\* Médico formado pela Faculdade de Medicina de Itajubá (MG). Especialista em Saúde Pública pela Santa Casa de São Paulo e em Administração Hospitalar e Gestão de Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Funcionário concursado da Secretaria de Estado da Saúde há 33 anos, exerceu o cargo de secretário adjunto. Foi Chefe de Gabinete da Secretaria de Saúde no período de 2003 a 2006 e também exerceu as funções de Coordenador de Regiões de Saúde e diretor de Saúde Mental. Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

investimento na melhoria do sistema de informação, até cursos de formação para médicos e demais pessoas envolvidas na atenção as gestantes e puérperas. Destacamos que o conteúdo médico apresentado neste livro está de acordo com o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério e demais documentos que compõem a Linha de Cuidado para Atenção à Gestante e Puérpera no SUS-SP, lançado em junho de 2010 pela Secretaria da Saúde.

Esperamos que esta publicação constitua uma importante contribuição para incluir a temática racial no cuidado as gestantes e puérperas do Estado de São Paulo e a reprodução desta experiência a outras maternidades e serviços do SUS-SP.

Com responsabilidade e determinação, o SUS-SP caminha para promover mudanças na atitude dos profissionais de saúde e maior equidade na atenção à saúde, considerando diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio de adequação da oferta às necessidades dos grupos socialmente vulneráveis.

## APRESENTAÇÃO : O INSTITUTO DE SAÚDE E ESTA OBRA

Luiza Sterman Heimann\*

Apresentação: O Instituto de Saúde (IS), instituto de pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que atua no campo da Saúde Coletiva através da produção de conhecimento, ensino e assessoria, tem por missão contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, dos serviços e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo de sua história, foram se consolidando grupos de pesquisa cujas temáticas diziam respeito a questões advindas de movimentos sociais e gestores da saúde, que, ao serem transformadas em conhecimento pelos trabalhadores do IS, geraram novas políticas, programas, serviços e práticas de atenção e gestão. Como exemplo podemos citar alguns: a política e programa de controle de AIDS; a política e programa da Saúde da Mulher; os bancos de leite nos hospitais; a Mãe Canguru; a boneca Gertrudes; o Sistema Nacional de Vigilância Nutricional; o Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva, dentre muitos outros.

Para conquistarmos legitimidade social, fomos aprendendo que não basta termos boas pesquisas, boas práticas de assessoria e bons cursos de formação. Há que se desenvolver boas práticas de comunicação para o conhecimento ser socialmente apropriado.

---

\* Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1973), Master In Public Health - Harvard University (1978) e mestrado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (1984). É médica sanitarista e Diretora Técnica de Departamento de Saúde no Instituto de Saúde - SES/SP.



Nesta perspectiva o IS conta hoje com: uma revista – o Boletim do Instituto de Saúde; uma coleção de livros – Temas em Saúde Coletiva; um programa de eventos técnico-científicos para diferentes públicos além da difusão por meio eletrônico.

É com grande satisfação que co-produzimos o livro “Nascer com Equidade”, número onze da nossa série Temas em Saúde Coletiva. Esta obra concretiza a missão do IS, divulga artigos de pesquisadores dos nossos grupos certificados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Saúde da População Negra e Indígena; Saúde da Mulher e da Criança e Serviços e Sistemas de Saúde, bem como de pesquisadores de diferentes instituições: universidades, serviços de saúde e de organizações sociais.

Aos leitores, quando se apropriarem do texto e do áudio-visual que acompanha o livro, esperamos que esses conteúdos contribuam para a superação dos desafios do cotidiano, na transformação dos serviços e práticas de saúde para melhoria da qualidade de vida de nossa população.

# APRESENTAÇÃO

Dalva Regina Massuia\*

A Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), entre suas missões, coordena a elaboração do Plano Estadual de Saúde e a construção do Pacto pela Saúde. Por meio do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), a CPS tem como missão: elaborar políticas públicas de saúde, para que produzam respostas suficientes e qualificadas que diminuam iniquidades; e identificar problemas prioritários para populações em situação de vulnerabilidade individual, social, programática aos riscos de doença e para as necessidades específicas de distintos grupos sociais.

Nesse sentido, o GTAE-CPS em ação conjunta com outras Coordenadorias desta Secretaria, com os Departamentos Regionais de Saúde e com os Colegiados de Gestão Regional, elabora projetos de políticas públicas que venham a reduzir problemas de saúde da população paulista.

Dentre as diretrizes do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011 está “Reduzir a mortalidade infantil e materna”, que possui entre outras ações estratégicas: apoiar tecnicamente os municípios para a melhoria da qualidade da assistência à gestante, à criança e à puerpéra e melhorar as condições de atendimento das maternidades; garantir o direito do acompanhante; sensibilizar a população em relação a importância do parto normal; acompanhamento integral da gravidez na adolescência, fortalecer os programas de incentivo ao

---

\* Enfermeira, coordenadora do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

aleitamento materno; promover capacitações para qualificar a assistência à gestante, à criança e à puérpera; e oferecer atenção qualificada e pautada na humanização da assistência.

A partir da constatação de que, no Estado de São Paulo, a razão de morte materna é maior nas mulheres negras quando comparadas as mulheres brancas, foi elaborado o projeto piloto “Humanização do parto e nascimento: questões étnico/raciais e de gênero”.

A publicação que o GTAE/CPS leva a você leitor é um material orientador do tema mortalidade materna e a questão racial e enfatiza a importância de pensar a questão racial e a humanização como eixos estruturantes e transversais em todos os programas de capacitação/formação/educação permanente dos profissionais envolvidos na atenção à gestante, ao parto e ao puerpério. Além de se apresentar como um material instrucional para aquelas e aqueles que lutam por uma melhor qualidade da atenção prestada as mulheres e crianças.

Algumas das experiências relatadas nesta publicação demonstram que a sensibilidade do gestor pode contribuir para mudanças. Criatividade, sensibilidade, técnicas e respeito são as ações a serem incorporadas para um resgate histórico do direito à vida.

Parabéns àqueles que acreditam nisso.

# APRESENTAÇÃO

Suzana Kalckmann<sup>1</sup>, Luís Eduardo Batista<sup>2</sup>,  
Cláudia Medeiros de Castro<sup>3</sup>, Tânia Di Giacomo  
do Lago<sup>4</sup>, Sandra Regina de Souza<sup>5</sup>

Em 2005, o núcleo de inovação da Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, realizou estudo sobre o perfil da mortalidade no Estado de São Paulo segundo raça/cor. Dentre os diferenciais, chamou atenção dos técnicos a maior mortalidade dos negros por tuberculose, diabetes, hipertensão, alcoolismo, causas externas e morte sem assistência médica. Quando analisou-se os óbitos das mulheres por complicações da gravidez do parto e do puerpério, constatou-se que as mulheres negras morriam duas vezes mais que as mulheres brancas. A etapa seguinte foi investigar a razão de morte materna, que naquele ano foi de 41,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Constatou-se que as mulheres negras morriam 6,4 vezes mais que a média do Estado. Quando comparada a razão de mortalidade materna por raça/cor no período 1999-2005, verificou-se que as mulheres negras morriam de seis a dez

---

<sup>1</sup> Suzana Kalckmann – Bióloga, mestre em Epidemiologia UNIFESP e doutora em Ciências CCD/SES-SP. Pesquisadora do Instituto de Saúde. E-mail: [suzanak@isaude.sp.gov.br](mailto:suzanak@isaude.sp.gov.br)

<sup>2</sup> Luís Eduardo Batista – Sociólogo, doutor em Ciências Sociais pela UNESP/Ar, pesquisador do Instituto de Saúde e coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra/GTAE-CPS/SES SP. E-mail: [lebatista@saude.sp.gov.br](mailto:lebatista@saude.sp.gov.br)

<sup>3</sup> Cláudia Medeiros de Castro – Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica PUC-SP, doutora em Ciências CCD SES-SP. Assessora técnica de Saúde da Mulher, SES-SP. E-mail: [cmcastro@saude.sp.gov.br](mailto:cmcastro@saude.sp.gov.br)

<sup>4</sup> Tânia Di Giacomo do Lago – Médica, mestrado em Pesquisa em População pela University Of Exeter, doutorado em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas, Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e assessora técnica da Saúde da Mulher, SES-SP.

<sup>5</sup> Sandra Regina de Souza – Médica pediatra, assessora da Saúde da Criança, SES-SP e presidente do CONDECA – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado de São Paulo.

vezes mais que as brancas. Essa situação mereceu cuidado especial do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

Em 2006 o Comitê Técnico, o Instituto Amma Psique e Negritude apresentou uma proposta de ação/intervenção, que foi encaminhada à Área Técnica Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. No final deste mesmo ano o Secretário de Estado da Saúde assina o convênio 1504/06-46374.5000001/06-010 - Projeto “Humanização do parto e nascimento: questões étnico/racial e de gênero”.

Mas, onde realizar o projeto? O local definido foi o Hospital Geral de São Mateus, pois está localizado em uma região de maior proporção de população negra do Município de São Paulo, é hospital próprio da SES SP e possui uma relação histórica com a comunidade da região (o hospital é fruto das reivindicações do movimento de saúde da zona leste), pelos indicadores apresentados quando o mesmo se candidatou a ser Hospital Amigo da Criança e ao prêmio Galba de Araujo.

Com todos os ajustes institucionais efetuados, e com a criação do Grupo Técnico de Ações Estratégicas/GTAE (Resolução SS 282 de 3/08/2007), coube as áreas técnicas do GTAE - Área Técnica Saúde da População Negra e a Área Técnica Saúde da Mulher - coordenar a realização do mesmo.

O objetivo deste documento é relatar os resultados do trabalho desenvolvido, evidenciando ser possível que uma instituição pública hospitalar repense sua assistência às mulheres e forneça um atendimento de qualidade.

O projeto foi realizado em etapas: (1) pesquisa para diagnóstico e sensibilização dos profissionais e usuários do Hospital Geral de São Mateus para a questão de gênero e cor/raça; (2) sensibilização dos profissionais para implementação do quesito cor nos sistemas de informação do hospital; (3) formação dos profissionais do hospital e de unidades básicas de saúde envolvidos com a atenção à saúde da mulher, aprofundando questões fundamentais para o atendimento mais adequado ao parto e ao nascimento (4) formação para a sociedade civil/usuários do serviço e lideranças do movimento negro da comunidade do Hospital Geral de São Mateus, objetivando informar, dialogar e intervir sobre a saúde da população negra e participação social.

Nesta publicação, a primeira parte “Nasce o projeto” relata a experiência realizada e na segunda “Projeto em desenvolvimento” estão os textos elaborados pelos professores da formação, assim como o conjunto de slides apresentados em cada aula.

Em anexo estão os materiais utilizados nas diferentes fases do projeto folder, cartaz, fichas para registro do quesito cor e também a Portaria Nº 992, Ministério da Saúde, de 13 de maio de 2009 que institui a Política Nacional

de Saúde Integral da População Negra e a publicação do Ministério da Saúde: Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras, que acreditamos serem importantes para a abordagem do tema no âmbito do SUS.

O DVD inclui o vídeo “Questões Étnico/Raciais, Parto e Nascimento”, coordenado pelo Dr. Luís Eduardo Batista, que sintetiza as questões desenvolvidas no projeto e as apresentações utilizadas nas aulas da formação.

Vale lembrar que, no site da Secretaria de Estado da Saúde estão disponíveis documentos, textos, teses, artigos, vídeos etc que podem contribuir para o aprofundamento das discussões e desenvolvimento de intervenções em Saúde da População Negra ([www.saude.sp.gov.br/content/gtae\\_saude\\_populacao\\_negra.mmp](http://www.saude.sp.gov.br/content/gtae_saude_populacao_negra.mmp)), assim como, os referentes à atenção à gestação, ao parto e ao puerpério e outras questões em Saúde da Mulher ([www.saude.sp.gov.br/content/saude\\_da\\_mulher.mmp](http://www.saude.sp.gov.br/content/saude_da_mulher.mmp)).

Esperamos que os materiais apresentados possam subsidiar intervenções similares em outros serviços, especialmente em outras Maternidades e contribuir com a discussão sobre a redução da mortalidade materna na perspectiva racial.





# PARTE I

## MASCE O PROJETO





# INTRODUÇÃO

Luís Eduardo Batista\*

Em janeiro de 2006, o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo criou o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo (Resolução SS, n. 4, de 13/1/2006). Nas primeiras reuniões do Comitê, integrantes da sociedade civil solicitaram aos técnicos da Secretaria de Estado a apresentação dos indicadores de mortalidade infantil e mortalidade materna do Estado de São Paulo, desagregados por cor.

Os dados levantados evidenciam a melhora da informação de raça/cor no Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC; a redução de informação sobre raça/cor não declarada; a redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo; diferenciais no coeficiente de mortalidade infantil segundo a cor; que o coeficiente de mortalidade infantil no Estado é de 13,44 por 1.000 nascidos vivos, enquanto entre nascidos vivos pretos o coeficiente é de 24,18, de 16,53 entre os brancos e de 12,44 entre os pardos. O mesmo comportamento pode ser observado quando analisamos os componentes neonatal e pós-neonatal da mortalidade infantil (ver gráficos 1, 2 e 3).

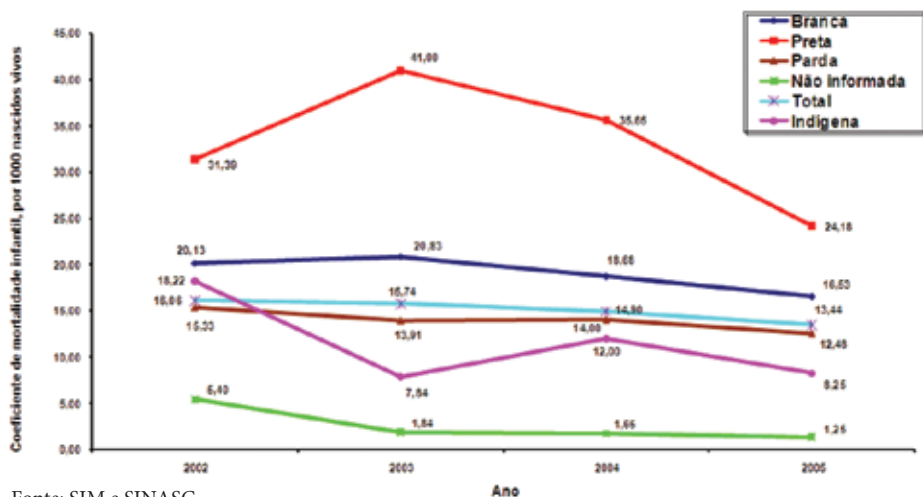
A diminuição do coeficiente de mortalidade infantil é de aproximadamente 43% entre os filhos de mulheres brancas, enquanto a redução entre os das pretas e das pardas é sensivelmente menor: 25%.

---

\* Sociólogo, doutor em Ciências Sociais pela UNESP/Ar, pesquisador do Instituto de Saúde e coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra/GTAE-CPS/SES SP.  
E-mail: lebatista@saude.sp.gov.br

Gráfico 1

**Evolução temporal do coeficiente de mortalidade infantil, segundo raça/cor, Estado de São Paulo, 2002 a 2005.**

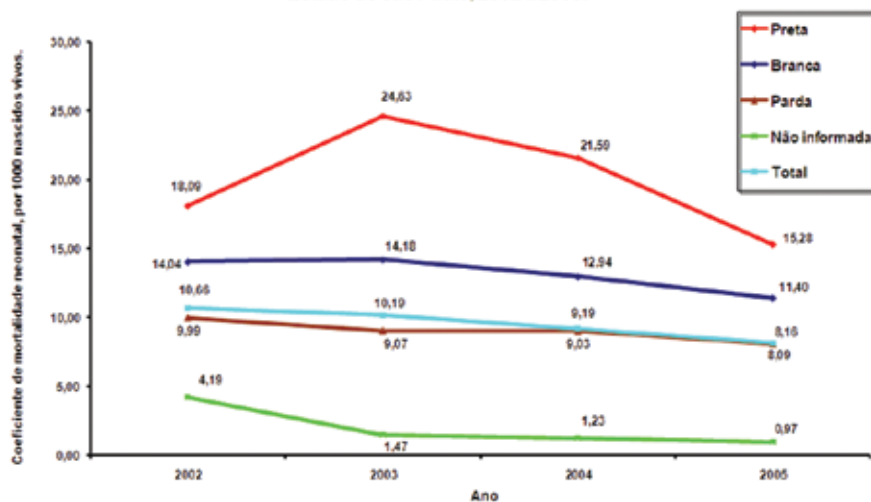


Fonte: SIM e SINASC.

Paula Opromolla e Vanessa Farias

Gráfico 2

**Evolução temporal do coeficiente de mortalidade neonatal, segundo raça/cor, Estado de São Paulo, 2002 a 2005.**

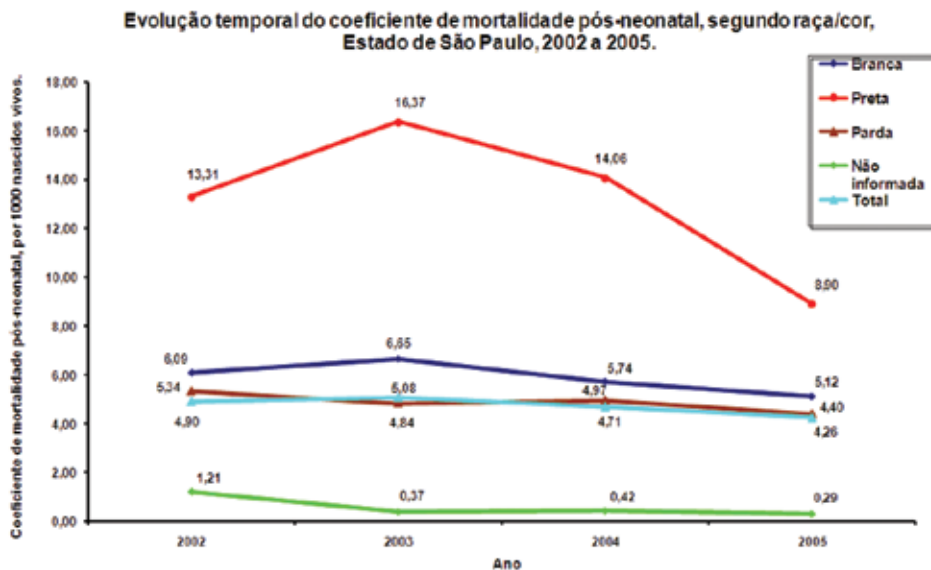


Fonte: SIM e SINASC.

Paula Opromolla e Vanessa Farias

Quanto à mortalidade materna, o levantamento da Secretaria de Estado da Saúde evidencia que a razão de mortalidade materna no Estado de São Paulo no ano de 2007, foi de 33,11 por 100 mil nascidos vivos; que entre as mulheres

Gráfico 3



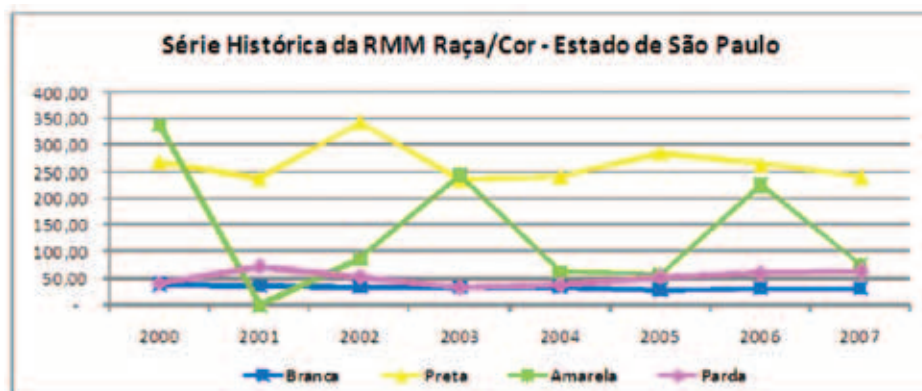
Fonte: SIM e SINASC.

Paula Opremolli e Vânessa Farias

pretas a razão é de 249,79; de 54,24 entre as pardas e de 29,52 entre as mulheres brancas. Ou seja, a razão de mortalidade materna entre as mulheres pretas é 7,5 vezes maior que a razão estadual (ver gráficos 4 e 5).

Os dados – coeficiente de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna no Estado – evidenciam a necessidade de desenvolver estratégias para qualificar o cuidado em saúde no SUS-SP; desenvolver processos de educação

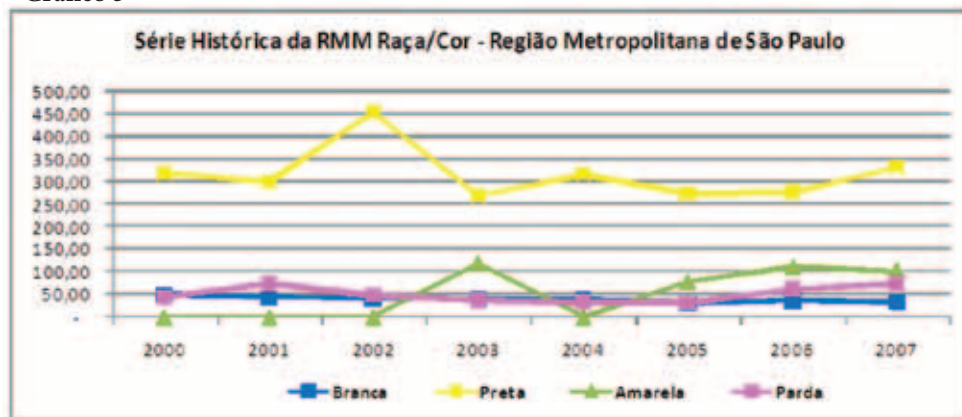
Gráfico 4



Fonte: SIM e SINASC.

Vera Osiano/CPS

Gráfico 5



Vera Osiano/CPS

permanente dos profissionais de saúde; aprimorar o processo de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera; discutir a temática: “oferta de cuidado e a questão racial”, com os profissionais de saúde envolvidos com a atenção à saúde da mulher e da criança.

Para a melhor compreensão desse fenômeno, a Secretaria da Saúde propôs ao Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) a realização do estudo “Diferenciais raciais da saúde reprodutiva das mulheres” a partir da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS); dados preliminares do estudo evidenciaram que:

- 10% das mulheres da amostra da PNDS-2006 residem em 63 municípios do Estado de São Paulo;
- As mulheres negras são mais pobres, menos escolarizadas e têm menor acesso a planos de saúde, e, no que tange à saúde reprodutiva, as mulheres negras se utilizam mais dos serviços públicos;
- Não há diferenciais significativos na assistência à gestação (93% realizam mais de 6 consultas de pré-natal);
- A consulta de puerpério é baixa para as mulheres brancas e negras (58% realizaram pelo menos uma consulta de puerpério);
- Não há diferenciais significativos na ocorrência de parto cesáreo e na proporção de uso de métodos contraceptivos entre as mulheres brancas e negras.

Não há estudos que qualifiquem as consultas de pré-natal segundo cor, todavia, se não há diferenças na assistência à gestação, ao parto e ao puerpério entre as mulheres brancas e negras, por que as mulheres negras morrem mais que as mulheres brancas? Será que o problema está na assistência obstétrica prestada às mulheres negras e pobres?

Essa questão motivou representantes da sociedade civil do Comitê de Saúde da População Negra de São Paulo e Instituto Amma Psique e Negritude a apresentarem uma proposta de formação/ação e intervenção – o projeto “Humanização do parto e puerpério: questões étnico/racial e de gênero”.





# PROJETO HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS E DE GÊNERO

Luís Eduardo Batista<sup>1</sup>,  
Jussara Dias<sup>2</sup>, Maria Lucia da Silva<sup>3</sup>,  
Maridite Cristovão Gomes de Oliveira<sup>4</sup>

Com base em dados que indicam desigualdades na mortalidade materna, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra, desenhou o projeto “Humanização no parto e nascimento: questões étnico-racial e de gênero”. O projeto teve como objetivos:

- Sensibilizar e subsidiar gestores, profissionais da saúde, lideranças do movimento social afro-brasileiro e usuários do Hospital Geral de São Mateus<sup>5</sup> para a temática mortalidade materna e infantil na população negra;
- Implementar o quesito cor no sistema de informações da instituição – incluindo capacitação para a coleta, monitoramento, análise e divulgação dos resultados;
- Subsidiar a formação dos profissionais envolvidos na atenção à gestante, ao recém nascido e à puerpera para a temática mortalidade materna e infantil na população negra;

---

<sup>1</sup> Sociólogo, doutor em Ciências Sociais pela UNESP/Ar, pesquisador do Instituto de Saúde e coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra/GTAE-CPS/SES SP.  
E-mail: lebatista@saude.sp.gov.br

<sup>2</sup> Psicóloga, Instituto Amma, Psique e Negritude. E-mail: diasjd@uol.com.br

<sup>3</sup> Psicóloga, Instituto Amma, Psique e Negritude. E-mail: mluciasilva@uol.com.br

<sup>4</sup> Médica pediatra, diretora técnica de Departamento do Hospital Geral de São Mateus.  
E-mail: maridite@uol.com.br

<sup>5</sup> O Hospital de São Mateus é um serviço da Secretaria de Estado da Saúde, localizado na zona leste do Município de São Paulo que conta com 206 leitos (Anexos 1 e 2).

- Sensibilizar as mulheres para os agravos prevalentes entre as mulheres negras e as necessidades de prevenção e promoção à saúde;
- Nortear a atenção ao pré-natal e ao puerpério das mulheres negras, colaborando assim pela inclusão da temática racial e étnica no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- Subsidiar a elaboração de estratégias para incluir a temática racial e étnica nas padronizações técnicas, protocolos clínicos, enfim, nas linhas de cuidado da atenção a criança, a gestante e puérpera do Estado de São Paulo.

## *Metodologia de Trabalho*

Etapas de desenvolvimento da Experiência Piloto<sup>6</sup>

- I) Pesquisa de diagnóstico e sensibilização sobre o tema gênero e raça/cor;
- II) Sensibilização e formação para a implementação do quesito cor;
- III) Formação dos profissionais do HGSM sobre Parto e Nascimento sob a ótica racial e de gênero;
- IV) Formação da sociedade civil para o controle social.

### *Etapa I – Pesquisa de diagnóstico e sensibilização sobre o tema gênero e raça/cor*

**Público-alvo:** Gestores e profissionais de saúde do Hospital Geral de São Mateus, da Supervisão Técnica de Saúde de São Mateus; membros do Fórum Pró-Saúde de São Mateus e da sociedade civil.

#### **Etapas**

1. Caracterização da rede de serviços: Mapeamento da rede de serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva oferecida na área de abrangência do hospital (unidades de saúde atenção básica, de média complexidade e alta complexidade) (Anexo 1);

---

<sup>6</sup> Foram elaborados os materiais de divulgação das atividades (Anexo 5).

2. Caracterização de atendimentos aos homens no serviço de saúde: Levantamento sobre a realidade do hospital, no que se refere ao acompanhante na sala de parto e aos atendimentos oferecidos e demandados pela população masculina que acompanha as companheiras/gestantes;
3. Entrevistas com profissionais de saúde e gestores do Hospital Referência: O que pensam os profissionais sobre as demandas e participação dos homens no serviço de saúde? O que pensam sobre necessidades diferenciadas em saúde de grupos étnico-raciais?;
4. Oficinas de Sensibilização: Homens, Sexualidade e Saúde Pública;
5. Oficinas de Sensibilização para os temas gênero e raça/etnia: Saúde Reprodutiva e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
6. Roda de conversa com o Fórum Pró-Saúde de São Mateus: homens, sexualidade e Saúde Pública.

Apresentação e distribuição das peças de difusão de informação elaboradas pelo Instituto PAPAÍ para a campanha “Pai não é visita” (folder, cartaz, camiseta e spot), e do folder “Diretrizes para uma política de atenção integral à saúde dos homens”.

## ***Etapa II – Sensibilização e formação para a implementação do quesito cor***

**Público-Alvo:** Direção técnica, chefias e profissionais dos seguintes setores: Recepção, Registro Geral (Internação e Recepção Pronto Socorro), Ambulatório, Pronto Socorro, Remoção, Enfermaria, Ultrassom-Endoscopia-RX, Ouvidoria e SAME.

Nº de turmas: 4 (20 horas/aula cada)

Nº de participantes por turma: 25 (total 100)

Nº de oficinas por turma: 5 (total 20)

Carga horária por sessão das oficinas: 4 horas (total 80 horas/aula)

### **Objetivos**

- Introduzir o conceito de racismo institucional como um determinante social do processo saúde-doença e cuidado;
- Sensibilizar os profissionais sobre a importância da coleta da informação raça/cor na saúde;

- Oferecer subsídios aos participantes para abordagem e coleta do quesito cor;
- Elaborar estratégias/planos de ação para implementação, monitoramento e avaliação da coleta da informação raça/cor; processamento e análise de dados; disseminação dos resultados de análise;
- Elaborar estratégias para combate ao racismo institucional no ambiente de trabalho e inclusão da perspectiva racial nas ações de promoção a saúde.

### **Conteúdo programático**

Integração – apresentação dos participantes, levantamento de expectativas, receios e pontos de vista sobre o tema proposto.

- Apresentação de conceitos básicos: racismo, racismo institucional, sexismo, discriminação, preconceito, estereótipo, representação e construção social;
- Experiência vivencial: identificação de preconceitos e representações do imaginário coletivo;
- A importância do quesito cor: equidade na Atenção à Saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- A trajetória de implementação do quesito cor na saúde: a experiência dos serviços de DST/aids na implementação do quesito cor;
- O método e a implantação da coleta do quesito cor: a metodologia utilizada pelo IBGE;
- Exercício prático: simulação da coleta (dificuldades e desafios)<sup>7</sup>;
- Definição de ações para implementação;
- Monitoramento e Avaliação.

---

<sup>7</sup> Foram utilizadas fichas de monitoramento do quesito cor (Anexo 6).

### ***Etapa III – Formação dos profissionais do HGSM sobre Parto e Nascimento sob a ótica racial e de gênero***

**Público-alvo:** Gestores, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) envolvidos na atenção à saúde da mulher no serviço e nas unidades básicas de saúde da área de abrangência do hospital.

Nº de turmas: 1

Nº de participantes: 60

Nº de oficinas: 26

Carga horária: 40 horas/aula

#### **Conteúdo programático**

1. O processo de humanização da saúde no Estado de São Paulo;
2. A Mortalidade Materna e Infantil da População Negra: determinantes sóciopolíticos e a prática profissional;
3. Introdução conceitual: racismo, discriminação, preconceito, representação e imaginário coletivo;
4. Identificação e abordagem do racismo Institucional;
5. Quadro epidemiológico da saúde da População Negra no Estado de São Paulo e o Plano Estadual de Saúde;
6. Características sociodemográficas da População Negra – natalidade e nupcialidade;
7. Mortalidade Materna;
8. Distúrbios hemorrágicos no ciclo gravídico-puerperal;
9. Transtornos emocionais do puerpério;
10. Atenção humanizada ao abortamento inseguro e redução da Mortalidade Materna;
11. Anemia falciforme na gestação;
12. Diabete gestacional;
13. Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B no Estado de São Paulo.

## ***Etapa IV – Formação da sociedade civil para o controle social***

**Público-Alvo:** lideranças do movimento social afro-brasileiro e Conselheiros do Conselho Gestor do Sistema de Saúde da Região da Zona Leste/região do Hospital Geral de São Mateus

Nº de turmas: 1

Nº de participantes: 40

Carga horária: 40 horas/aula

### **Objetivo**

Ampliar a participação dos atores envolvidos no controle e participação social dos munícipes residentes no entorno do hospital, nos processos de delineamento, negociação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas.

### **Conteúdo programático**

- Introdução conceitual: racismo, discriminação, preconceito, representações e imaginário coletivo;
- Identificação e abordagem do racismo institucional;
- Direito a saúde: igualdade, diferença e os princípios do Sistema Único de Saúde;
- Conceito de controle social e os mecanismos disponíveis;
- Pactos de saúde e o PAC/Mais Saúde;
- Informação em legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil e das políticas de combate ao Racismo no Brasil e no Estado de São Paulo (a partir da coletânea de materiais estratégicos);
- Quadro epidemiológico da saúde da população negra no Estado de São Paulo e o Plano Estadual de Saúde;
- Plano de ação e estratégias de aplicação do plano.



## Etapa I

### A: Pesquisa para diagnóstico

O diagnóstico foi realizado abrangendo:

- (i) Análise da inserção do Hospital de São Mateus na realidade do Município de São Paulo e sua relação com o Sistema Único de Saúde e com a rede hospitalar municipal. A caracterização da rede de saúde do Município foi feita a partir de dados do DATASUS, da Fundação SEADE e das Secretarias da Saúde municipal e estadual (Anexo 1);
- (ii) Opiniões e atitudes de profissionais e gestores de saúde. Foram realizadas vinte e duas entrevistas semiestruturadas com vinte profissionais de saúde do hospital e dois gestores (um estadual e um municipal), quatro homens e dezoito mulheres. Foram priorizados os profissionais que trabalhavam na área de saúde sexual e reprodutiva e/ou em setores importantes e mapeados pela direção do hospital, conforme os Quadros 1 e 2;
- (iii) Opiniões e atitudes de usuários. Foram formados três grupos focais em função da faixa etária (20-24; 25-34; 35-44), com o propósito de identificar as demandas e as expectativas de usuários homens.

### Quadro I – Programas /Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva do HGSM

|  |   |
|--|---|
| Ambulatório Pediatria<br>UTI Pediátrica  | Berçário<br>Pediatria – observação no PS  |
| Pré-Natal e Planejamento Familiar<br>Ambulatório de Tocoginecologia                            | Serviço Social<br>Banco de Sangue   |
| Cirurgia Ambulatorial – Vasectomia   |   |
| Centro de Parto Natural<br>Alojamento Conjunto<br>Centro Obstétrico<br>Unidade de Neonatologia | Método Mãe-Canguru (em<br>implantação)<br>Incentivo ao Aleitamento Materno<br>Grupos de Gestantes e Casais Grávidos |
| Programas e Voluntariado:<br>Jovens Acolhedores  | Conte Comigo<br>Doulas  |

Fonte:HGSM

Quadro II- Perfil dos profissionais e gestores entrevistados

| Sexo   |  | Faixa Etária   |  |
|--|--|--|--|
| Homens: 04<br>Mulheres: 18   |  | 35 a 39 anos: 05<br>40 a 49 anos: 12<br>50 anos e mais: 05             |  |
| Setor/Programa que atua  |  |  |  |
| Ambulatório: 02<br>Maternidade: 06<br>Registro Geral: 01<br>Serviço Social: 02                 |  | Enfermagem: 01<br>Diretoria: 01<br>Gestor: 02<br>Promotora Legal: 01   |  |
|  |  | PS: 04<br>RH: 01<br>SAME: 01   |  |
| Escolaridade   |  | Tempo na Função  |  |
| Ensino fundamental: 01<br>Ensino Médio: 01<br>Superior Incompleto: 03<br>Superior completo: 17 |  | Menos de 1 ano: 01<br>1 ano: 01<br>2 a 4 anos: 10<br>5 anos e mais: 10 |  |
|  |  | Branca: 11<br>Preta: 02<br>Parda: 08<br>Amarela: 01<br>Indígena: 00    |  |

Fonte: Instituto AMMA, Psique e Negritude.

### **B: Sensibilização para os temas gênero e raça/cor**

A primeira etapa do projeto foi desenvolvida por meio de uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde, o Instituto AMMA Psique e Negritude e o Instituto PAPAI, no âmbito da pesquisa multicêntrica “Homens e serviços de saúde: rompendo barreiras culturais, individuais e institucionais”.

Trata-se de uma ação visando promover a inserção dos homens nos programas de saúde reprodutiva e saúde integral de um hospital, por meio da capacitação dos profissionais e elaboração de estratégias de comunicação, a partir do diagnóstico inicial dos serviços de referência de Recife, São Paulo e Florianópolis.

Foram realizadas duas oficinas de sensibilização e uma roda de conversa.

#### **Primeira oficina**

Essa oficina teve como tema “Homens, sexualidade e saúde pública”, com uma programação desenvolvida no período das 9h às 17h. A presença da equipe de profissionais do HGSM foi significativa, havendo também da participação de voluntários que desenvolvem suas atividades na instituição, representantes da comunidade e do Fórum Pró-Saúde. Vale destacar a participação de

representantes da Supervisão Técnica de Saúde de São Mateus como indicador da integração das esferas governamentais estadual e municipal. Outro destaque foi a participação de membros do Instituto PAPAI e da equipe do Núcleo de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – Margens, instituições responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa em Recife e Florianópolis.

Os trabalhos foram divididos em três blocos. No primeiro, após a abertura da oficina pela diretora do HGSM, Dra. Maridite Oliveira, os objetivos e a importância do encontro foram reiterados na fala do Dr. Luis Eduardo Batista, coordenador do Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Estado de São Paulo. Ao final desse bloco a apresentação do vídeo “Estou grávido – com a voz o jovem pai” cumpriu o papel de contextualizar a imagem do jovem pai, das dificuldades reais e imaginárias. As discussões ocorridas a respeito das situações apresentadas serviram como condutor para o foco do encontro, despertando junto aos participantes o interesse por um novo olhar sobre a participação dos homens nos serviços de saúde.

Vale destacar a participação da Prof<sup>ª</sup>. Sandra Unbehaum, pesquisadora da Fundação Carlos Chagas, que, após a apresentação do vídeo, estimulou a plateia a expor suas ideias e concepções sobre o assunto, explorando e sistematizando as questões apresentadas: a construção social e histórica de ser mulher e ser homem; os significados atribuídos ao que é feminino ou masculino, definidos numa relação recíproca e assimétrica, na qual um certo modelo de masculinidade é



Auditório do HGSM

muito valorizado; e a importância da desconstrução dos modelos estabelecidos para o desenvolvimento de uma política pública integral de saúde reprodutiva e sexual. Entre as questões trazidas à baila, destacam-se aquelas relacionadas à dificuldade de acesso às informações sobre saúde de modo geral e, em especial, saúde sexual e reprodutiva; sobre o aborto; sobre a relação homem-mulher; e sobre (pré)conceitos enraizados no imaginário das pessoas.

Foi nesse contexto que, no segundo período do dia, após a apresentação das experiências de Recife e Florianópolis e de posse das informações apresentadas pelo AMMA sobre o que pensam os profissionais de saúde do HGSM a respeito da participação do homem nos serviços de saúde, do atendimento oferecido ao homem nas instituições de saúde e as sugestões direcionadas à ampliação dessa participação, formaram-se cinco subgrupos para discutir, responder e apresentar propostas para atrair os homens aos serviços de saúde de forma que sejam atendidas as suas necessidades específicas.

Cada grupo apresentou, ao final, um resumo de suas discussões e propostas, como segue:

## **GRUPO 1**

O quê?

Apoio psicológico aos homens.

Diminuir ansiedade e saber sobre situação familiar.

Estimular a participação no Centro de Parto Natural.

Como?

Divulgação com banners, palestras, terapia em grupo e vídeos educativos.

Quando e onde?

Ambulatório.

Organizações sociais.

Desafios

Parceria com as unidades básicas de saúde – UBSs.

Incentivar as gestantes a trazerem o companheiro.

Quem?

Equipe multiprofissional.

Participantes do grupo: enfermeiras do Sistema para Atendimento Médico-SAME, Pronto Socorro, Centro de Parto Normal, Unidade de Terapia Intensiva e Ambulatório.

## **GRUPO 2**

O quê?

Ativar o núcleo do adolescente.

Liberar presença masculina em todas as clínicas.

Ampliação da faixa etária de atendimento – UTI Pediatria; Pediatria.

Como?

Reforçar a discussão em grupos educativos.

Vídeos educativos.

Implantação de atendimento ambulatorial com filhos de funcionários (adolescentes).

Quando?

Segundo semestre de 2007.

Onde?

Clínicas e Pronto Socorro.

Quem?

Todos os funcionários do HGSM.

Participantes do grupo: fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, pediatras e terapeuta ocupacional.

## **GRUPO 3**

O quê?

Pai comparecer à visita ao hospital, onde será explicado como será o parto natural (o pai receberá comprovante de comparecimento).

O pai ficará responsável pelo corte do cordão umbilical.

Colocar o nome do pai também na etiqueta de identificação do bebê.

Após o parto, o bebê vai para a mãe, passa pelo pediatra, depois vai para o pai e depois para a mãe amamentar.

Como?

Aproveitar a presença dos pais acompanhantes para fazer palestras (mudar o nome do Recanto da Mamãe para “Recanto da Mamãe e do Papai”).

Passar vídeos educativos no cantinho da mamãe/papai.

Ampliar a oferta de serviço de urologia para a rede básica.

Quem?

Equipe do CPN, médicos urologistas, equipe da maternidade, do ultrassom e do serviço administrativo.

Participantes do grupo: apoio clínico HGSM, licitação, CTGH, orientador sexual, UDA/USG e Supervisão de Ginecologia e Obstetrícia.

#### **GRUPO 4**

O quê?

Grupo de pais (maternidade).

Como?

Por meio de orientações (palestras) aos pais/casais.

Onde?

Recanto da mamãe.

Quando?

Horário de visita.

Quem?

Equipe multidisciplinar:

Médico: Dra. Rosely;

Enfermeiras: Tereza e Denise;

Assistente social: Rosana;

Psicólogo: Dr. Jairo;

Participantes do grupo: enfermeiros e graduandos.

#### **GRUPO 5**

Tema: O jovem como pai

O grupo debateu sobre: a necessidade de um telão na sala de espera para atendimento.

Enquanto esperam sua vez para atendimento, os jovens assistem a depoimentos de experiências de outros jovens (digamos pais prematuros) e recebem folhetos informativos para conscientização, convidando-os para participarem da consulta de pré-natal de suas companheiras e ser também um pai atuante em todos os aspectos.

E isso em parceria envolvendo direção, grupos de apoio ou ajuda, para que a orientação surta um efeito de resposta positiva. Um trabalho coletivo.

Criação de uma casa de apoio para o homem, na situação de violência para o apoio integrado e sua reintegração na sociedade, assim como já existe apoio para a mulher.

Porém, essa integração depende muito do interesse do homem. Se isso acontecer, o convívio social será melhor e o futuro de nossas crianças será totalmente satisfatório.



Grupos de discussão

## Segunda oficina

A segunda oficina teve como tema “Saúde Reprodutiva e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”.

A abertura foi feita pela Dra. Maridite Oliveira, que reiterou os objetivos e a importância do encontro, seguindo-se a programação.

O vídeo “Promovendo a Equidade na Atenção à Saúde” foi exibido e, em seguida, o coordenador do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo/Área Técnica Saúde da População Negra – GTAE Prof. Dr. Luís Eduardo Batista discorreu sobre a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, ressaltando seus marcos e trajetória.

Foi nesse contexto que se desenvolveu a discussão sobre se o sistema público de saúde e a necessidade de políticas específicas para homens, mulheres e a população negra. O debate na plenária acabou convergindo para a existência ou não de racismo na sociedade brasileira, o que revelou uma polarização entre essas duas posições. A questão social, como a grande justificativa das desigualdades, surgiu como argumento dos que se opunham à visão da existência de racismo.



Por exemplo, uma funcionária do HGSM afirmou que os brancos pobres sofrem da mesma forma que os negros com a ineficiência do sistema público de saúde.

Em contraposição, muitos dos presentes apresentaram diversos exemplos para corroborar que o negro sofre maior discriminação, destacando-se aí o relato de uma participante que tem três filhos jovens, sendo que um deles tem a pele escura, enquanto os demais têm a pele clara. Ela contou que os três dirigem o mesmo carro, no entanto, somente o filho de pele escura é sistematicamente abordado pela polícia.

No segundo período foi apresentado o vídeo “Quesito Cor”. Em seguida, o Babalorixá Celso Ricardo de Oxaguián – a época, Coordenador da Comissão Municipal de DST-aids do Conselho Municipal de Saúde/Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde-SP/Grupo de Valorização do Trabalho em Rede/GVTR – deu prosseguimento aos trabalhos com a exposição “Humanização e aspectos socioculturais”, com destaque para a questão do respeito à religiosidade do paciente.

Nesse sentido, ele enfatizou “o direito do doente de ter ao seu lado o religioso que escolher”, referindo-se aí em especial aos representantes das religiões afro-brasileiras.

Apresentou como sugestão a realização de um levantamento para identificação das instituições religiosas existentes na área de abrangência do HGSM; a inclusão da religiosidade do paciente na ficha de internação; e a execução sistemática de cerimônias inter-religiosas no âmbito da capelania do HGSM. A respeito das



Apresentação do Babalorixá Celso Ricardo de Oxaguián



sugestões apresentadas, a diretora do hospital, Dra. Maridite, enfatizou que a convivência com as diferenças é uma das principais diretrizes do HGSM, que já busca atender, por meio das capelarias católica e evangélica e pela ação dos voluntários, as necessidades dos pacientes.

Como última atividade, os participantes dividiram-se em três grupos com o objetivo de formular propostas para a inclusão da população negra no sistema de saúde, além de apresentar sugestões de meios de disseminação de informação sobre serviços com essa especificidade. É interessante notar que, mesmo após um dia inteiro de debate sobre essa temática, muitas das recomendações dos grupos foram generalistas; o primeiro, em particular, abordou a questão homem-mulher e cuidado com a saúde, trabalhada no seminário anterior.

Ao final, cada grupo apresentou um resumo de suas discussões e propostas, como segue:

#### GRUPO 1

Formulação de um questionário para os homens, que seria entregue pelas respectivas mulheres, com perguntas sobre o estado de saúde de seus parceiros: se sentem cansaço, qual a coloração da urina, se sentem dores etc. No fim, dependendo do resultado, o hospital convidaria os homens a se tratarem. Os questionários também poderiam ser ministrados por jovens voluntários ou poderiam ser coletados nos mutirões e atividades desenvolvidas pelo hospital.

Promoção de um programa de atividade física; provavelmente a formação de um grupo para fazer caminhada.

Treinamento de profissionais para que estejam aptos a questionar os usuários sobre sua cor ou raça ao se cadastrarem no hospital, tendo em vista a dificuldade de fazer tal pergunta e a grande probabilidade de reações pouco receptivas dos usuários.

#### GRUPO 2

Promoção de palestras que tratem dos temas específicos da população negra, das quais participem gestores e funcionários de diferentes áreas.

Promoção de campanhas informativas sobre saúde da população negra, abordando temas como os problemas de pressão arterial.

Promoção do exame de glicemia.

Promoção de alguma ação que lide com a anemia falciforme.

#### GRUPO 3

A pediatria deve contar com agenda educativa e lúdica. Materiais como vídeos e histórias em quadrinhos devem ser utilizados.

Promoção da convivência entre grupos que difiram em termos de raça, religião e orientação sexual em espaços neutros como o hospital.

### **Roda de conversa**

A roda de conversa teve como tema “A importância da difusão de informações sobre a saúde pública voltada para os homens”.

Em 10 de julho, a equipe do Instituto AMMA e a Prof<sup>ª</sup>. Sandra Unbehaum – pesquisadora da Fundação Carlos Chagas – participaram da reunião ordinária do Fórum Pró-Saúde de São Mateus para apresentação do projeto “Homens e Serviços de Saúde: rompendo barreiras culturais, individuais e institucionais” e discussão da importância da difusão de informações sobre as políticas de saúde pública voltadas para os homens.

A abertura dos trabalhos foi efetuada pelo Dr. Jairo Altair Georgetti, representando a Dra. Maridite de Oliveira, diretora do HGSM. Nessa oportunidade foi efetuada uma breve apresentação dos trabalhos já desenvolvidos e/ou em andamento, e o papel desempenhado pelos parceiros no atendimento ao parto.

Seguindo a programação, foi exibido o vídeo “Minha vida de João”, com o objetivo de contextualizar a construção social do “ser homem”, as dificuldades reais e imaginárias da formação do ser homem criança, jovem e adulto. A condução das discussões foi feita pela Prof<sup>ª</sup>. Sandra Unbehaum, que utilizou as imagens apresentadas para problematizar as dificuldades da participação dos homens nos serviços públicos e despertar junto aos participantes um novo olhar sobre a importância da difusão das informações sobre os serviços voltados para a saúde dos homens.

Vale destacar o interesse da plateia pelo assunto, que se organizou em uma grande roda e, estimulada pelas imagens do vídeo, explorou a percepção do que é ser mulher e ser homem, dos modelos apresentados e das dificuldades do personagem central no vídeo para tratar as questões sobre a relação homem-mulher e outros conflitos entre as gerações.

Ainda nessa discussão, distribuiu-se e apresentou-se brevemente o folder “Diretrizes para uma política de atenção integral à saúde dos homens”. Especialmente os representantes de algumas Unidades Básicas de Saúde presentes acharam muito importante esse tipo de material para sensibilização de profissionais e informação de usuários.

Ao término da Reunião do Fórum Pró-Saúde de São Mateus, que excepcionalmente restringiu sua pauta de discussão ao tema “Homens nos Serviços de Saúde”, foi apresentado o material de divulgação elaborado pelo Instituto PAPAI para a campanha “Pai não é visita”.

Após a apresentação de cada peça da campanha – folder, cartaz, camiseta e spot –, o material foi entregue aos participantes do Fórum, que se comprometeram a realizar a divulgação no território.

## ***Etapa II***

Foram realizadas oficinas de sensibilização e formação para implementação do quesito cor no HGSM.

### **Objetivos**

- Introduzir a ideia de que as desigualdades raciais estão entre os determinantes do processo saúde-doença-cuidado;
- Sensibilizar os profissionais quanto à importância da coleta do quesito cor na saúde;
- Oferecer subsídios aos participantes para abordagem e coleta do quesito cor.

### **Público**

Profissionais do Hospital Geral de São Mateus envolvidos com a coleta de dados dos usuários: Recepção, Registro Geral, Ambulatório, Pronto-Socorro, Remoção, Internação, Sistema de Atendimento Médico-SAME.

### **Metodologia**

Foi adotada metodologia participativa com abordagem teórico-vivencial (exposições dialogadas, rodas de conversa, recursos audiovisuais, dinâmicas e trabalhos dirigidos de grupo e individual).

### **Oficinas 1 e 2**

#### **Sensibilização e introdução conceitual**

- Integração: Apresentação dos participantes, levantamento de expectativas, receios e visões sobre o tema proposto;
- Apresentação de conceitos básicos: Racismo, Racismo Institucional, Sexismo, Discriminação, Preconceito, Estereótipo, Representação e Construção Social;

- Experiência vivencial: Identificação de preconceitos e representações do imaginário coletivo.

### **Recursos audiovisuais utilizados**

- Filme “Olhos Azuis” (Blue Eyes). Estados Unidos, 1995. Documentário sobre a experiência realizada pela educadora norte-americana Jane Elliot, em que pessoas brancas vivenciam situações de discriminação e humilhação.

As dinâmicas de integração, contemplando momentos para a expressão de expectativas, receios e dúvidas, ajudam a contextualizar a formação e a deixar os participantes mais envolvidos.

Os trabalhos dirigidos (individual e de grupo) promovem o reconhecimento de várias imagens internalizadas com relação às populações negra e branca. Por meio desses dois grupos populacionais é possível compreender a realidade de outros segmentos que são alvos de exclusão social devido à intolerância às diferenças<sup>8</sup>.

A discussão conceitual (racismo, racismo institucional, discriminação, preconceito, estereótipo, representação e construção social) possibilita o entendimento que as desigualdades raciais no processo de socialização e de aprendizagem, do racismo pela introjeção de normas e valores sociais.

### **Oficina 3: Fundamentação sobre a importância da coleta do quesito cor**

- Dados sobre saúde da população negra: Equidade na Atenção à Saúde e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- A trajetória de implantação do quesito cor na saúde: A experiência do Programa Estadual de DST/HIV/aids do Estado de São Paulo.

### **Recursos audiovisuais utilizados**

- “Promovendo a Equidade na Atenção à Saúde”
- “Quesito Cor”

Vídeos produzidos pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional – Componente Saúde. DFID/PNUD. Brasília, 2005.

---

<sup>8</sup> Classe social, crença religiosa, procedência regional, gênero, orientação sexual, deficiência física, idade etc.

## **Comentários e observações do processo**

Nessa etapa a realidade da saúde da população negra é vista a partir de seus determinantes sociais, econômicos e genéticos e por meio de indicadores de morbimortalidade. Esses dados, contextualizados no panorama de doenças e agravos prevalentes nos grupos étnicos e raciais, reiteram a importância do quesito cor para a compreensão do processo saúde e doença e das relações sociais e de trabalho.

A apresentação de experiências dos serviços de saúde na implantação do quesito cor ilustra a importância do sistema de informação enquanto instrumento de formulação de políticas públicas.

### **Oficina 4: O método e a implantação do quesito cor**

- Apresentação da metodologia do IBGE;
- Realização de simulação da coleta para enfrentamento de dificuldades e desafios;
- Elaboração de Plano de Ação para implantação, monitoramento e avaliação.

### **Recursos audiovisuais utilizados**

- “Saúde e Desenvolvimento com Equidade”.  
Vídeo produzido pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional – Componente Saúde. DFID/PNUD. Brasília, 2005.

Uma questão polêmica refere-se às opções de resposta “preta” e “parda”. A cor “preta” reaviva um passado desconcertante devido ao significado pejorativo que lhe foi atribuído durante muito tempo.

A simulação da coleta coloca em evidência as dificuldades sentidas pelos profissionais, sobretudo na relação com o usuário: (a) o possível constrangimento dos usuários diante da pergunta “Qual é a sua cor ou raça?”; (b) o receio de possíveis respostas e/ou atitudes agressivas dos usuários; (c) maior demanda de trabalho, na medida em que uma explicação ao usuário em relação à pergunta será necessária.

No trabalho de construção do Plano de Ação é preciso formular propostas que promovam: (1) o caráter processual para a própria mudança de visão e valores; (2) a flexibilidade para a desconstrução de imagens e conceitos arraigados; (3) a habilidade para assimilação dos novos conhecimentos; (4) a autoconfiança para construção de argumentos de convencimento.



Prof. Dr. Luís Eduardo Batista



Maridite Cristovão Gomes de Oliveira,  
diretora do Hospital Geral de São  
Mateus

### ***Etapa III***

#### **Curso de formação sobre Humanização no parto e nascimento: questões raciais e de gênero**

O curso foi realizado no Centro de Formação Dr. Antonio Guilherme de Souza – CEFOR. Teve duração de 40 horas presenciais, e foi destinado prioritariamente aos profissionais da equipe multidisciplinar do Hospital Geral de São Mateus.

Por se tratar de uma experiência-piloto, foram convidados os profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher – Supervisão Técnica de Saúde da Região de Saúde de São Mateus, Unidades Básicas de Saúde em que o hospital é a referência, incluindo o Hospital Geral de Vila Penteados.

A seguir, apresentamos os temas desenvolvidos e o conteúdo da explanação dos docentes convidados<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> A segunda parte desta publicação traz os textos elaborados pelos professores convidados a ministrar aulas nos cursos/formações, todavia, infelizmente, não foi possível incluir o texto de todos os professores convidados.

- As áreas temáticas saúde da mulher e da criança e sua interlocução com a saúde da população negra. GTAE – SES;
- O Processo de humanização da saúde no Estado de São Paulo. Dr. José Carlos Seixas – SES;
- A Mortalidade materna e infantil da população negra: determinantes sociopolíticos e a prática profissional. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima de Oliveira – UFMG;
- Introdução conceitual: racismo, discriminação, preconceito, representações e imaginário coletivo. Sra. Jussara Dias – AMMA, Psique e Negritude;
- Identificação e abordagem do racismo institucional. Sra. Maria Lúcia da Silva – AMMA, Psique e Negritude;
- Quadro Epidemiológico da saúde da população negra no Estado de São Paulo e o Plano Estadual de Saúde. Prof. Dr. Luis Eduardo Batista – GTAE-SES;
- Características sociodemográficas da população negra. Natalidade e nupcialidade. Estela M. G. P. da Cunha – Nepo-Unicamp;
- Mortalidade materna. Prof. Dra. Anna Volochko – Instituto de Saúde – SES SP e Prof. Dr. Carlos Eduardo Pereira Vega – Área Técnica Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
- Distúrbios hemorrágicos no ciclo grávido-puerperal. Dr. Temístocles Pie de Lima – Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp;
- Transtornos emocionais do puerpério. Prof. Dra. Claudia Medeiros de Castro – Assessoria de Saúde da Mulher do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde de São Paulo;
- Atenção humanizada ao abortamento inseguro e redução da mortalidade materna. Dr. Cristiano Fernando Rosa – Febrasgo;
- Anemia falciforme na gestação. Sra. Marisa Matheus dos Santos – Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo;
- Diabete gestacional. Prof<sup>a</sup> Dra. Julia Kenj – Coordenadora da área Técnica de Diabete – GTAE-SES;
- Transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B no Estado de São Paulo. Prof<sup>a</sup>. Dra. Luiza H. Matida – Programa Estadual de DST-aids – Centro de Referência e Treinamento em DST HIV/aids do Estado de São Paulo.

## ***Etapa IV***

### **Curso de qualificação para o controle social: informar, diagnosticar e intervir – saúde da população negra e participação social**

O curso foi realizado no Hospital Geral de São Mateus, teve a duração de 40 horas presenciais, e foi destinado prioritariamente aos representantes de Conselhos Gestores do Sistema de Saúde da Região da Zona Leste (unidades básicas, AMA, pronto atendimento, hospitais etc.).

#### **Conteúdo desenvolvido:**

- Introdução conceitual: racismo, discriminação, preconceito, representações e imaginário coletivo. Sra. Maria Lúcia da Silva – AMMA;
- Identificação e abordagem do racismo institucional. Sra. Maria Lúcia da Silva – Instituto AMMA, Psique e Negritude;
- Direito á saúde: igualdade, diferença e os princípios do Sistema Único de Saúde – Maria do Carmo Sales Monteiro/ETSUS – CEFOR – Prefeitura de SãoPaulo;
- Conceito de controle e participação social e os mecanismos disponíveis – Maria do Carmo Sales Monteiro – CEFOR/ETSUS – Prefeitura de SP;
- Pactos de saúde e o PAC/Mais Saúde: José Marcos – Membro do Conselho Nacional de Saúde;
- Informação em legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil e das políticas de combate ao racismo no Brasil e no Estado de São Paulo (a partir da coletânea de materiais estratégicos). Pai Celso Ricardo de Oxaguián/Grupo de Valorização do Trabalho em Rede – GVTR;
- Quadro epidemiológico da saúde da população negra no Estado de São Paulo e o Plano Estadual de Saúde. Prof. Dr. Luis Eduardo Batista – GTAE-SES;
- Plano de ação e estratégias de aplicação do plano. Sra. Maria Lúcia da Silva – AMMA, Psique e Negritude e Sra. Arlete Isidoro.



### **Alguns comentários e recomendações dos participantes:**

- “O curso deve ser oferecido a outros profissionais para que tenhamos um sistema público de saúde com mais qualidade e equidade no atendimento...”;
- “Para a reflexão de nossas próprias atitudes e para poder transformar a realidade e os serviços”;
- “Porque é necessária a mudança de práticas e atitudes racistas...”;
- “Porque o curso é educativo e esclarecedor e possibilita maior aprimoramento de temas já conhecidos e maior qualificação do profissional”;
- “Para melhoria do atendimento nos serviços de saúde”;
- “Para consciência e ampliação da discussão sobre racismo institucional e preconceitos”;
- “Para que a rede forme multiplicadores”;
- “Porque a discriminação deve ser combatida em todos os setores”;
- “É importante que toda a rede do SUS tenha o mesmo conhecimento e compreensão da problemática que é o racismo”;
- “Porque as pessoas precisam ser sensibilizadas para que possa haver mudanças de comportamento.”



# PARTE II

PROJETO EM DESENVOLVIMENTO





# HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: OS MUITOS SENTIDOS DE UM MOVIMENTO

Carmen Simone Grilo Diniz\*

Artigo publicado originalmente na revista *Ciência e Saúde Coletiva*. Diniz, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005, vol.10, n.3, pp. 627-637. ISSN 1413-8123.

## *Origens do termo humanização no parto*

Na assistência ao parto, o termo *humanizar* é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee (Rothman, 1993).

A *humanização* da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento *da outra*, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (Diniz, 1997). A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: *uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e*

---

\* Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

*inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade* (Magalhães, 1916).

Agora a mulher é descrita não mais como *culpada* que deve expiar, mas como *vitima* da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”. Segundo DeLee, para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forcado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, “base da ciência obstétrica”, a pélvis feminina é esquadrinhada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos *hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las* (Cunha, 1989). Para esses autores, o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno “fisiologicamente patogênico”; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria portanto patológico (Rothman, 1993). A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (Diniz, 1997). Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto.

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um *apagamentoda* experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolveria uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado scopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916).

O modelo de assistência acima descrito, da sedação completa associada ao parto instrumental, foi abandonado após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável.

Porém, com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987). Inicialmente restrito às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola, o modelo hospitalar se expandiu como padrão da assistência nas áreas urbanas. Na metade do século 20, o processo de *hospitalização* do parto estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew, 1995). Não sem resistência das parteiras, em alguns países a obstetrícia não-médica, leiga ou culta, foi ilegalizada, assim como o parto não-hospitalizado.

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986). No Brasil, aí se incluem como *rotina* a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva.

Para além da pobreza das relações humanas nessa forma de assistência e do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, o uso irracional de tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (Barros *et al.*, 2005, Costello, 2005). Uma vez que esse uso irracional provoca mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a *des-incorporação* de tecnologia danosa.

O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de *humanização do parto*.

## O movimento pela mudança nas práticas no mundo

*Nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas (Rorty, 1993).*

A crítica ao modelo de assistência, batizada com uma diversidade de termos, se desenvolve a partir de uma variedade de perspectivas. Entre elas profissionais dissidentes, já na década de 1950, como os do movimento pelo *parto sem dor* na Europa, os ativistas do método Dick-Read e o *parto sem medo*, e posteriormente os do método Lamaze e Leboyer (*parto sem violência*). Outra vertente é a do *parto natural* do movimento *hippie* e da contracultura, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm nos EUA (Gaskin, 2003). O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência *baseada em direitos* (WHO, 2005). Foram muito influentes a *abordagem psicosssexual* do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de *parto ativo* de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes *amigas da mulher (womanfriendly)* e *centradas na mulher (woman-centered)* são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (Vinaver, 2001).

Nas ciências sociais, iniciativas de questionamento da prática usam o termo humanização da assistência, já na década de 1970 (Howard & Strauss, 1975). A chamada Antropologia do Parto, ao final dos anos 70, mostrou a assistência como construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual – tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas. Mostra os diferentes *conhecimentos autoritativos* – o conhecimento que baseia as decisões na assistência (Jordan, 1979), entre eles, o do chamado *modelo tecnocrático*, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores. Essas autoras documentaram extensivamente as relações da assistência ao parto com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. Analisaram as contradições com as evidências científicas, e os rituais da assistência como



expressões do *medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência* (Davis-Floyd, 1992). Constitui um campo de pesquisa muito produtivo, freqüentemente ligada ao ativismo feminista e/ou ao de mudança nas práticas (Davis-Floyd & Sargeant, 1997).

Nas ciências da saúde, a crítica à assistência foi relegada à condição de marginal até o final da década de 1970, quando é publicado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, de Roberto Caldeyro-Barcia (1979), que constituiu uma cunha no discurso médico, partindo de um pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica. Redescreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. Foi recebida com frieza e certa hostilidade. O texto questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica.

No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. O Comitê é composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. Inicia-se uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências, MBE (Cochrane, 1989; WHO, 1996; Wagner, 1997). Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, esta inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes (Cochrane, 1973).

Como resultado daquela colaboração, em 1985, a OPAS e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto. Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública

e de defesa de direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza (WHO, 1985), texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança. Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10%- 15% (WHO, 1985). Publicado no prestigioso *Lancet*, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (Wagner, 1997).

Em 1989 esta Colaboração, já com centenas de integrantes, publicou uma revisão exaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde em 1996, sendo desde então conhecidas como as *Recomendações da OMS*. Uma coletânea bastante completa dessas revisões, em uma versão popular dirigida a profissionais e usuárias, foi coordenada pelo canadense Murray Enkin (Enkin *et al.*, 1995).

Na assistência ao parto, a redescrição operada pela MBE é extensa. O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986). Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços.

Assim, a chamada MBE – ela própria redescrita pela interpretação dos ativistas – vem ampliando a legitimidade do discurso pela mudança das práticas, e vice-versa. No Brasil, por exemplo, as “Recomendações da OMS” e o “livro do Enkin” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto. Alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil, como o direito a acompanhantes no SUS (tornado lei em alguns municípios, estados e agora nacional). Outro tema técnico-político é a abolição da episiotomia

de rotina, que já foi objeto de uma campanha (Xô Episio, 2003). A episiotomia é um caso emblemático de violação dos direitos humanos na saúde (França Jr., 2003), um procedimento danoso quando feito de rotina, aos milhões por ano até hoje, apesar de toda a evidência em contrário (Diniz & Chacham, 2004).

As recomendações da OMS foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, sob o título *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático*, e enviada a cada um dos ginecologistas- obstetras e enfermeiras obstetrizes do país em 2000. O livro evidencia que o atendimento ao parto no Brasil se baseia em grande medida naquilo que se busca superar. A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde.

## ***O movimento pela humanização do parto no Brasil***

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco.

Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia *as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento* (Rehuna, 1993). Considera que, no parto vaginal *a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor* (Rehuna, 1993).

É uma denúncia, mas também uma demanda por justiça e um programa de mudanças. A maioria dos integrantes da Rehuna é de profissionais de saúde, muitos dos quais atuando na implantação de serviços ou na pesquisa. São principalmente enfermeiras e médicos, vindos das áreas de obstetrícia ou de saúde pública, trabalhando em serviços públicos ou em ONGs. Há também presença importante de usuárias, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais. No Brasil há uma forte participação dos movimentos de mulheres e feminista (Diniz, 2001; Tornquist, 2004), assim como no movimento internacional (BWHBC, 1998; Goer, 2004). Há também uma presença importante das idéias da Saúde Coletiva e de defesa do SUS. Muitos encontros foram organizados por participantes dessa rede, como o Encontro Parto Natural e Consciente no Rio (anual, no qual ocorre a Plenária Nacional da Rehuna), além de encontros locais. Isto contribuiu para formar uma comunidade que se reunia várias vezes por ano presencialmente, e a partir do fim da década de 1990, virtualmente através de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras (Tornquist, 2004), a maioria criada por consumidoras organizadas de classe média – uma novidade política de *enorme potencial na mudança*. Esta interação levou a uma multiplicidade de perspectivas, de iniciativas pessoais e institucionais, políticas públicas, conflitos, colaborações, divergências e convergências. O movimento pela humanização do parto no Brasil é um *movimento de diversos*, que se abriu, não sem conflitos, ao diálogo e à interfecundação.

Já em 1994 surge no Rio uma primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, que recebeu o justo nome de Leila Diniz. Outros marcos em termos de políticas públicas foram a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas, em 1998, e a proposição das Casas de Parto. Os critérios para a concessão do prêmio são baseados na adesão às recomendações da OMS, tais como a presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras, e controle das taxas de cesárea. Concedido em nível estadual, regional e nacional, o Galba tem provocado uma mobilização dos hospitais e tido a participação de um número de serviços crescente a cada edição, contribuindo para conferir legitimidade ao modelo humanizado – ainda que os serviços premiados enfrentem incontáveis problemas para a implementação do modelo (Tornquist, 2004). O projeto de Casas de Parto, após um início promissor, encontra limites e resistências principalmente dos médicos.

Estas iniciativas inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzido pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de

Humanização de Hospitais, lançados em maio e junho de 2000, com objetivo de abranger centenas de instituições. No caso do PHPN, talvez pela ênfase em garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações, etc.) e seu registro, o programa não incorporou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização à técnica *desumanizada* e sem base na evidência, sendo basicamente um instrumento de gestão.

À medida que o uso do termo humanizar se expande e é utilizado pelos diferentes atores sociais, cada um deles faz sua interpretação e recriação do termo, aplicado para outras formas de assistência. Entre elas, propostas de humanização de hospitais, da assistência ao recém-nascido, ao prematuro (associado ao modelo de “mãe-canguru”), ao abortamento, e inclusive à morte. A humanização aparece como a necessária *redefinição das relações humanas na assistência*, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.

Apesar de o termo humanização ser mais utilizado na América Latina, tem tido um apelo internacional, refletido em iniciativas como a Conferência Internacional pela Humanização do Parto, que contou com mais de duas mil pessoas de dezenas de países, realizada em 2000 em Fortaleza. A segunda edição desta Conferência ocorrerá em novembro de 2005, no Rio de Janeiro. O encontro pretende consolidar um movimento global pela humanização do parto (Goer, 2004), celebrar os 20 anos da Carta de Fortaleza (WHO, 1985) e fazer um balanço dos avanços desde então, projetando os próximos 20 anos de movimento.

## Questões para o SUS: os muitos sentidos da humanização

Enfim como definir *humanização do parto*? Não pretendemos aqui encontrar a versão mais correta ou mais “científica” do que seria essa humanização, mas descrever como cada interpretação do termo explicita a participação dos interlocutores, no diálogo sobre o tema no Brasil.

Abaixo, descreveremos os principais achados de uma pesquisa de doutorado sobre os diferentes sentidos, limites e possibilidades das propostas de humanização da assistência ao parto, em duas maternidades autodefinidas como humanizadas que atendem pacientes do SUS, uma localizada na Zona Sul e a outra na Zona Leste da cidade de São Paulo. Os serviços foram finalistas regionais do prêmio Galba Araújo na sua primeira edição (1999). Nesta pesquisa, mapeamos as várias interpretações do termo *humanização*, reconhecendo que há entre elas

combinações, convergências, divergências e contradições. Com base nesse mapeamento, estudamos também quais os fatores que possibilitavam ou limitavam a implementação da *proposta humanizante*, da perspectiva dos sujeitos envolvidos (Diniz, 2001). Utilizamos uma combinação de metodologias qualitativas, incluindo: observação de plantões nas duas maternidades; produção de depoimentos de profissionais e parturientes por meio de entrevistas semi-estruturadas, e conversas informais durante os plantões observados. Estudamos também as discussões realizadas em três encontros sobre o tema, gravados e transcritos (dos quais participavam ativistas, formuladores de políticas e profissionais); o tratamento dado ao tema em órgãos da imprensa médica em geral e de gineco-obstetrícia em particular, e em documentos normativos. Na análise dos diversos materiais percorremos as seguintes etapas: primeiro a leitura flutuante do material – o contato exaustivo com o texto, permitindo a impregnação pelo conteúdo das transcrições de entrevistas, seminários, cadernos de campo e artigos. Em seguida, fizemos a leitura detalhada e a distribuição em temas; e finalmente, uma análise temática do material, a partir das categorias de análise iniciais, e daquelas que surgiram no decorrer do trabalho (Minayo, 1993; 1995).

## *Humanização como polissemia e como convite ao diálogo*

No decorrer do trabalho, percebemos como cada um desses sentidos dados à humanização, de certa forma, explicita uma *reivindicação de legitimidade* do discurso. Trata-se de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidade, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes. A ordem dos itens abaixo não corresponde a uma hierarquia de importância, difícil de mensurar dada a superposição de sentidos.

a) Humanização como a *legitimidade científica* da medicina, ou da assistência baseada na evidência (*evidence-based*, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). É considerada pelos iniciados como o *padrão ouro*; a prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. A superposição entre a crítica política (da organização do cuidado) e a crítica à técnica (da indicação clínica dos procedimentos) é tão intensa, que a adesão à Rehua por seus filiados é condicionada exatamente à defesa por parte dos mesmos daqueles textos técnico-políticos (WHO, 1985; 1996).

Pelo menos na interpretação dos ativistas, a *humanização*, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina – na

imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o “moderno”, enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar.

Trata-se de uma apropriação política do discurso técnico – uma estratégia não isenta de riscos. A equivalência dos termos *humanização* e *adesão às recomendações da OMS* causa justificável estranhamento. Porém reflete o fato de que essas recomendações expressam, em grande medida, a perspectiva do movimento pela mudança, resultantes do processo de interfecundação conceitual, não sem contradições, que se deu pela participação das usuárias e ativistas no desenho e disseminação das pesquisas. Isto se reflete também na criação de *novos objetos* de estudos randomizados, digamos, *extra-clínicos*, tais como os acompanhantes no parto e a *satisfação* com a assistência (Hodnett, 2002), o respeito aos direitos no parto e a abordagem *baseada em direitos* (Panos, 2001), e mesmo na recuperação dos chamados ensaios pragmáticos sobre *promoção da mudança* institucional (BBI, 2005).

b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (*rights-based*), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações: [...] *As mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – sejam respeitados* (WHO, 1998).

Falar em *humanização* é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da *violência* de gênero e demais *violações de direitos* praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde. Entre eles os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS etc.



Esta abordagem *baseada nos direitos* busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade. Considera que o direito de decidir sobre sua vida e saúde (um direito individual, à liberdade) não pode se realizar sem que existam os direitos sociais (serviços, equidade) que viabilizem essas escolhas (Dora, 1998).

c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos *indivíduos* de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão *coletiva*. A reivindicação de políticas públicas no sentido de uma *legitimidade epidemiológica*, ou de saúde pública. Essa adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Essa é a tônica de alguns documentos da Iniciativa Maternidade Segura, pois a *racionalidade* no uso de recursos *apropriados* aparece como um conceito diferente do mero acesso quantitativo a consultas pré-natais, a leitos e procedimentos obstétricos, independentemente de seu conteúdo e adequação. Este sentido se torna ainda mais importante à medida em que se avolumam as evidências de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal, e se postula uma redução das intervenções iatrogênicas como forma de *promoção da saúde*: *O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural* (WHO, 1996).

d) Humanização como *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetriz – legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local privilegiado do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência. Essa perspectiva envolve disputas corporativas e de recursos, e é um campo de intenso conflito, pois os médicos sentem seu espaço expropriado, reagindo de várias formas. Como na proposta de lei do Ato Médico, em que os demais profissionais de saúde devem estar submetidos à sua supervisão – o que seria incompatível com a prática autônoma das enfermeiras obstetrizes. Esta lei estaria em contradição com as próprias portarias do Ministério da Saúde, inclusive as que instituem os Centros de Parto Normal, constituindo um dos impasses atuais da mudança das políticas públicas.



e) Humanização referida à *legitimidade financeira* (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, uma “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações). Do ponto de vista dos planejadores, essa vantagem aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo, por sua relação custo-benefício, extensão de cobertura e melhora de indicadores, como na fala de um representante do Ministério da Saúde em um seminário: *Não é por mero acaso que essas coisas se reúnem apontando para a mesma direção, a de uma legitimidade financeira, quando se pensa também na eliminação de tecnologias desnecessárias ou na não intervenção. Felizmente, quando a gente discute com os economistas, um novo projeto, uma nova postura, a gente também pode usar o argumento deles, que além de todas as vantagens técnicas, das vantagens das filosofias, afetivas, de crédito, de justiça, elas são mais econômicas também. Eventualmente, esse argumento é muito mais forte do que os anteriores.*

É importante notar que o setor privado pode se beneficiar do modelo oposto, pois uma vez incorporada, a tecnologia deve pagar-se e ser lucrativa. Estudos da relação custo-benefício dos modelos de assistência – e sobre quem paga e quem se beneficia – tem sido uma quase total ausência quando deveriam ser prioritários (NPEU, 2005).

f) Humanização referida à *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde*, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui está fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma “rede privada de assistência humanizada” e ampliando a legitimidade do modelo da MBE, até então restrita ao setor público. Isto inclui a mudança arquitetônica de vários serviços particulares para a superação do modelo de linha de montagem, com a instalação de salas PPP (pré-parto e pós-parto) ou “Labour and Delivery Rooms”, banheiras de hidromassagem para o trabalho de parto e outras inovações.

g) Humanização como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos

às pacientes privadas – como a analgesia de parto. Entre os médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos, “parto humanizado” é praticamente um *sinônimo* de acesso à anestesia peridural, como explica essa médica: *Primeiro, eu acho que não pode haver humanização sem ter peridural. Como podemos ser humanos com a parturiente sem sedar a dor dela, que é uma tarefa primordial do médico?[...] Aí a gente vê que na prática não tem anestesia disponível no SUS, é só discurso.*

Ainda que a anestesia seja formalmente prevista e pagável desde 1998 pelo SUS (portaria/GM/MS 2815), na prática é inviabilizada, pois o pagamento do procedimento “parto” foi aumentado de valor, sem incluir honorários específicos para o anestesista.

Essa idéia da humanização, que coloca a peridural como condição necessária no parto, é sempre referida à tradição hipocrática, ao papel humanitário do médico, que resgataria a parturiente da pena do Gênesis, uma ação em defesa das mulheres e seus direitos. A escolha ou a contingência, por parte do profissional, da assistência ao parto sem analgesia é considerada pelos médicos má técnica, “tigrada” ou “medicina para pobre”, orientada pela carência de recursos. Seria papel do SUS oferecer a indulgência desta pena a todas, democraticamente. O que não ocorre, como conta esse médico: *Então a gente praticamente só conta com anestesista quando é cesárea. Uma rara vez, a gente faz uma peridural humanitária, quando a paciente, às vezes uma adolescente, está muito descompensada. Já no consultório, a gente faz analgesia em praticamente 100% dos partos vaginais.*

A dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia, entre outras. Por isso a experiência, para profissional, de infligir esses procedimentos dolorosos, e para parturiente de submeter-se a eles, *é muito diferente com e sem a peridural.* E suportar a dor da paciente, provocada pelos procedimentos que ele pratica pode ser uma experiência muito penosa também para o profissional. A ponto de, em um estudo recente, a disponibilidade da anestesia peridural ser considerada pelos médicos o fator *mais importante* na lista de “boas condições de trabalho do obstetra” (Diniz, 2004).

## Conclusões

O termo *humanização* do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens *baseadas em evidências* científicas e as *baseadas em direitos*, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. *Humanização* é também um termo estratégico, menos acusatório, para violência institucional.

No caso brasileiro, a obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente *preveni-lo*, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais expostos ou destroçados. Nesta *via de parto*, há também uma certa decência, um apagamento da dimensão sexual do parir.

As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento.

## Referências bibliográficas

- Balaskas J 1996. Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural. Ed. Ground. São Paulo.
- Barros F, Victora C et al. 2005. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 365: 847-854.
- BBi (Better Births Initiative) 2005. Disponível em <<http://www.liv.ac.uk/lstm/ehcap/BBi/bbimainpage.htm>> Acesso em 2005.

- Boston Women's Health Book Collective (BWHBC) 1998. *The New Ourbodies, Ourselves*. Touchstone Simon and Schuster, Nova York.
- Caldeyro-Barcia R 1979. *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Centro Latinoamericanode Perinatologiy Desarrollo Humano, Montevideú.
- CLADEM/CRLP 1998. *Silencio y culplicidad: violencia contra la mujer en los servicios de salud en el Peru*.
- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) 2005. *The mother-friendly childbirth initiative*. Disponível em: <<http://www.motherfriendly.org>>.
- Cochrane AL 1973. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres.
- CochraneAL 1989. Foreword. In I Chalmers, M Enkin & MJNC Keirse (eds.) 1989. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford.
- CostelloA & OsrinD 2005. *Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts*. *The Lancet* 365(9462): 825-826.
- Cunha F 1989. *De como os modismos influenciam as condutas médicas*. *Femina, Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia* 19(11):934-936.
- Davis-Floyd R 1992. *Birth as an American rite of passage*. University of California Press, Berkeley-Los Angeles.
- Davis-Floyd R & Sargeant C 1997. Introduction. In Davis-Floyd R & C Sargeant (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural perspectives*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
- Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/ USP, São Paulo.
- Diniz CSG 2001. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo.
- Diniz CSG & Chacham AS 2004. *The cut above and the cut below: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil*. *Reproductive Health Matters* 12(23): 100-110.

- Diniz CSG 2004. Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Fapesp/CEMICAMP. (Mimeo).
- Dora DD & Silveira DD (orgs.) 1998. Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos. Themis, Porto Alegre.
- EnkinM, KierseM, RenfrewM & NielsonJ 1995. A guide to effective care in Pregnancy and Childbirth. Oxford Medical Publications, Oxford.
- Febrasgo 2000. Tratado de obstetrícia. Revinter, Rio de Janeiro.
- França Jr. I 2003. Saúde pública e direitos humanos, pp.63-69. In E Zóbole & P Fortes. Bioética e saúde pública. Ed. Loyola, São Paulo.
- Gaskin I M 2003. Ina May's Guide to Childbirth. Bantam Books, Nova York.
- Goer H 2004. Humanizing birth: a global grassroots movement. Birth31(4):308-314.
- Hodnett ED 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology 186 (5):S160-72.
- Howard J & Strauss A 1975. Humanizing health care. John Wiley & Sons, Nova York.
- Jordan B 1979. Birth in four cultures: a cross-cultural investigation in Yucatán, Holland, Sweden and the United States. (4a ed.). Ill. Waveland Press, Prospect Heights.
- Kitzinger S 1985. The sexuality of birth, pp. 209-218. In S Kitzinger (ed.). Women's experience of sex. Penguin, Nova York.
- Magalhães F 1916. Lições de clínica obstétrica. 2a ed Livraria Castilho, Rio de Janeiro.
- Martin E 1987. The woman in the body. Beacon Press, Boston.
- Mello e Souza C 1994. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. Camb Q Health Ethics3: 358-366
- Minayo C 1993. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec-Abrasco, São Paulo. Rio de Janeiro.

- Minayo C 1995. Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis.
- Mold J & Stein HF 1986. The cascade effect in the clinical care of patients. NEJM 314(8):512-514.
- NPEU National Perinatal Epidemiology 2005. Birth Center Review. Report 2005. Oxford.
- Odent M 2000. A cientificação do amor. Ed. Terceira Margem, São Paulo.
- O’Dowd M & Philipp E 1994. The history of obstetrics and gynaecology. Parthenon Publishing, Nova York-Londres.
- Paciornik M 1979. Parto de cócoras – aprenda a nascer com os índios. Ed. Brasiliense, São Paulo.
- PanosInstitute 2001. Birth Rights. New approaches to safe motherhood. Disponível em <<http://www.panos.org.uk>>. Acesso em 2005
- Ramos JGL 2003. Morte materna em Hospital Terciário no Rio G. do Sul, Brasil: um estudo de 20 anos. Rev.Bras. Ginecol. Obstet.25(6):431-436.
- Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) 1993. Carta de Campinas. (Mimeo).
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFSDR). Dossiê Humanização do parto.<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>. Acesso em 2005.
- Rezende J 1974. Obstetrícia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Rezende J 1998. Obstetrícia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Rorty R 1993. Feminism, ideology, and deconstruction: a pragmatist view. Special Issue: Feminism and Prag matism. Hypatia8(2). Disponível em <<http://www.cyberartsweb.org/cpace/cspace/schwartz/philosophies.html>>
- Rothman B(ed.) 1993. The Encyclopedia of Chilbearing. The Oryx Press, Nova York.
- Tew M 1995. Safer childbirth? A critical history of maternity care. (2ª d.). Chapman & Hall, Londres.
- Tornquist CS 2004. Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC.

- Vinaver N 2001. Birth day (video). Frank Ferret and Georges Vinaver (Direção).  
Produzido por Sage Femme, Inc.
- Wagner M 1997. Confessions of a dissident, pp. 366-395. In R Davis-Floyd &  
C Sargeant (eds.). Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural  
perspectives. University of California Press, Berkely e Los Angeles.
- Wertz D 1993. Twilight sleep, pp. 403-405. In The Encyclopedia of Childbearing.  
Oryx Press. Nova York
- World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth. The Lancet  
8452(ii):436-437.
- World Health Organization 1986. Recomendations for Appropriate Technology  
Following Birth. WHO Regional Office for Europe. Disponível em <[http://  
www.who.dk](http://www.who.dk)>
- World Health Organization 1996. Care in Normal Birth:A Practical Guide.  
Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Geneva.
- World Health Organization 1998. World health day: safe motherhood. Geneva.
- World Health Organization 2005. Gender and Reproductive Rights. What is a  
rights-based approach? Disponível em <[http://www.who.int/reproductive-  
health/gender/rights.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/rights.html)>
- Xô Episio, 2005. Episiotomia não. Disponível em [http://www.xoepisio.blogger.  
com.br/](http://www.xoepisio.blogger.com.br/)





# AS MUDANÇAS DE PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO SUS: A EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS

Karin Fátima Silveira<sup>1</sup>, Maridite Cristovão Gomes de Oliveira<sup>2</sup>,  
Rosely Januário da Silva<sup>3</sup>, Teresa Sá Martins<sup>4</sup>

## *Histórico do Hospital Geral de São Mateus levando à criação do Centro de Parto Natural e o desenvolvimento das propostas de humanização*

O Hospital Geral de São Mateus foi inaugurado em 13 de março de 1991, sua história começou na década de 70 com a reivindicação do Movimento de Saúde de São Mateus, que aliou a necessidade de serviços de saúde na região ao exercício da cidadania da população.

Inicialmente o atendimento estava voltado às áreas básicas: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ortopedia. A evolução do atendimento foi gradativa, de acordo com reformas estruturais planejadas.

Em 2003, foi definido como um dos eixos da gestão do hospital a humanização das relações. Desde então surgiram programas e atividades que contribuíram para melhora do relacionamento humano de todos os sujeitos envolvidos no processo de atendimento hospitalar.

---

<sup>1</sup> Médica ginecologista obstetra, coordenadora da ginecologia obstetrícia do Hospital Geral de São Mateus. E-mail: karinsilveira@terra.com.br

<sup>2</sup> Médica pediatra, diretora técnica de departamento do Hospital Geral de São Mateus. E-mail: maridite@uol.com.br

<sup>3</sup> Médica ginecologista obstetra, supervisora da ginecologia obstetrícia do Hospital Geral de São Mateus. E-mail: rosely.januario@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira obstétrica, supervisora da enfermagem do CPN.

Para coordenar e acompanhar a humanização do atendimento, em 2003, foi criado o Comitê de Humanização composto por uma equipe multidisciplinar.

Em 2005, nas áreas de parto e nascimento foi implantado o parto natural, realizado em espaço equipado e adequado nomeado Centro de Parto Natural (CPN), que trouxe mudanças significativas no comportamento de profissionais e das clientes.

Também foi implantada a visita dos irmãos na maternidade e na pediatria, e de avós para bebês. O horário da visita geral foi ampliado para 7 horas diárias.

A qualidade de vida do trabalhador também é foco nos programas de humanização e para isso foram criados espaços que possibilitam partilharem suas emoções, problemas, aflições e alegrias por meio de técnicas terapêuticas.

Em 2008, o Curso Humanização no Parto e Nascimento questões étnico-raciais e de gênero veio ao encontro do movimento de humanização do hospital aprimorando o cuidado às mulheres pretas e pardas atendidas nessa instituição.

Foram realizadas muitas sensibilizações com os colaboradores do hospital e com a comunidade sobre a importância da própria pessoa identificar a sua cor e também reflexões sobre racismo.

Hoje, o usuário fala a sua cor naturalmente em todas as entradas da instituição: na recepção do pronto socorro, na internação, no atendimento ambulatorial; inclusive no momento do parto quando a mãe identifica a cor do seu filho.



*CPN do Hospital Geral de São Mateus*

No hospital é realizado um trabalho importante de acompanhamento do “exame do pezinho”; nos casos de exames positivos para anemia falciforme, os pais são chamados e o bebê encaminhado para acompanhamento com hematologista; nos casos de traço falciforme a família é orientada e esclarecida sobre a questão.

### *Considerações sobre a importância da humanização no parto*

A partir do século XX o parto se tornou medicalizado, com as justificativas de que seria mais seguro e diminuiria as taxas de mortalidade materna e neonatal, cada vez mais esquecendo quanto a mulher é importante no nascimento, sendo a personagem principal, não a coadjuvante. O parto deixa de ser um evento familiar e social para se tornar um evento hospitalar, não mais atendendo às necessidades das mulheres, e sim dos profissionais envolvidos com ele (Diniz, 2001; Diniz e Duarte, 2004; WHO, 1996).

Na Antiguidade, o parto era visto como evento social, uma festa em que as pessoas da comunidade, parentes e amigas participavam, ajudando a mulher a superar a dor, compartilhando o sofrimento e acompanhando a assistência da parteira, que cumpria sua missão. De um modo mais humano e diante do saber limitado sobre os mecanismos da reprodução e do parto, as parteiras ou “aparadeiras” contavam com vasta experiência. Dedicadas, nada ou pouco recebiam por seu trabalho, que consideravam um sacerdócio. Acumularam, ao longo dos séculos, o saber empírico sobre a continuidade da vida, transmitindo a médicos e enfermeiras seus conhecimentos (Diniz, 2001; Diniz e Duarte, 2004).

A reentrada dos pais no contexto do trabalho de parto e assistência ao parto iniciou-se na década de 1970, nos países desenvolvidos, entre as famílias nucleares urbanas, objetivando recuperar a afetividade, a valorização da mulher, bem como o resgate da referência familiar, elementos perdidos no processo de hospitalização e medicalização do parto (Bruggemann et al, 2007; Diniz, 2001; Diniz e Duarte, 2004).

O Ministério da Saúde, visando a redução do índice de mortalidade materna e perinatal, em maio de 1998, normatizou a Portaria Ministerial n. 2.815, que considera a importância do acompanhamento do trabalho de parto, o pagamento e treinamento de enfermeiras obstetras para realizar partos normais, em hospitais e em domicílio, e o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. A iniciativa serviu para regulamentar e incluir na tabela

do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra” (Brasil, 1998).

Em 2000, o Ministério da Saúde, preocupado com os altos índices de incidência de morte neonatal e materna, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, sendo normatizada a Portaria Ministerial n. 569, pela qual o Ministério da Saúde executará, de forma articulada com as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, “ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos”. Além disso, teve por objetivo “o incentivo a assistência, a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal” (Brasil, 2000).

Algumas instituições de saúde, apoiadas nesse novo paradigma de humanização do parto e nascimento instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 985/GM, reformaram ou fizeram adaptações em seus espaços para criar um ambiente adequado, que pudesse aconchegar a mulher e seu acompanhante na hora do parto. Assim, nessas instituições foi criado o Centro de Parto Normal (CPN), para que a mulher seja a protagonista de seu parto e seu acompanhante esteja ao seu lado todo o tempo (Brasil, 1999).

Esse contexto de humanização que o Ministério da Saúde normatizou, em forma de portarias ministeriais, tem levado os profissionais de saúde a refletir sobre os modelos medicamentosos e intervencionistas, em razão do elevado índice de cesarianas no país. Outro fator intervencionista e medicamentoso é o uso da episiotomia de maneira rotineira, bem como o uso indiscriminado da ocitocina na indução do parto nas primíparas (Brasil, 2000; Brasil,1999; Brasil,1998). O objetivo da assistência ao parto normal é ter mãe e recém-nascido saudáveis, evitando-se o uso rotineiro de intervenções na condução do parto, garantindo a segurança de ambos. Em muitos países o parto passou de um processo natural a um procedimento controlado, transferindo o local de nascimento do domicílio para o hospital. A proposta de um retorno ao processo natural, em muitas partes do mundo, abriu as portas das salas de parto aos pais e familiares. O hospital passou a ter salas de parto, pré-parto e puerpério que se assemelhavam a um ambiente doméstico, e observou-se que isso aumenta a satisfação materna.

Torna-se de grande importância “o preparo do casal para o parto, pois este abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades, iniciados no pré-natal, que têm como meta o oferecimento da possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processo fisiológico da mulher e único para o casal” (Brasil, 1999).

Portanto, cabe à equipe de saúde buscar compreender os múltiplos

significados da gravidez para o casal, e isso ocorre quando a equipe se dispõe a ouvi-los e acolhê-los. “Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante sobre si mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável”, e acaba por estimular a amamentação dentro da sala de parto, propiciando dessa forma o vínculo afetivo precoce entre a mãe, o bebê e o pai (Brasil, 1999).

Assim, segundo a Portaria n. 985/GM (Brasil, 1999), estabeleceu-se, por meio das seguintes considerações:

- a) a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS;
- b) que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e neonatal;
- c) a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS;
- d) a necessidade da melhoria da qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis; cria o Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

Entende-se por CPN a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias. Cabem as seguintes atribuições ao CPN:

1. Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do recém-nascido;
2. Acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna;
3. Permitir a presença de acompanhante;
4. Avaliar a vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;
5. Garantir a assistência ao parto normal sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente;
6. Garantir a assistência ao RN normal;
7. Garantir a assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

8. Garantir a remoção da gestante nos casos eventuais de risco ou de intercorrências do parto, em unidades de transporte adequada, no prazo máximo de uma hora;
9. Garantir a remoção dos RN de risco para serviço de referência, em unidades de transporte adequadas no prazo máximo de uma hora;
10. Acompanhar e monitorar o puerpério por um período mínimo de 10 dias (puerpério mediato);
11. Desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.



*CPN do Hospital Geral de São Mateus*



## *Descrição da Implantação do CPN no Hospital Geral de São Mateus*

No Hospital Geral de São Mateus as enfermeiras obstétricas começaram a atuar no centro obstétrico no início de 1999 por orientação da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

A Secretaria Estadual de Saúde apoiou a discussão sobre a humanização do parto com a introdução do centro de parto e a atuação da enfermeira obstétrica, por esse ser o profissional mais habilitado para a condução do Parto Natural e o Hospital São Mateus foi pioneiro deste novo modelo de assistência ao parto.

Em maio de 2003, ocorreu a mudança na direção do hospital que assumiu o projeto e iniciou a reforma do espaço físico que levou por volta de 10 meses para se concretizar. Nesse momento formou-se um grupo de trabalho para discussão do Centro de Parto Normal, a humanização na assistência obstétrica e o resgate do Parto Natural. A cada instante foi se tornando mais claro e se fortalecendo a ideia de mudança da denominação do “N” do normal para o “N” do natural, onde as mulheres pudessem resgatar o parto como momento natural na sua vida em conjunto com sua família e não um momento medicalizado. Essa alteração proporcionou uma reflexão de todos os atores envolvidos, desde a população, como os profissionais de saúde e ainda hoje estamos no processo de mudança de cultura institucional em relação ao parto.

E o projeto foi levado como prioridade, o que fez ser conhecido internamente como: “menina dos olhos do hospital”.

Após a definição do Centro de Parto Natural iniciaram-se várias frentes de trabalho:

1. Compra dos equipamentos para o CPN;
2. Contratação de Enfermeiras Obstétricas;
3. Planejamento e organização do CPN e realização de treinamento com abordagem ampla. Neste treinamento foram trabalhadas as mudanças na concepção do trabalho de parto de medicalizado e intervencionista para o natural;
4. Discussão com a equipe de neonatologistas para a realização de um atendimento natural sem intervenção nos recém-nascidos;
5. Realização de protocolos de atendimentos às parturientes, no qual foi definido que o médico obstetra determina onde o trabalho de parto será conduzido conforme o protocolo, no Centro de Parto



Natural (CPN) ou no Centro Obstétrico (CO) de acordo com a avaliação da paciente.

Em dezembro de 2005 foi inaugurado o Centro de Parto Natural reconhecida como uma área diferenciada no Hospital Geral de São Mateus.

### *Descrição da estrutura física do CPN*

O Centro de Parto Natural situa-se no primeiro andar do hospital, juntamente com a maternidade e berçário.

Na entrada do CPN existe uma recepção central para o primeiro acolhimento da gestante em sua internação. O espaço da recepção é amplo e acolhedor permitindo a visualização de todo o CPN.

São oito suítes de parto, individualizadas, em que a mulher permanece com seu acompanhante durante todo o período de pré-parto, parto e pós-parto até o momento da transferência à maternidade. Em quatro delas há banheira de hidromassagem e nas outras, chuveiro com ducha. Todas as suítes estão equipadas do mesmo modo: no quarto há uma bancada para guarda de material de enfermagem e hotelaria, pia para lavagem das mãos, cama tipo PPP (pré-parto, parto e pós-parto), bola, cavalinho, poltrona para amamentação, barras para exercício, mocho, mesa auxiliar para instrumental cirúrgico, carrinho para reanimação neonatal e balança digital. Os quartos têm a mesma cor do corredor com paredes e chão de coloração clara em tons de salmão. Nas portas dos quartos existe um quadro para identificação do nome do bebê que irá nascer. O nome da parturiente fica exposto na cabeceira de sua cama.







*CPN do Hospital Geral  
de São Mateus*



## *CPN e a humanização do parto*

Os primeiros seis meses após a inauguração foram períodos de adaptações das equipes médicas e das enfermeiras, assim como de definições de papéis. Foram realizadas várias reuniões com as equipes de ginecologistas e de enfermeiras obstétricas para que as diferenças pudessem ser transpostas e dessa forma, o serviço foi conquistando seu espaço.

No CPN estão institucionalizadas várias rotinas preconizadas pelo Movimento de Humanização do Parto e Nascimento como: direito a um acompanhante de escolha da parturiente durante todo o trabalho de parto, nascimento e após o parto até a alta do CPN. A mulher tem direito a refeição, a caminhar, a escolher a posição durante o trabalho de parto e no momento do parto, a realizar atividades técnicas para alívio da dor (massagens, cavalinho, exercícios na bola, banho); ao uso criterioso, quando necessário, de indução intravenosa medicamentosa e da abolição das práticas de tricotomia e de lavagem intestinal.

As enfermeiras obstetras têm total autonomia para condução do trabalho, na identificação de alterações na progressão do trabalho de parto e a equipe médica é chamada para avaliar o caso, podendo assumir a condução do trabalho de parto, se necessário.



*CPN do Hospital Geral de São Mateus*

Em 2006, o Hospital São Mateus implantou mais uma prática de humanização no parto, e realizou o primeiro curso de doulas, aquela que está ao lado, que interage, ajuda a mulher no trabalho de parto, nascimento e também após o parto. As “doulas” são mulheres, voluntárias e sem formação técnica específica na área de saúde.

## *Concluindo*

O Hospital Geral de São Mateus traz um novo modelo de assistência ao parto e, quebrando paradigmas, está inovando ao inserir um Centro de Parto Natural dentro de uma instituição pública hospitalar, tornando-se exemplo para outras instituições repensarem sua assistência às mulheres. No Hospital ocorrem cerca de 280 partos por mês, sendo a taxa média mensal de cesariana no hospital é de 25%. O CPN realiza 92% dos partos vaginais do hospital, cerca de 170 partos por mês. O índice de acompanhantes de escolha da parturiente no CPN é de 84%, sendo o próprio companheiro em 57%. Hoje, 56% dos partos são acompanhados naturalmente, sem nenhuma intervenção. As parturientes (84%) avaliaram o atendimento no momento do parto como sendo ótimo e/ou bom.

As mulheres atendidas no Centro de Parto Natural resgatam seu protagonismo durante o processo do parto. Aliado a isso, existe a segurança de uma estrutura hospitalar que oferece condições de atendimento imediato, caso ocorra alguma intercorrência obstétrica e se necessite dos recursos tecnológicos disponíveis.

O Centro de Parto Natural proporciona à mulher um espaço físico privativo, dentro da suíte de parto, permitindo a presença do acompanhante durante todo o trabalho de parto, que pode inclusive participar ativamente no momento do nascimento, cortando o cordão umbilical.

A implantação dessa nova concepção de assistência ao parto, além de inclusiva proporciona um atendimento de excelência, baseado no respeito aos direitos da mulher e a sua dignidade, resgatando a inserção do pai no acolhimento do bebê, se constituindo em uma verdadeira reverência a vida.

## *Referências bibliográficas*

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 8 junho 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985 GM/MS, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal e estabelece normas e critérios de inclusão no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 6 ago 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2815/GM, de 28 de maio de 1998. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro. Diário Oficial da União. 29 junho 1998. Seção 1, p. 48.
- Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saúde Pública 2007; 41 (1): 44-52.
- Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidade e limites da humanização da assistência ao parto [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2001.
- Diniz CSG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? o que toda mulher deve saber: e todo homem também. São Paulo: UNESP; 2004.
- World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide maternal and newborn health/safe Motherhood Unit. Geneva: WHO; 1996.

# DIFERENCIAIS ÉTNICO-RACIAIS NAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO PAULISTA

Estela María García de Pinto da Cunha\*

As mudanças do perfil demográfico ocorridas no Brasil foram muito intensas nos últimos anos. A redução do crescimento populacional e as modificações na estrutura etária, originadas pelo declínio da fecundidade e pelo aumento constante da esperança de vida, foram configurando um processo de envelhecimento populacional em um ritmo relativamente acelerado. Se em 1940 estimava-se uma taxa de fecundidade nacional superior a 6 filhos por mulher, ela diminuiu para 1,95 em 2008; se no início daquele período a esperança de vida ao nascer era estimada em 45 anos, atualmente ela é superior aos 72 anos, e, finalmente, o peso relativo da população maior de 60 anos, que era de 4%, superou os 10% em 2008.

De acordo com as previsões atuais, espera-se que num futuro relativamente próximo – até 2050 – continue aumentando o nível populacional, porém não com a mesma intensidade; que diminua o total de nascimentos; que aumente a predominância de mulheres – em função da sobremortalidade masculina; que aumente significativamente a idade média da população total etc.

Dentro desse panorama nacional, evidências empíricas têm mostrado que o processo de transição demográfica e epidemiológica encontra-se numa fase relativamente avançada no Estado de São Paulo, apresentando novos perfis etários relacionados à queda da fecundidade e o aumento da longevidade de

---

\* Socióloga, demógrafa, doutora em Saúde Pública e pós-doutorando no Population Research Center, The University of Texas at Austin. E-mail: maira@nepo.unicamp.br

forma precoce, quando comparados com a média nacional e as demais unidades da federação.

Desde o início dos anos 1990 a pirâmide etária paulista vem mostrando expressivo estreitamento da sua base e aumento da participação relativa dos grupos etários juvenil e adulto, esperando-se, no futuro, a ininterrupção do aumento proporcional da população com mais de 60 anos.

Em menos de dez anos – de 1993 até 2004 – a esperança de vida no Estado aumentou em quase quatro anos, superando os 73 anos já no fim desse período. Esses ganhos foram obtidos, entre outros fatores, em virtude dos avanços significativos no decréscimo da mortalidade infantil – houve uma redução de 46% nos óbitos de menores de 1 ano entre os anos de 1998 e 2004. Se no ano de 1980 a mortalidade de menores de 1 ano situava-se em níveis superiores a 50 por 1.000 nascidos vivos, no ano de 2004 esse valor diminuiu para 14 por 1.000, significando um decréscimo superior a 70% nos 24 anos considerados.

Em que pese o fato de se reconhecer o Estado de São Paulo como o mais desenvolvido do país e, conseqüentemente, com melhores condições de vida relativas, ainda assim, constata-se desigualdades geográficas e sociais significativas, entre as quais se destacam as referentes à raça/cor da população.

O presente trabalho apresenta os dados disponíveis mais recentes sobre alguns indicadores sociodemográficos segundo raça/cor com a finalidade de explorar o quadro de desigualdade racial que vivencia a população paulista. Assim, espera-se subsidiar a discussão que possa repercutir, entre outras ações, na implementação de políticas públicas que considerem especificidades no que diz respeito às condições de saúde da população negra.

## *Condições socioeconômicas*

Há muito tempo a dimensão socioeconômica é reconhecida como essencial no conhecimento de riscos de doenças e de acesso aos serviços de saúde. A sua utilização em estudos epidemiológicos justifica-se pela busca de maior equidade social por meio da expansão de benefícios sociais.

A mensuração dessa dimensão por meio da quantificação de carência material permite distinguir grupos sociais expostos a diferentes riscos, bem como a identificação de fatores que possam agir como causa do acesso diferencial, além de subsidiar programas de assistência à saúde direcionados à diminuição das assimetrias entre os grupos sociais.

Porém, acredita-se que contemplar essa dimensão isoladamente nos estudos

epidemiológicos leva a um reducionismo que poderia ser evitado ao considerar, conjuntamente, o recorte étnico/racial, incrementando o poder explicativo dos estudos e contribuindo, assim, para a redução das iniquidades no perfil de saúde da população negra.

A seguir serão comentadas informações que refletem as desigualdades da população no acesso de bens e serviços, porém, acrescentando a elas os diferenciais raciais.

Segundo os dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2004, 28,3% da população residente no Estado de São Paulo declarou-se como negra, representando, por sua vez, 29,2% do total da população masculina e 27,3% das mulheres.

Alguns indicadores socioeconômicos disponibilizados na sua grande maioria pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) no relatório “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>) refletem as condições de vida mais precárias da população negra, corroborados por níveis diferenciados de educação, renda, habitação, acesso a serviços básicos, tendo um impacto nas condições de saúde dessa população.

As informações contidas nas Tabelas 1 e 2 expressam marcadas diferenças no acesso dos negros ao sistema de ensino quando comparados com a população branca. Eles representaram no ano de 2004 quase o dobro de analfabetos em comparação com a população branca, assumindo valores de 8% e 4,6%, respectivamente. Uma vez inserida no sistema formal de educação, a população negra chega a completar níveis inferiores de escolaridade, sendo altamente significativa a diferença da proporção de cada um dos grupos nos extremos dos níveis representados pelo ciclo fundamental incompleto – que inclui os

**Tabela 1**

**Taxas de analfabetismo da população de 15 anos e mais, por raça/cor e sexo, segundo faixa etária, Estado de São Paulo, 2004.**

| Faixa etária               | Total <sup>(1)</sup> | Em porcentagem |        |          |                      |        |          |
|----------------------------|----------------------|----------------|--------|----------|----------------------|--------|----------|
|                            |                      | Branco         |        |          | Negro <sup>(2)</sup> |        |          |
|                            |                      | Total          | Homens | Mulheres | Total                | Homens | Mulheres |
| <b>Estado de São Paulo</b> | 5,5                  | 4,6            | 3,5    | 5,6      | 8,0                  | 6,9    | 9,0      |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Incluem os pretos e os pardos.

Tabela 2

**Distribuição dos responsáveis pelo domicílio, por raça/cor e sexo, segundo níveis de instrução, Estado de São Paulo, 2004.**

| Níveis de instrução             | Total<br>(1) | Branços      |              |              | Negros (2)   |              |              |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                 |              | Total        | Homens       | Mulheres     | Total        | Homens       | Mulheres     |
| <b>Estado de São Paulo</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |
| Fundamental incompleto (3)      | 51,0         | 46,9         | 44,7         | 53,0         | 62,3         | 60,5         | 67,2         |
| Fundamental completo            | 10,9         | 10,7         | 11,0         | 9,9          | 11,8         | 12,7         | 9,2          |
| Médio incompleto                | 4,2          | 4,0          | 4,2          | 3,4          | 5,0          | 4,9          | ...          |
| Médio completo                  | 19,7         | 21,1         | 22,2         | 17,9         | 15,9         | 16,8         | 13,4         |
| Superior completo ou incompleto | 14,2         | 17,4         | 17,9         | 15,9         | 5,0          | 5,1          | ...          |

Fonte: Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Incluem os pretos e os pardos.

(3) Inclui aqueles que não têm instrução.

indivíduos sem instrução – e no nível superior. Assim, os negros assumiam um peso proporcional superior a 60% entre os que completaram o primeiro nível, contra 47% dos brancos, e no outro extremo tão somente 5% dos negros alcançaram o nível superior, contra mais de 17% dos brancos.

Ao analisar os padrões de rendimento segundo a raça/cor dos responsáveis pelos domicílios (Tabela 3), ficam evidentes as desigualdades raciais na distribuição da renda domiciliar *per capita*. Em 2004, enquanto 36,1% dos chefes dos domicílios autodeclarados brancos obtiveram uma renda domiciliar *per capita* de até 1 salário mínimo, esse valor supera os 60% ao se tratar de chefes negros. Em contrapartida, nas faixas salariais que representam os melhores níveis da distribuição dos benefícios são os brancos que alcançam maior representatividade. Uma última ressalva válida para esses dados é a comprovação da assimetria de raça/cor em termos da renda em reais. Uma vez mais fica corroborada a posição desvantajosa da população negra ao ser comparada com a branca, já que o valor da renda média domiciliar per capita equivalia, no ano de 2004, a R\$ 603 para os brancos e R\$ 310 para os negros, ou seja, quase 50% inferior àquela auferida pelos brancos.

Fica notório mediante as evidências empíricas que os domicílios chefiados



Tabela 3

Distribuição das pessoas por raça/cor e sexo do responsável pelo domicílio, segundo classes de renda domiciliar *per capita* <sup>(1)</sup>, Estado de São Paulo, 2004.

| Classes da renda domiciliar <i>per capita</i>           | Total <sup>(3)</sup> | Em porcentagem |              |              |                       |              |              |
|---|----------------------|----------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
|   |                      | Brancos        |              |              | Negros <sup>(4)</sup> |              |              |
|   |                      | Total          | Homens       | Mulheres     | Total                 | Homens       | Mulheres     |
| <b>Estado de São Paulo</b>                              | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b>   | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>          | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |
| Até 0,25 SM   | 4,7                  | 3,3            | 3,0          | 4,7          | 7,8                   | 6,3          | 12,2         |
| Mais de 0,25 SM até 0,5 SM                              | 11,7                 | 8,9            | 8,4          | 10,9         | 18,2                  | 18,1         | 18,6         |
| Mais de 0,5 SM até 1 SM                                 | 26,9                 | 23,9           | 23,5         | 25,2         | 34,4                  | 34,7         | 33,6         |
| Mais de 1 SM até 2 SM                                   | 28,7                 | 30,0           | 30,4         | 28,5         | 26,0                  | 26,9         | 23,2         |
| Mais de 2 SM até 5 SM                                   | 20,9                 | 24,6           | 25,2         | 22,4         | 11,9                  | 12,1         | 11,2         |
| Mais de 5 SM até 10 SM                                  | 5,3                  | 6,8            | 7,1          | 5,8          | 1,4                   | 1,5          | ...          |
| Mais de 10 SM   | 2,0                  | 2,5            | 2,5          | 2,6          | ...                   | ...          | ...          |
| Renda domiciliar <i>per capita</i> média <sup>(2)</sup> | 520                  | 603            | 613          | 566          | 310                   | 319          | 281          |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Salário mínimo de setembro de 2004.

(2) Em reais de setembro de 2004.

(3) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(4) Incluem os pretos e os pardos.

por brancos são, comparativamente, mais favorecidos no que tange ao acesso a serviços de infraestrutura básica (Tabela 4). É verdade que não se observam diferenças significativas dependendo da raça/cor do chefe do domicílio ao se tratar da disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água, mas o diferencial racial existe quando se explora a magnitude de domicílios com esgotamento sanitário e coleta de lixo, visto que as menores proporções de domicílios que dispõem desses serviços se apresentam entre aqueles cujos chefes são autodeclarados negros.

Quando se analisa o comportamento do indicador sintético relativo à inadequação habitacional, estimado a partir de uma série de características do domicílio, como acesso a serviços, adensamento, qualidade estrutural etc., constata-se que a proporção de chefes de domicílios negros paulistas que vivem em moradias consideradas não adequadas é o dobro dos chefes brancos (Tabela 5).

**Tabela 4**

**Proporção dos domicílios, por raça/cor e sexo do responsável pelo domicílio, segundo ligações às redes públicas de serviços urbanos, Estado de São Paulo, 2004.**

| Ligações às redes públicas | Total <sup>(1)</sup> | Branco |        |          | Negro <sup>(2)</sup> |        |          |
|----------------------------|----------------------|--------|--------|----------|----------------------|--------|----------|
|                            |                      | Total  | Homens | Mulheres | Total                | Homens | Mulheres |
| Energia elétrica           | 99,9                 | 99,9   | 99,9   | 100,0    | 99,8                 | 99,7   | 100,0    |
| Abastecimento de água      | 96,3                 | 96,3   | 95,9   | 97,6     | 96,3                 | 95,8   | 97,6     |
| Esgotamento sanitário      | 87,3                 | 89,5   | 89,3   | 90,1     | 81,6                 | 81,0   | 83,2     |
| Coleta de lixo             | 93,0                 | 93,8   | 93,6   | 94,4     | 90,9                 | 90,4   | 92,3     |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Incluem os pretos e os pardos.

**Tabela 5**

**Distribuição dos domicílios urbanos, por raça/cor e sexo do responsável pelo domicílio, segundo condição de moradia<sup>(1)</sup>, Estado de São Paulo, 2004.**

| Condição de moradia        | Total <sup>(2)</sup> | Branco       | Negro <sup>(3)</sup> |
|----------------------------|----------------------|--------------|----------------------|
|                            |                      | Total        | Total                |
| <b>Estado de São Paulo</b> | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>         |
| Adequadas                  | 75,4                 | 80,6         | 61,3                 |
| Não adequadas              | 24,6                 | 19,4         | 38,7                 |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) A proporção de moradias adequadas foi calculada subtraindo-se do total de domicílios particulares permanentes urbanos os domicílios que apresentavam pelo menos um dos seguintes tipos de inadequação habitacional: ausência de água de rede geral, canalizada para o domicílio ou para a propriedade; ausência de esgoto sanitário por rede geral ou fossa séptica; área insuficiente para morar, medida pelo adensamento excessivo, isto é, domicílios com três pessoas ou mais por cômodo servindo como dormitório; qualidade estrutural inadequada, devido ao uso de materiais não duráveis nas paredes e teto, ou à não conformidade com os padrões construtivos e urbanísticos (aglomerados subnormais); e insegurança da posse, como no caso dos domicílios edificados em terrenos de propriedade de terceiros e outras condições de moradia, como invasões.

(2) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(3) Incluem os pretos e os pardos.

## *Condições de saúde*

No que tange ao tema dos diferenciais raciais em saúde, constata-se que ele surgiu há relativamente pouco tempo como um dos temas relevantes nos estudos de saúde coletiva. A despeito disso, conta-se hoje com um importante acúmulo do conhecimento que, de modo geral, aponta sistematicamente para especificidades raciais que condicionam o surgimento de quadros diferenciados no que diz respeito ao processo saúde/doença, cuidados e morte. Em face dessas constatações se faz absolutamente necessário assumir uma postura de alerta na observância de ditas especificidades, considerando o recorte étnico/racial como dimensão fundamental nos diagnósticos da situação de saúde e na implementação de ações concretas destinadas a restringir as assimetrias em saúde.

A comunidade negra, junto com a academia, iniciou um movimento orientado a promover a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde, tendo como marco inicial um seminário realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no ano de 1991. Nessa ocasião, baseados em evidências empíricas que assinalavam diferenciais raciais no nível e estrutura de fecundidade e nas taxas de mortalidade infantil, decidiu-se incorporar esse quesito aos sistemas municipais. A ideia da importância de considerar o recorte étnico-racial nos estudos das desigualdades em saúde foi se expandindo e, no ano de 1996, o Ministério da Saúde determina que esse quesito passe a ser parte das informações coletadas nos sistemas de informação nacionais.

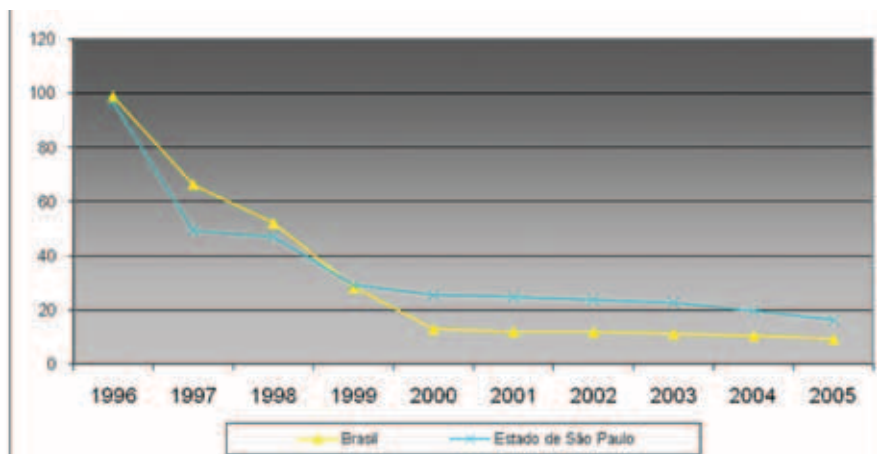
Desde o ano de sua inclusão verifica-se uma melhora substancial no preenchimento do quesito raça/cor nas informações de nascimentos e óbitos, tanto no país como no Estado. Os Gráficos 1 e 2 deixam evidente essa tendência histórica da evolução da qualidade do preenchimento, mostrando que nos registros de nascimentos a porcentagem sem declaração de raça/cor situava-se num patamar inferior a 20% em São Paulo e aproximadamente 10% no país como um todo, no ano de 2005.

Ao se tratar da declaração dos óbitos, verifica-se que foi no Estado de São Paulo que se alcançou uma redução substancial dos registros com o quesito raça/cor desconhecido. Essa unidade da Federação assume uma posição relativa de maior cobertura quando em comparação com a média nacional, chegando a ser mínima a porcentagem daqueles sem registro desse item, perto do final do período considerado.

A seguir serão comentadas sucintamente algumas informações relativas a fecundidade e mortalidade – infantil e por causas externas –, assim como dados sobre acesso a serviços de saúde segundo a raça/cor declarada.

Gráfico 1

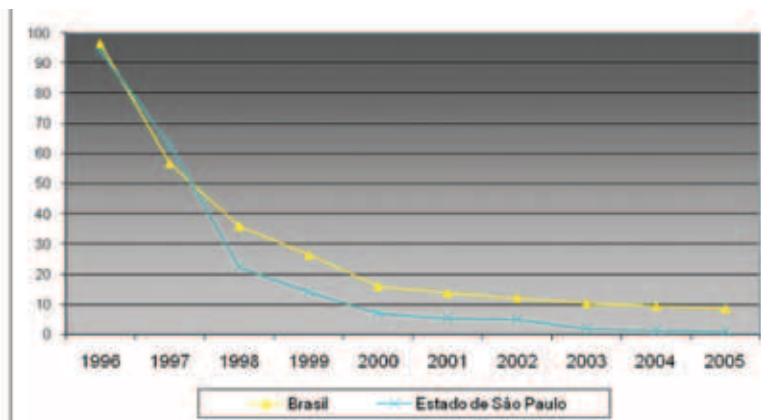
Porcentagem de declarações de nascimentos sem declaração de raça/cor,  
Brasil e Estado de São Paulo, 1996-2005



Fonte: SINASC/MS; NEPO/Unicamp.

Gráfico 2

Porcentagem de declarações de óbitos sem declaração de raça/cor  
Brasil, Estado de São Paulo 1996-2005



Fonte: SIM/MS; Nepo/Unicamp.

Segundo as informações dos censos demográficos de 1991 e 2000, pode-se constatar uma tendência de decréscimo no nível da taxa de fecundidade total entre mulheres residentes do Estado de São Paulo, passando de 2,5 para 2,1 filhos por mulher, nos anos considerados (Tabela 6). Ao se considerar o quesito raça/cor verifica-se a tendência de diminuição do número médio de filhos por mulher em ambos os grupos raciais. Porém, faz-se necessário ressaltar que o diferencial entre as mulheres negras e brancas se mantém por meio do tempo. Assim, se próximo ao ano de 1991 as mulheres negras assumiam uma média de 3 filhos, diminuindo para 2,5 no ano de 2000, entre as brancas esses valores eram de 2,3 e 1,9 filhos por mulher, respectivamente.

**Tabela 6**

**Taxa de fecundidade total <sup>(1)</sup> por raça/cor da mulher,  
Estado de São Paulo, 1991-2000.**

| Regiões administrativas | Total <sup>(2)</sup> | Filhos por mulher |                      |
|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|                         |                      | Branca            | Negra <sup>(3)</sup> |
| <b>1991</b>             | <b>2,5</b>           | <b>2,3</b>        | <b>3,0</b>           |
| <b>2000</b>             | <b>2,1</b>           | <b>1,9</b>        | <b>2,5</b>           |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Número de filhos nascidos vivos tidos por mulher no final do período reprodutivo.

(2) Inclui a população branca, amarela e indígena.

(3) Inclui a população parda e preta.

Sabe-se que adequados controles no pré-natal são de fundamental importância para mapear riscos a que estão expostas as gestantes e as crianças que estão por nascer. Esse acompanhamento na gravidez permite a diminuição de riscos específicos, como óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, a maioria facilmente evitável por meio de adequada assistência ao ciclo gravídico puerperal.

Por outro lado, as condições gerais de assistência e a própria organização dos serviços especializados deveriam objetivar, também, que se tenha uma criança saudável, nascida a termo, de peso normal e tentar diminuir ao máximo possíveis efeitos dos fatores de risco.

Por tudo isso, achou-se relevante apresentar aqui informações sobre dois indicadores que permitem explorar o acesso aos serviços de saúde e a possível existência de assimetrias raciais. Um deles diz respeito aos controles de pré-natal e outro refere-se ao peso dos recém-nascidos.

Observa-se que, em que pese o fato de serem as mulheres negras as que em média têm um número maior de filhos, os dados contidos na Tabela 7 apontam a uma grande disparidade racial ao se verificar a proporção de mulheres segundo o total de controles de pré-natal durante a gravidez. Embora a proporção de mulheres residentes no Estado de São Paulo que fizeram pelo menos 7 consultas no período gravídico – número esse recomendado como mínimo pela Organização Mundial de Saúde – seja de 72,6%, a diferença segundo raça/cor mostra-se expressiva. Isso por que enquanto as mulheres brancas, superando a média estadual, alcançavam um patamar de 76%, só 61% das mulheres negras completaram a gravidez tendo feito no mínimo 7 consultas.

**Tabela 7**

**Proporção de mães com assistência pré-natal (com 7 consultas ou mais),  
Direções Regionais de Saúde, 2004.**

| Direções Regionais de Saúde | Total <sup>(1)</sup> | Branca | Em porcentagem       |
|-----------------------------|----------------------|--------|----------------------|
|                             |                      |        | Negra <sup>(2)</sup> |
| <b>Estado de São Paulo</b>  | 72,6                 | 75,5   | 61,3                 |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Inclui a população parda e preta.

Outro dado relevante diz respeito à desigualdade racial no peso dos filhos recém-nascidos (Tabela 8). Enquanto no Estado de São Paulo a proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer é de 9% – valor próximo ao encontrado nos países desenvolvidos. Essa informação aponta para um maior risco relativo dos filhos recém-nascidos de mães negras, em função da associação comprovada de baixo peso ao nascer e altas taxas de mortalidade e morbidade.

As informações contidas na Tabela 9 apontam que a grande maioria da população residente em São Paulo é potencialmente usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, no ano de 2003, 61% da população maior de 15 anos declarou não possuir cobertura por nenhum tipo de plano de saúde. Ao utilizar a variável raça/cor verifica-se que essa porcentagem sobe para 75% no caso de negros, enquanto os maiores de 15 anos e autodeclarados brancos possuíam cobertura em mais de 44% dos casos. É necessário destacar que, independente da raça/cor declarada, foram os homens os que, em maior proporção, declararam não ter cobertura por planos de saúde privados.

Tabela 8

**Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, por raça/cor,  
Direções Regionais de Saúde, 2004**

| Direções Regionais de Saúde | Total <sup>(1)</sup> | Branca | Em porcentagem       |
|-----------------------------|----------------------|--------|----------------------|
|                             |                      |        | Negra <sup>(2)</sup> |
| <b>Estado de São Paulo</b>  | 9,1                  | 8,7    | 10,0                 |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Inclui a população parda e preta.

Tabela 9

**Distribuição dos indivíduos de 15 anos e mais, por raça/cor e sexo,  
segundo cobertura de plano de saúde e autoavaliação do Estado de saúde.,  
Estado de São Paulo, 2003.**

| Cobertura de plano de saúde             | Total <sup>(1)</sup> | Em porcentagem |              |              |                      |              |              |
|---|----------------------|----------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|
|   |                      | Branco         |              |              | Negro <sup>(2)</sup> |              |              |
|   |                      | Total          | Homens       | Mulheres     | Total                | Homens       | Mulheres     |
| <b>Total</b>                            | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b>   | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |
| Cobertos                                | 39,5                 | 44,2           | 42,1         | 46,1         | 25,3                 | 23,4         | 27,2         |
| Não cobertos                            | 60,5                 | 55,8           | 57,9         | 53,9         | 74,7                 | 76,6         | 72,8         |
| <b>Autoavaliação do estado de saúde</b> |                      |                |              |              |                      |              |              |
| <b>Total</b>                            | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b>   | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |
| Muito bom e bom                         | 78,7                 | 80,1           | 82,5         | 77,9         | 74,9                 | 78,2         | 71,7         |
| Regular                                 | 18,1                 | 16,9           | 14,8         | 18,9         | 21,4                 | 18,6         | 24,1         |
| Ruim e muito ruim                       | 3,2                  | 3,0            | 2,7          | 3,2          | 3,7                  | 3,3          | 4,2          |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Incluem os pretos e os pardos.

Outra informação diz respeito à autoavaliação do estado de saúde da população maior de 15 anos. Do total de residentes no Estado de São Paulo, a grande maioria (79%) declarou que o estado de saúde era muito bom ou bom, resposta essa mais prevalente entre a população branca (80%) quando comparada

com a população negra (75%). Por outro lado, ao considerar o sexo e a raça/cor, as mulheres negras são as que proporcionalmente declaram-se com saúde ruim ou muito ruim.

Com relação ao acesso a serviços de saúde, um último comentário sobre as consultas ao dentista entre os maiores de 15 anos. Fica evidente (Tabela 10) o maior peso proporcional da população negra – ao ser comparada com a branca – que nunca foi ao dentista. Isso é mais marcante entre a população masculina, alcançando valores superiores a 5% no grupo negro, sendo menor que a 2,5% entre os brancos. Entre os que alguma vez fizeram consultas odontológicas, mais uma vez os negros são os que se colocam numa situação comparativamente mais desvantajosa, por serem eles os que majoritariamente consultaram o dentista num passado mais remoto, superando pelo menos um ano desde o momento da pesquisa.

Ao se tratar da mortalidade segundo a raça/cor, foram analisados os dados mais atualizados disponíveis referentes à mortalidade de menores de 1 ano e as

**Tabela 10**

**Distribuição dos Indivíduos de 15 anos e mais, por raça/cor e sexo, segundo situação de consulta ao dentista, Estado de São Paulo, 2003.**

Em porcentagem

| Situação de consulta ao dentista | Total <sup>(1)</sup> | Brancos      |              |              | Negros <sup>(2)</sup> |              |              |
|----------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|
|                                  |                      | Total        | Homens       | Mulheres     | Total                 | Homens       | Mulheres     |
| <b>Total</b>                     | <b>100,0</b>         | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>          | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |
| Nunca foi ao dentista            | 2,6                  | 1,9          | 2,5          | 1,3          | 4,4                   | 5,2          | 3,5          |
| Já consultou                     | 97,4                 | 98,1         | 97,5         | 98,7         | 95,6                  | 94,8         | 96,5         |
| Há menos de 1 ano                | 45,0                 | 47,3         | 44,6         | 49,7         | 38,7                  | 35,8         | 41,7         |
| Há 1 ano ou mais                 | 52,4                 | 50,8         | 52,9         | 49,0         | 56,9                  | 59,0         | 54,8         |

**Fonte:** Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

(1) Inclui os amarelos, os indígenas e aqueles sem declaração de raça/cor.

(2) Incluem os pretos e os pardos.

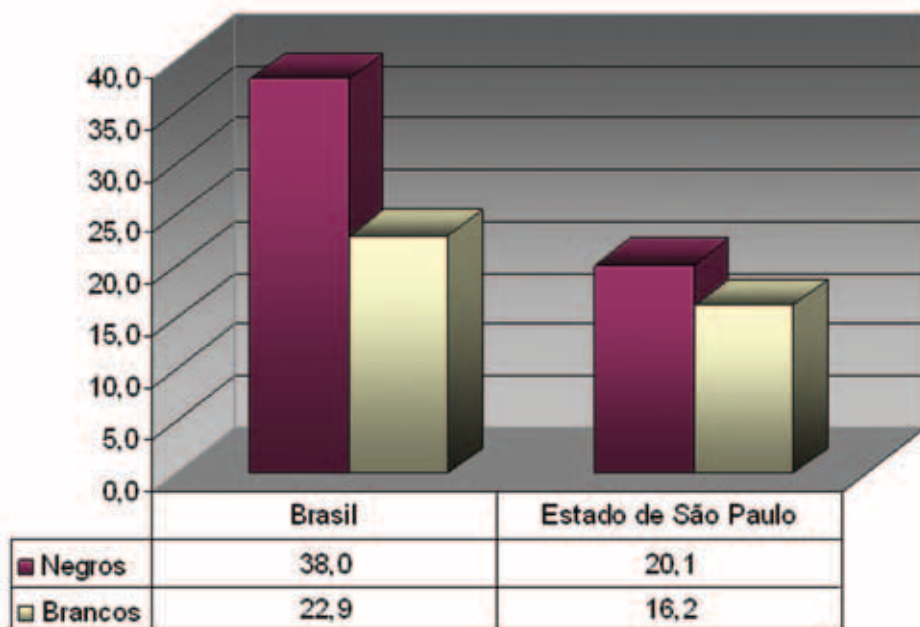
taxas de homicídios, que foram escolhidos por serem altamente significativos das disparidades raciais e, conseqüentemente, servem para chamar a atenção quanto à necessidade de incorporar o recorte étnico/racial nos estudos sobre os níveis e estrutura da mortalidade.



Comecemos pelos níveis de mortalidade infantil calculados mediante a aplicação de técnicas indiretas às informações coletadas pelo censo demográfico de 2000. Os resultados representados no Gráfico 3 explicitam a diversidade racial nos níveis da mortalidade dependendo da raça/cor das mães de crianças mortas com menos de 1 ano de vida. As diferenças nos níveis de mortalidade infantil entre negros e brancos se apresentam mais acentuadas no país quando comparadas com o Estado de São Paulo. Enquanto no Brasil a mortalidade de menores de 1 ano de mães negras era 40% superior à das brancas, esse valor diminui para 19% em São Paulo. Mesmo que essa diferença seja menor em São Paulo, igualmente o falecimento precoce das crianças de mães negras numa proporção mais alta mostra-se como um diferencial sumamente importante a ser destacado.

**Gráfico 3**

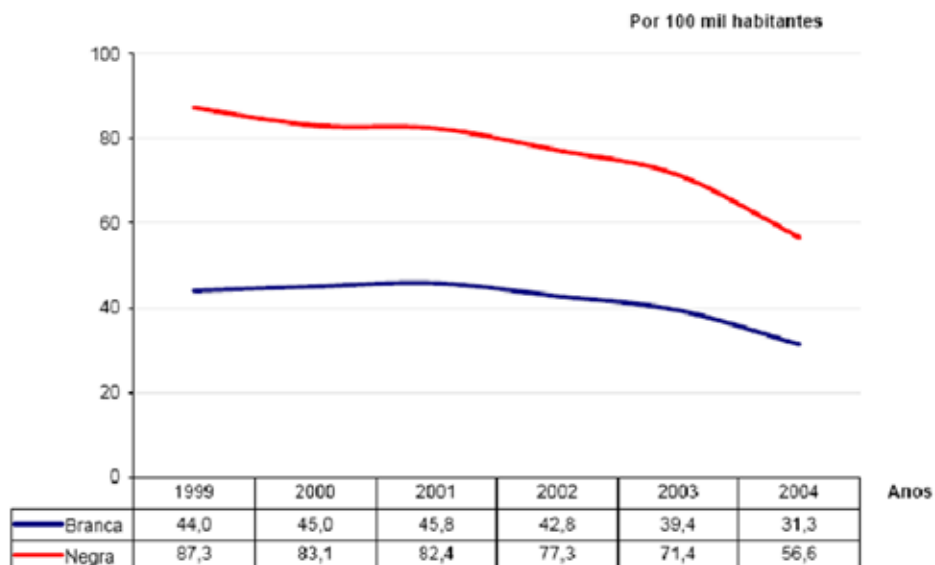
**Taxas de mortalidade infantil segundo raça/cor,  
Brasil e Estado de São Paulo, 2000**



Fonte: Atlas Racial Brasileiro 2005.

## Gráfico 4

### Taxas de mortalidade por homicídio, por raça/cor, Estado de São Paulo, 1999-2004



Fonte: Fundação SEADE, “Indicadores de Desigualdade Racial – IDR” (<http://www.seade.gov.br/index.php>).

No Brasil e no Estado de São Paulo as mortes violentas respondem pela terceira causa de morte, depois das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias.

Os resultados apresentados no Gráfico 4 mostram uma tendência de redução das taxas de mortalidade por homicídios entre a população paulista, entre 1999 e 2004. Entretanto, se quer chamar a atenção neste momento à permanência de diferenças raciais significativas desde o início até o fim do período considerado. Sem dúvida é a população negra a que apresenta maiores riscos de morte por homicídio quando comparada com a branca, alcançando valores que representam o dobro daqueles relativos a esta última. Assim, foram contabilizadas 87 mortes por homicídio para os negros contra 44 mortes por homicídio para os brancos por 100 mil habitantes, em 1999. No ano de 2004, mesmo com a queda no nível das taxas, os grupos segundo a cor declarada assumem valores de 57 e 31 por 100 mil habitantes, respectivamente.

## Comentários

As pesquisas de saúde realizadas no Brasil referentes à população negra são, ainda, relativamente escassas e geralmente centram-se numa visão economicista, atribuindo a morbidade e a mortalidade – em níveis altos e de forma precoce – somente pela determinação das condições de vida a que essa população está exposta.

Hoje se conta com constatações suficientes da existência de doenças raciais, devido à condição e predisposição biológica que fazem com que elas surjam com maior frequência ou com exclusividade em determinados grupos raciais. Entre elas podem-se mencionar: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial; diabetes melito; deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase etc.

Pode-se dizer que predisposições biológicas que aparecem mais em alguns grupos raciais junto com a interação das condições de vida podem provocar o desenvolvimento de certas doenças de forma mais prevalente em determinados grupos populacionais.

Neste artigo mapearam-se sucintamente constatações empíricas, permitindo confirmar que os diferentes grupos raciais não usufruem igualmente as oportunidades que permeiam a sociedade brasileira, condicionando a população negra a assumir uma posição relativamente desvantajosa com relação à branca.

Assim, os dados aqui apresentados corroboram a existência de diferenças raciais nos mais baixos níveis educacionais, nas piores condições de moradia, na apropriação de menores níveis de renda, nas menores oportunidades de acesso a serviços de infraestrutura básica, na menor cobertura por planos de saúde, no menor acesso a serviços de pré-natal e odontológicos. Por outro lado, também foram descritos os comportamentos diferenciais, dependendo da raça/cor declarada, dos níveis de fecundidade, da maior proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, das taxas mais elevadas de mortalidade infantil assim como das taxas de morte por homicídio.

Todavia, acredita-se que existem grandes desafios a serem encarados para reverter o quadro de desigualdades raciais, tendo que considerar os possíveis aspectos genéticos como parte dos condicionantes do processo de saúde–doença–morte conjuntamente com as ocorrências, condições, agravos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e tratamentos de doenças, derivados de condições socioeconômicas desfavoráveis a que a população negra está exposta.

## *Referências bibliográficas*

Brasil. Ministério da Saúde. SINASC/DATASUS. Banco de Dados. Brasília.

Fundação IBGE. PNAD 2004. Rio de Janeiro, 2004.

Fundação SEADE. Indicadores de desigualdade racial – IDR. São Paulo, s.d. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/index.php>>.

PNUD. Atlas racial brasileiro 2004. Brasília, 2005.

# APRESENTAÇÕES

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.

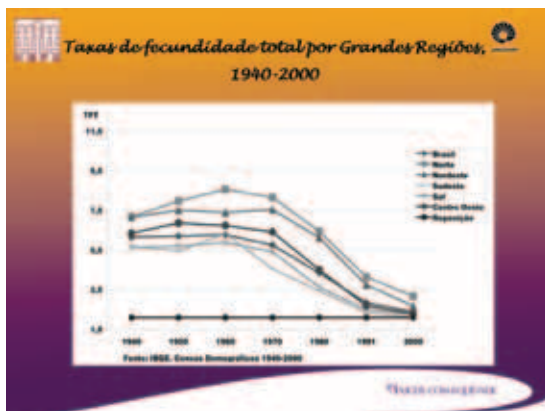
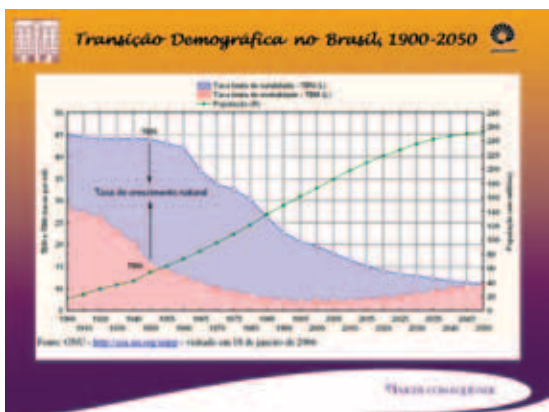


### Indicadores Demográficos Brasil, 1950-2050

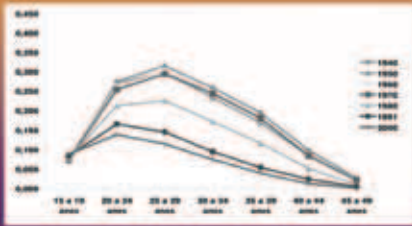
|  | 1950   | 2000    | 2050    |
|--|--------|---------|---------|
| População (milhões)                                  | 53 876 | 189 406 | 257 110 |
| População Masculina (milhões)                        | 26 776 | 91 870  | 122 220 |
| População Feminina (milhões)                         | 27 100 | 97 536  | 124 890 |
| Porcentagem População de 0-14 anos                   | 34,9   | 9,7     | 6,8     |
| Porcentagem População de 15-24 anos                  | 24,9   | 18,2    | 13,9    |
| Porcentagem População de 40 anos ou mais             | 4,9    | 8,8     | 25,0    |
| Porcentagem População de 65 anos ou mais             | 3,0    | 6,1     | 15,2    |
| Porcentagem População de 80 anos ou mais             | 0,3    | 1,2     | 5,8     |
| Idade Média (em anos)                                | 19,2   | 30,8    | 40,3    |
| Densidade Popacional (pessoas por km²)               | 6      | 22      | 30      |
| 1950-1970    1980-2000    2010-2050                  |        |         |         |
| Mutação Popacional Anual (em milhões)                | 2 760  | 2 098   | 627     |
| Reassentamento Anual (em milhões)                    | 2 670  | 2 721   | 2 958   |
| Mortes Anuais (em milhões)                           | 900    | 1 188   | 2 425   |
| Taxa de Crescimento (%)                              | 0,36   | 1,39    | 0,20    |
| Taxa Bruta Natalidade (por 1.000)                    | 44,0   | 20,7    | 11,7    |
| Taxa Bruta Mortalidade (por 1.000)                   | 10,4   | 6,6     | 9,4     |
| Taxa de Mortalidade (por mil de 1500 por mulher)     | 0,33   | 0,35    | 0,85    |
| Taxa Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) | 134,7  | 27,4    | 7,0     |
| Esperança de Vida ao Nascer, ambos os sexos (anos)   | 52,9   | 70,3    | 79,2    |
| Esperança de Vida ao Nascer, Feminino (anos)         | 56,2   | 74,4    | 79,7    |
| Esperança de Vida ao Nascer, Masculino (anos)        | 52,7   | 74,4    | 80,7    |

Fonte: FAZES CONSULTING, baseado em 20 de outubro de 2006.

FAZES CONSULTING



**Evolução das taxas específicas de fecundidade por idade da mulher. Brasil, 1940-2000**



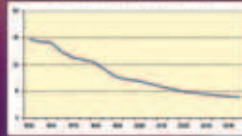
IBGE - CENSO 2000

**Indicadores Demográficos Brasil, 1950-2050**

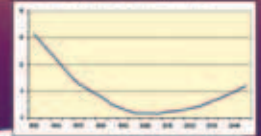
Esperança de Vida ao Nascer



Taxa Bruta de Natalidade

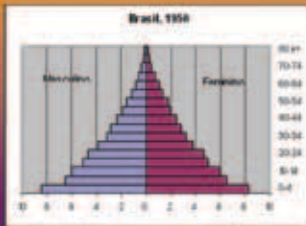


Taxa Bruta de Mortalidade



IBGE - CENSO 2000

**Pirâmides Etárias Brasileiras 1950, 1980, 2000 e 2050**



IBGE - CENSO 2000

**Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo as Unidades da Federação - 2006**

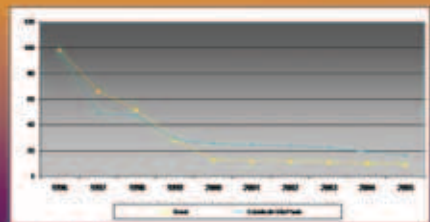


IBGE - CENSO 2000

**Evolução da Qualidade de Informação**

IBGE - CENSO 2000

**% de Nascimentos sem declaração de Raça/Cor Brasil e Estado de São Paulo, 1996-2005**



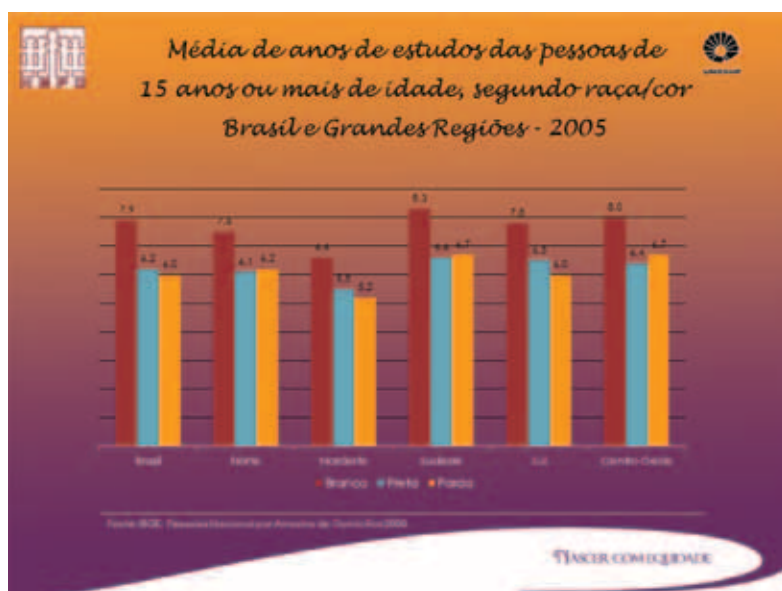
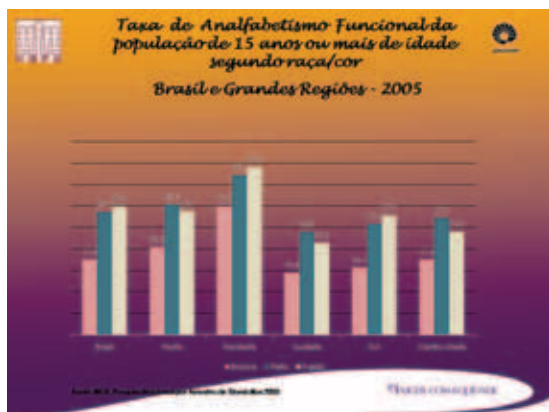
IBGE - CENSO 2000



### Condições de vida e raça/cor

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO









*Média de anos de estudos da população de 25 anos e mais de idade*



*Brasil, Estado de São Paulo - 2000*



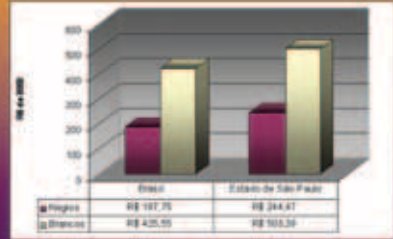
UNICAMP CONQUISTA



*Renda média domiciliar per capita segundo raça/cor*



*Brasil, Estado de São Paulo - 2003*



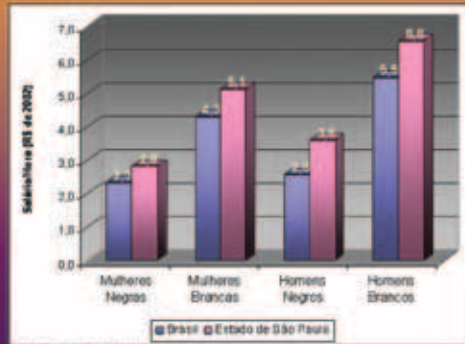
UNICAMP CONQUISTA



*Média de rendimentos no trabalho - Salário/Hora segundo sexo e raça/cor*

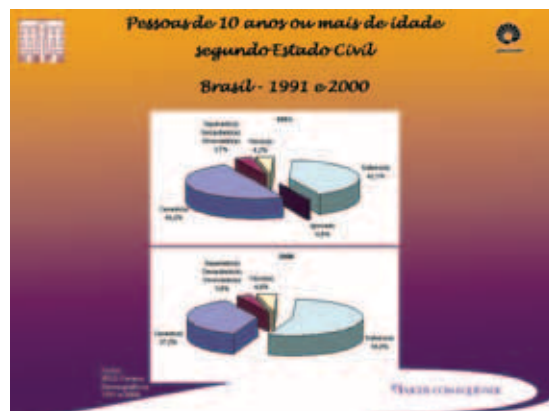


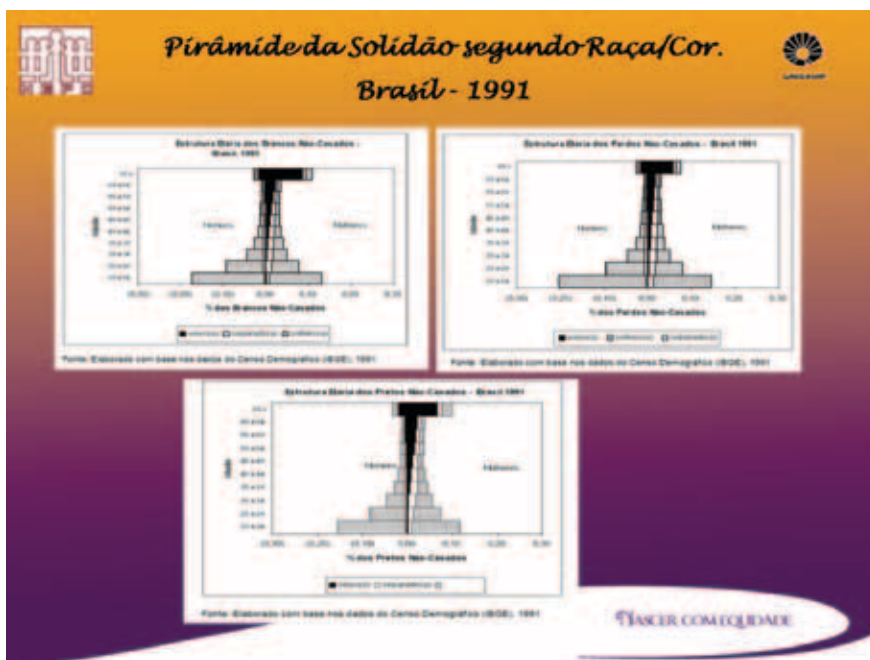
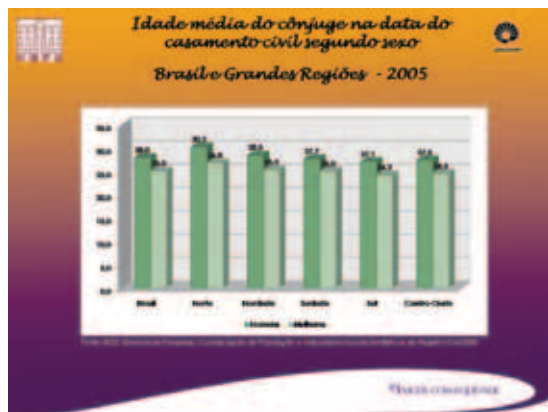
*Brasil, Estado de São Paulo - 2003*



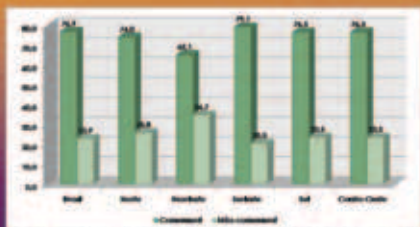
Fonte: IBGE/CENSA 2003 - Alvar, Faixa Branca, 2003.

UNICAMP CONQUISTA





Proporção de separações judiciais concedidas, por natureza da ação  
Brasil e Grandes Regiões - 2005



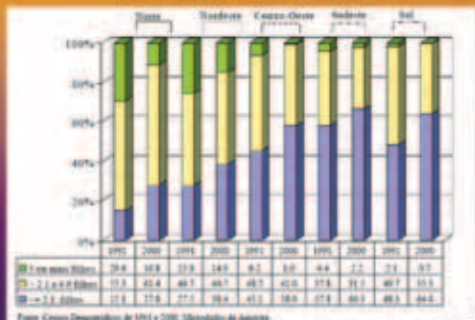
IBRAN - 2006

Taxa de Nupcialidade dos idosos, por sexo  
Brasil e Grandes Regiões - 2005



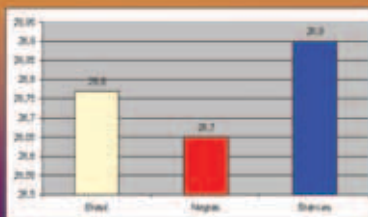
IBRAN - 2006

Distribuição de mulheres de 15 a 49 anos conforme regime de fecundidade  
Grandes Regiões - 1991 e 2000



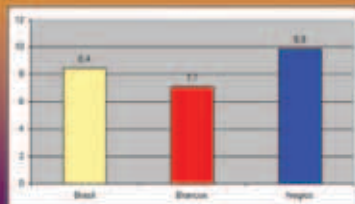
Fonte: Censos Demográficos de 1991 e 2000. Ministério de Saúde.

Idade média da fecundidade segundo raça/cor. Brasil - 2000



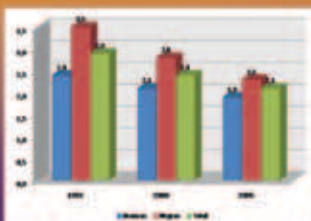
IBRAN - 2006

Porcentagem de mulheres de 15 a 17 anos com filhos segundo raça/cor. Brasil - 2000.

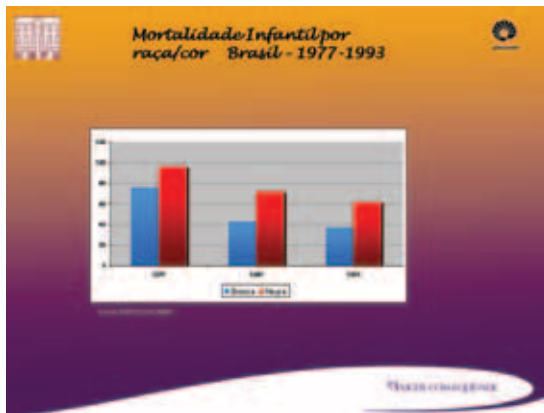
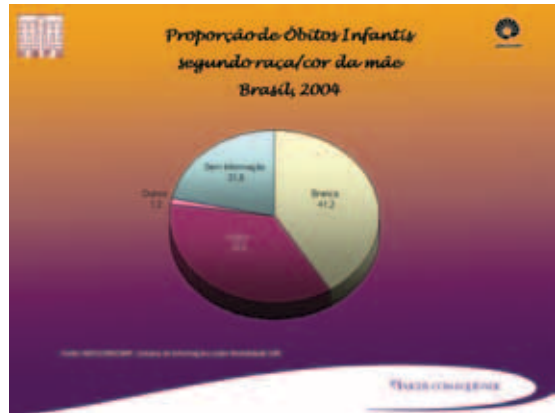


IBRAN - 2006

Taxa de Fecundidade segundo Raça/Cor  
Brasil - 1991-2000-2005



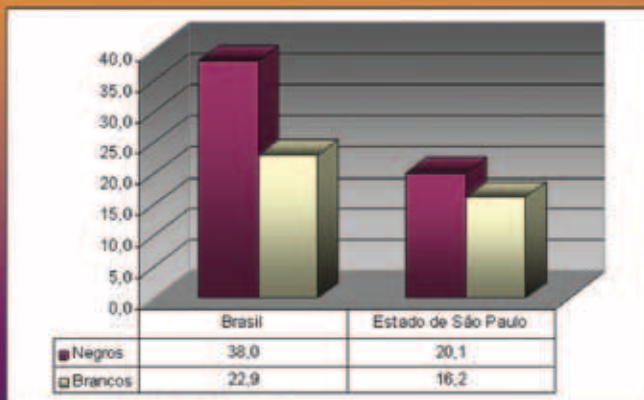
IBRAN - 2006







## Taxas Mortalidade Infantil segundo Raça/Cor Brasil e Estado de São Paulo - 2000

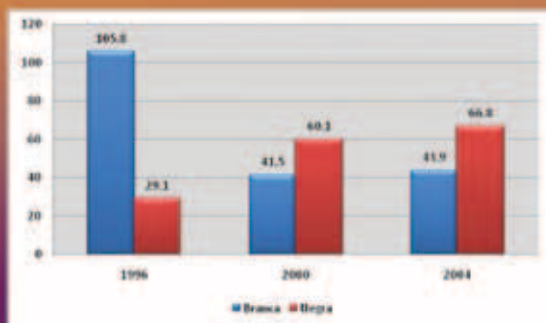


Fonte: IBGE/UNICAMP, Atlas Brasil 2000

NAScer COM EQUIDADE



## Taxa de Mortalidade Materna segundo Raça/Cor Brasil, 1996 - 2000 - 2004



Fonte: IBGE/UNICAMP, Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM

NAScer COM EQUIDADE

# MORTALIDADE MATERNA: DETERMINANTES SOCIOPOLÍTICOS

Anna Volochko\*

A mortalidade materna é um indicador sensível da qualidade dos serviços de saúde e, particularmente, da qualidade dos serviços obstétricos de um local, região ou país, porquanto é evitável pela intervenção oportuna e adequada de cuidados pré-natais e peripartais. Ademais, qualifica a situação social da mulher e consequentemente o grau de desenvolvimento e condições de vida da população considerada.

Nos lugares mais pobres do mundo a probabilidade de uma mulher de 15 anos de idade morrer de morte materna é de 1 em cada 7 mulheres (Niger), enquanto em lugares com boas condições de vida o risco é de 1 em 48.000 (Irlanda). Essa enorme desigualdade contribuiu para que a melhoria da saúde materna fosse incluída como o quinto entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, compromisso subscrito por 189 nações no mundo, inclusive o Brasil. A meta estabelecida para esse objetivo é a redução de 75% da mortalidade materna entre 1990 e 2015 (United Nations, 2010).

## *Definição e classificação*

“Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente

---

\* Médica sanitarista, doutora em Ciências pela CCD-SES-SP, pesquisadora do Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E-mail: volochko@isaude.sp.gov.br

da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 2001).

A consequência dessa definição é que nem todas as mortes de mulheres devidas a gestação, parto e puerpério, classificadas no capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças, podem ser consideradas mortes maternas, restritas àquelas que ocorreram até 6 semanas (42 dias) após o término da gestação.

As mortes maternas podem ser classificadas em:

**Obstétricas diretas** – resultam de complicações obstétricas na gestação, no parto ou no puerpério, por intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou eventos resultantes dos anteriores, e compreendem as causas listadas a seguir:

1. O00.0 a O08.9 – Gravidez que termina em aborto;
2. O11 a O23.9 – Transtornos hipertensivos da gravidez;
3. O24.4 – Diabetes melito gestacional;
4. O26.0 a O92.7 – Demais causas obstétricas;
5. D39.2 – Mola hidatiforme;
6. E23.0 – Síndrome de Sheehan;
7. F53 – Transtornos mentais associados ao puerpério;
8. M83.0 – Osteomalácia puerperal.

**Obstétricas indiretas** – resultam de doença preexistente que se desenvolve ou se agrava pelos efeitos fisiológicos da gestação:

1. O10.0 a O10.9 – Hipertensão preexistente;
2. O24.0 a O24.3 e O24.9 – Diabetes melito preexistente;
3. O25 – Desnutrição;
4. O98.0 a O99.8 – Doenças infecciosas e outras da mãe;
5. A34 – Tétano obstétrico;
6. B20 a B24 (após investigação) – Causas relacionadas à aids.



**Não obstétricas** – decorrem de causas acidentais ou incidentais não relacionadas à gestação e seu manuseio.

**Mortes maternas tardias** – mortes maternas diretas ou indiretas ocorridas entre 43 e 355 dias após o término da gravidez.

**Mortes relacionadas à gravidez** – mortes, por qualquer causa, de mulheres grávidas ou até 42 dias após o término da gravidez. Embora inclua causas maternas e não maternas, essa definição permite estimar a magnitude da mortalidade materna em regiões com poucos recursos de saúde e diagnóstico precário da causa de morte ou onde os sistemas de registro de estatísticas vitais são deficientes.

## *Determinantes da mortalidade materna*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera quatro grandes grupos de determinantes das mortes maternas: 1. Situação da mulher na sociedade; 2. Acesso a serviços de planejamento familiar; 3. Acesso a e qualidade da atenção primária em saúde; e 4. Acesso a e qualidade da assistência obstétrica (WHO, 1991).

A situação da mulher na sociedade é o principal determinante da mortalidade materna. Sociedade que valoriza a mulher dispõe de serviços de saúde reprodutiva acessíveis e de qualidade.

Nas sociedades tradicionais, em geral, as mulheres são valorizadas enquanto corpos sexuais e reprodutivos, atributos nem sempre associados à saúde. Meninas e mulheres são excluídas ou desmotivadas da educação, não gozam dos direitos reprodutivos, serviços de planejamento familiar são raros, a atenção primária volta-se prioritariamente à saúde infantil e os serviços obstétricos são precários. Grande paridade e intervalos interpartais curtos caracterizam as sociedades tradicionais e impõem pesado ônus à saúde feminina, multiplicando o risco de morte materna.

Nas sociedades modernas a mulher é parte importante da força de trabalho. Participar da vida econômica requer crescente escolaridade e controle da vida reprodutiva, criando condições para decisões reprodutivas autônomas, não só quanto ao tamanho da prole, mas quanto à sua oportunidade. Em ambos os casos, serviços de planejamento familiar acessíveis e de qualidade são críticos.

Uma rede primária de atenção à saúde, disponível e qualificada, garante a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento efetivo e reabilitação de inúmeros

agravos à saúde, favorecendo vidas mais saudáveis. A atenção básica é o lócus privilegiado da atenção à saúde sexual e reprodutiva, pré e pós-natal e cuidados às crianças inclusos. A capacidade de o pré-natal evitar, prevenir, diagnosticar e tratar riscos depende não só de sua qualidade, mas de sua integração a serviços diagnósticos e terapêuticos secundários e terciários oportunos.

A maioria das mortes maternas se concentra no período peripartal, isto é, no trabalho de parto, parto e puerpério imediato (48 horas), e é devida a causas evitáveis por intervenção qualificada e oportuna. Desse modo, a assistência obstétrica tem papel fundamental e responsabilidade crítica na redução das mortes maternas.

A gestação, parto e puerpério são etapas de um processo fisiológico para o qual a grande maioria das mulheres saudáveis está naturalmente preparada, necessitando apenas de ambiente acolhedor e apoio. Contudo, muitas das intercorrências no parto assumem caráter cataclísmico se não forem imediatamente diagnosticadas e adequadamente tratadas.

## *Magnitude e sub-registro*

O número de mortes maternas na população depende do risco de morte associado a uma gestação e do número de gestações vividas pelas mulheres de idade reprodutiva. Dada a dificuldade de mensurar o número de gestações, utiliza-se o número de nascidos vivos. A magnitude da mortalidade materna pode ser expressa por meio de:

1. Razão de morte materna – número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Reflete o risco de morte materna em relação ao número de nascidos vivos;
2. Taxa de morte materna – número de mortes maternas por 100.000 mulheres em idade fértil<sup>1</sup>. Considera não só o risco de morte por gestação ou por nascido vivo como também a fertilidade da população.;
3. Risco de morte materna durante a vida reprodutiva – probabilidade de uma mulher morrer de morte materna durante sua vida reprodutiva;

---

<sup>1</sup> No Brasil considera-se idade fértil para mulheres dos 10 aos 49 anos, dada a alta proporção de gestação na adolescência. Para a OMS ela compreende mulheres a partir dos 15 anos.

4. Taxa de mortes relacionadas a gestação, parto e puerpério – número de mortes decorrentes de gestação, parto e puerpério por 100.000 mulheres em idade fértil.

Apesar das definições padronizadas de morte materna, sua mensuração precisa na população é difícil, em razão do sub-registro de óbitos de mulheres em idade fértil ou de nascidos vivos ou por causa de subenumeração, causada pela incorreta atribuição da causa de morte.

O sub-registro ocorre em locais com serviços de registro de estatísticas vitais deficientes, em geral localidades rurais remotas, regiões ou países em desenvolvimento.

A subenumeração depende da qualidade dos serviços de saúde e de sua capacidade diagnóstica, da omissão da condição de gestante, do registro da causa terminal de morte ou da ocultação da verdadeira causa pelo médico certificador (Volochko, 2003). Esse fenômeno ocorre em todos os países. A Investigação Confidencial das Mortes Maternas na Grã-Bretanha relativa ao triênio 2000-2002 identificou 44% mais mortes maternas do que os registros oficiais (Lewis, 2004) e outros estudos mostraram que a mortalidade materna real pode ser até o dobro da oficial (Deneaux-Tharaux *et al.*, 2005).

Diversos autores defendem a necessidade de pesquisas especiais para identificar o número e as causas reais das mortes maternas (Chang *et al.*, 2003; Horon, 2005) e outros propõem fatores de correção das estatísticas oficiais baseados em estudos de mortalidade na idade reprodutiva – RAMOS- Reproductive Age Mortality Studies (Ministério da Saúde, 2006).

A mais recente estimativa de mortalidade materna mundial, uma realização conjunta da OMS, UNDP, UNICEF e Banco Mundial, coligiu informações de 171 países, cobrindo 99,8% dos nascimentos. Os países foram classificados em 8 grupos, segundo a fonte de dados utilizada (Quadro 1). Entre os países emergentes, o Brasil está no grupo D, ao passo que a China e a Índia estão no E. Esses dois últimos respondem por 32,4%, visto que sua população ultrapassa 1 bilhão de habitantes.

**Quadro 1.** Distribuição dos países segundo os grupos de fontes de informações sobre mortalidade materna, 2005.

| Grupo | Fonte das informações de mortalidade materna                                | Nº de países | % de países | % de nascimentos mundiais cobertos |
|-------|---|--------------|-------------|------------------------------------|
| A     | Registro civil completo com boa atribuição de causas de óbito               | 59           | 35          | 13,1                               |
| B     | Registro civil completo, mas atribuição de causas de óbito duvidosa ou ruim | 6            | 4           | 1,0                                |
| C     | Estimativa pelo método das irmãs  | 28           | 16          | 15,6                               |
| D     | RAMOS   | 4            | 2           | 5,5                                |
| E     | Vigilância de doenças ou registro de amostras                               | 2            | 1           | 32,4                               |
| F     | Censos  | 5            | 3           | 2,2                                |
| G     | Estudos especiais   | 6            | 4           | 5,4                                |
| H     | Ausência de dados nacionais sobre mortalidade materna                       | 61           | 36          | 24,5                               |
|       | <b>Total</b>  | <b>171</b>   | <b>100</b>  | <b>99,8</b>                        |

Fonte: WHO, 2005.

A maior mortalidade materna ocorre na África, em especial nos países ao sul do Saara. Dos 14 países com mortalidade igual ou superior a 1.000/100.000 nascidos vivos, 13 são africanos: Serra Leoa (2.100), Níger e Afeganistão (1.800), Chad (1.500), Somália e Angola (1.400), Ruanda (1.300), Libéria (1.200), Guiné-Bissau, Burundi, Congo, Nigéria e Malawi (1.100) e Camarões (1.000). A situação de saúde desses países é desesperadora.

A segunda maior mortalidade materna ocorre no sul da Ásia (490), Oceania (430), Sudeste Asiático (300), Oriente Médio e norte da África (160), América Latina e Caribe (130) e Leste Asiático (50).

O Quadro 2 apresenta as estimativas de mortalidade materna mostrando a posição do Brasil e de alguns países europeus, emergentes e latino-americanos.

Na América Latina, o Brasil ocupa o quarto posto de MM estimada, depois do Chile, Uruguai e Cuba. Sua estimativa deriva de estudo do tipo RAMOS de 2002, realizado em todas as capitais estaduais e no Distrito Federal, exceto Natal e Porto Velho (Ministério da Saúde, 2006). Dada a maior disponibilidade

e qualidade dos serviços de saúde nas capitais, é provável que os resultados da pesquisa subestimem a mortalidade materna real em grau desconhecido. Consequentemente, a estimativa também deve subestimar a realidade, pois, apesar da cobertura satisfatória do registro de óbitos no país como um todo, em alguns estados, particularmente das regiões Norte e Nordeste, ele é irregular ou deficiente (Paes e Albuquerque, 1999). Por outro lado, a proporção de óbitos mal definidos no país foi de 11,5% em 2000, e bem mais alta nos estados do Norte e Nordeste, em especial para mortes femininas e da população preta e parda, configurando atribuição deficiente da causa de morte.

Verifica-se, portanto, que a estimativa da mortalidade materna brasileira não faz jus ao desenvolvimento econômico e tecnológico do país e aos avanços

**Quadro 2.** Razão de morte materna relatada e estimada de países selecionados e respectivos grupos de fonte de dados.

| Região/País       | Ano       | RMM relatada | RMM estimada | Grupo |
|-------------------|-----------|--------------|--------------|-------|
| <b>América</b>    |           |              |              |       |
| Argentina         | 2003      | 77           | 154          | B     |
| Bolívia           | 2003      | 229          | 290          | C     |
| Brasil            | 2005      | 74           | 110          | D     |
| Canadá            | 2003      | 7            | 14           | A     |
| Chile             | 2003      | 16           | 32           | A     |
| Cuba              | 2004      | 45           | 70           | A     |
| Estados Unidos    | 2003      | 11           | 22           | A     |
| Haiti             | 2000      | 523          | 670          | C     |
| México            | 2003      | 60           | 120          | A     |
| Peru              | 2000      | 185          | 240          | C     |
| Uruguai           | 2001      | 20           | 40           | A     |
| Venezuela         | 2002      | 57           | 114          | A     |
| <b>Europa</b>     |           |              |              |       |
| Irlanda           | 2005      | 1            | 2            | A     |
| França            | 2003      | 8            | 16           | A     |
| Itália            | 2002      | 3            | 6            | A     |
| Espanha           | 2005      | 4            | 8            | A     |
| Portugal          | 2003      | 11           | 22           | B     |
| <b>Emergentes</b> |           |              |              |       |
| China             | 2005      | 30           | 45           | E     |
| Índia             | 2001-2003 | 301          | 450          | E     |

Fonte: WHO, UNICEF, UNFPA e The World Bank, 2007.

sociais (como o Sistema Único de Saúde, entre outros) dos últimos vinte anos, especialmente porque essa estimativa reflete apenas o valor inferior.

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou os dados oficiais da mortalidade materna a partir do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) sem introduzir nenhum fator de correção, dadas as controvérsias sobre sua magnitude. Nessa ocasião, a incorporação dos resultados das investigações dos Comitês Estaduais de Mortes Maternas foi muito heterogênea, o que, somado à diversidade de cobertura do registro e de adscrição da causa, dificultava a comparabilidade entre regiões e estados (Ministério da Saúde, 2005).

Analisando o Quadro 3 sobre a evolução da mortalidade materna de 2000 a 2003 nas grandes regiões brasileiras – as únicas analisadas no relatório por serem as mais robustas –, nota-se que os dados não condizem com a realidade regional conhecida, revelando as inconsistências no registro do evento. A região Sul é onde a cobertura dos registros vitais é a mais completa do país e onde a atuação dos Comitês de Morte Materna é a mais consolidada e a mais ampla, fornecendo dados muito mais fidedignos do que os das demais regiões, sobretudo Norte e Nordeste.

**Quadro 3.** Evolução da mortalidade materna oficial no Brasil e suas regiões de 2000 a 2003.

| Região       | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--------------|------|------|------|------|
| Brasil       | 51,5 | 50,2 | 53,8 | 51,7 |
| Norte        | 62,3 | 49,8 | 53,1 | 56,8 |
| Nordeste     | 57,3 | 57,4 | 61,3 | 62,8 |
| Sudeste      | 46,7 | 43,6 | 45,8 | 41,6 |
| Sul          | 53,0 | 52,2 | 56,6 | 51,3 |
| Centro-Oeste | 39,1 | 53,6 | 60,3 | 52,6 |

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

## *Desigualdade racial na mortalidade materna*

Desafiado pelo trabalho “Mortalidade da população negra adulta no Brasil” (Batista *et al.*, 2005), o Ministério da Saúde desagregou, pela primeira vez em documento oficial, os dados de mortalidade por raça/cor, reconhecendo

oficialmente a grande desigualdade existente entre brancos, pretos e pardos em todos os estados e para todas as causas, exceto mortalidade materna (MS, 2005). Retrabalhei alguns dados desse relatório para elaborar o Quadro 3 e 4 e usarei as taxas de morte relacionadas ao capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10), decorrentes de “Gestação, Parto e Puerpério” como uma aproximação (*proxy*) das mortes maternas.

O Quadro 4 mostra as disparidades raciais nas taxas de morte relacionadas a gestação, parto e puerpério por grupos etários no país. A mortalidade é sempre maior para as mulheres pretas em todas as idades, alcançando o triplo da de mulheres brancas entre 30 e 39 anos. É também maior para as mulheres pardas em todas as faixas etárias, exceto dos 5 aos 14 anos, mas de magnitude menor do que a das mulheres pretas.

**Quadro 4.** Taxas de mortalidade (por 100.000 hab.) e razão de taxas de pretas e pardas sobre brancas por causas relacionadas a gestação, parto e puerpério segundo faixas etárias e raça/cor. Brasil, 2003.

| Faixas etárias | Taxa de mortalidade<br>(por 100.000 hab.) |       |       | Razão de taxas |              |
|----------------|---|-------|-------|----------------|--------------|
|                | Branca                                    | Preta | Parda | Preta/Branca   | Parda/Branca |
| 5-14 anos      | <0,1                                      | 0,1   | <0,1  | 1,6            | 0,8          |
| 15-19 anos     | 1,8                                       | 4,8   | 2,9   | 2,7            | 1,6          |
| 20-29 anos     | 1,3                                       | 3,8   | 2,1   | 2,9            | 1,6          |
| 30-39 anos     | 2,5                                       | 8,0   | 4,2   | 3,2            | 1,7          |
| 40-49 anos     | 0,8                                       | 1,6   | 2,0   | 2,1            | 2,5          |

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

O Quadro 5, por sua vez, apresenta as taxas padronizadas de mortalidade por causas relacionadas a gestação, parto e puerpério, desagregadas por raça/cor, para os estados, regiões e país.

No país, a mortalidade das mulheres pretas por causas do capítulo XV foi 2,5 vezes maior, e a das pardas foi 90% maior que a das brancas. A mortalidade das primeiras foi maior em todas as regiões, 3,5 vezes no Sudeste e o dobro no Norte. A mortalidade das pardas foi 60% maior no país, mas variou de 60% menor que o das brancas no Sudeste a 90% maior no Norte.

**Quadro 5.** Taxas padronizadas de mortalidade (por 100.000 habs.) e razão de taxas de pretas e pardas sobre brancas por causas relacionadas a gestação, parto e puerpério segundo estados e raça/cor. Brasil, 2003.

| Região/Estado                | Taxa de mortalidade |       |       | Razão de taxas |              |
|------------------------------|---------------------|-------|-------|----------------|--------------|
|                              | Branca              | Preta | Parda | Branca/ Preta  | Branca/Parda |
| <b>Norte</b>                 | 1,6                 | 3,1   | 3,0   | 2,0            | 1,9          |
| Rondônia                     | 0,9                 | 0,0   | 1,7   | 0,0            | 1,9          |
| Acre                         | 1,6                 | 0,0   | 4,3   | 0,0            | 2,7          |
| Amazonas                     | 2,8                 | 4,29  | 3,0   | 1,5            | 1,1          |
| Roraima                      | 4,4                 | 15,8  | 1,6   | 3,6            | 0,4          |
| Pará                         | 1,9                 | 4,2   | 2,7   | 2,2            | 1,4          |
| Amapá                        | 0,0                 | 0,0   | 1,4   | -              | -            |
| Tocantins                    | 1,6                 | 6,6   | 3,0   | 4,0            | 1,8          |
| <b>Nordeste</b>              | 1,3                 | 2,9   | 2,3   | 2,3            | 1,8          |
| Maranhão                     | 1,2                 | 3,8   | 2,6   | 3,3            | 2,2          |
| Piauí                        | 1,4                 | 2,0   | 1,8   | 1,4            | 1,2          |
| Ceará                        | 0,8                 | 2,7   | 1,5   | 3,2            | 1,7          |
| Rio G <sup>de</sup> do Norte | 0,9                 | 0,0   | 1,2   | 0,0            | 1,4          |
| Paraíba                      | 1,0                 | 4,8   | 2,6   | 4,9            | 2,7          |
| Pernambuco                   | 0,8                 | 2,7   | 1,6   | 3,5            | 2,0          |
| Alagoas                      | 0,3                 | 3,1   | 0,7   | 10,4           | 2,2          |
| Sergipe                      | 1,3                 | 3,8   | 1,8   | 2,8            | 1,4          |
| Bahia                        | 1,4                 | 1,7   | 1,9   | 1,2            | 1,4          |
| <b>Sudeste</b>               | 0,9                 | 3,1   | 1,3   | 3,5            | 1,4          |
| Minas Gerais                 | 0,4                 | 1,6   | 1,0   | 4,0            | 2,5          |
| Espírito Santo               | 0,2                 | 4,8   | 0,8   | 20,0           | 4,0          |
| Rio de Janeiro               | 1,1                 | 4,3   | 1,9   | 4,0            | 1,7          |
| São Paulo                    | 0,7                 | 1,5   | 0,5   | 2,0            | 0,7          |
| <b>Sul</b>                   | 1,4                 | 3,3   | 1,3   | 2,4            | 0,9          |
| Paraná                       | 1,0                 | 2,9   | 0,8   | 2,9            | 0,7          |
| Santa Catarina               | 1,0                 | 0,0   | 1,0   | 0,0            | 1,0          |
| Rio Grande do Sul            | 1,4                 | 4,0   | 2,1   | 3,0            | 1,6          |
| <b>Centro-Oeste</b>          | 1,5                 | 4,5   | 2,0   | 3,1            | 1,3          |
| Mato Grosso Sul              | 2,2                 | 11,3  | 3,3   | 5,2            | 1,5          |
| Mato Grosso                  | 0,5                 | 1,4   | 2,1   | 2,7            | 4,1          |
| Goiás                        | 1,3                 | 7,0   | 1,1   | 5,6            | 0,9          |
| Distrito Federal             | 0,8                 | 0,0   | 0,6   | 0,0            | 0,7          |
| <b>Brasil</b>                | 0,6                 | 1,5   | 1,0   | 2,5            | 1,6          |

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.



No Norte, em Rondônia e no Acre não se registraram mortes de mulheres pretas por essas causas, e no Amapá nem de brancas nem de pretas em 2003. Os estados com maior gradiente de mortalidade entre pretas e brancas foram Tocantins e Roraima, respectivamente 4 e 3,6 vezes. Para as pardas a mortalidade foi menor em Roraima e maior nos demais estados, com o maior diferencial no Acre (2,7 vezes).

No Nordeste, não houve óbitos de mulheres pretas no Rio Grande do Norte, mas a mortalidade delas foi maior nos demais estados, atingindo o auge em Alagoas, onde foi 10 vezes maior que a das brancas. Também a mortalidade das pardas foi maior que a das brancas em todos os estados, mas em menor proporção; o maior valor ocorrendo na Paraíba (2,7 vezes).

No Sudeste, as mortes das pretas excederam em 20 vezes as das brancas no Espírito Santo e foram o dobro em São Paulo. A mortalidade das pardas também foi maior que a das brancas, embora de menor magnitude, mas variou desde sendo 30% menor em São Paulo a 70% maior no Rio de Janeiro, 2,5 vezes maior em Minas e 4 vezes maior no Espírito Santo. No Sul, em Santa Catarina não houve registro de morte de mulheres pretas, mas no Paraná e no Rio Grande do Sul foi o triplo da das brancas.

Na região Centro-Oeste ocorre a segunda maior diferença de mortalidade, mais do triplo para as mulheres pretas e mais de 5 vezes maior em Goiás e no Mato Grosso do Sul. Para as pardas o maior diferencial ocorreu no Mato Grosso: 4 vezes maior.

## ***Causas de mortes maternas***

A gestação, o parto e o puerpério são processos fisiológicos que evoluíram por milhões de anos, alcançando grande eficiência natural, condição *sine qua non* para a sobrevivência da espécie. Essa eficiência é estimada em 90% em condições razoáveis de vida e saúde. O homem aprimorou essa eficiência por meio da ciência e da aplicação universal dos avanços tecnológicos que permitiram operacionalizar o conhecimento científico.

Atualmente a Irlanda é o país que apresenta a maior eficiência reprodutiva: de cada 100.000 crianças que nascem, apenas 1 mãe falece no processo. Por outro lado, a Irlanda não é nenhuma grande potência econômico-industrial. Não faz parte do G-8 nem do G-20, tampouco do Mercado Comum Europeu. Nem é um país de vanguarda científica ou tecnológica. Mas é um país que soube organizar seu potencial tecnológico e de serviços de saúde para atuar de forma efetiva e oportuna no campo da promoção e proteção da saúde, da detecção precoce e

intervenção oportuna em anormalidades e da universalização de intervenções de alta complexidade, se necessárias.

A grande maioria das mortes no Brasil, em 2003, foi devida a causas diretas, 73,7%, e 22,7% das mortes ocorreram por causas obstétricas indiretas, mais bem detalhadas no Quadro 6.

A análise das causas de morte fornece alguns indícios sobre as razões das desigualdades raciais na mortalidade materna.

A primeira causa de morte materna no Brasil, em 2003, foram as doenças hipertensivas específicas da gravidez, proporcionalmente bem maior para mulheres pretas e maior para pardas do que para brancas. Somando essas mortes àquelas decorrentes de hipertensão preexistente, reconhecidamente mais prevalente em mulheres pretas e pardas, essa é a grande causa que os serviços de pré-natal devem se preocupar em diagnosticar precocemente, instituir medidas para reduzir sua progressão, além de introduzir um regime de acompanhamento mais assíduo e ter referências estabelecidas e em funcionamento para internação urgente, se necessário. A maior responsabilidade pela redução dos agravos decorrentes da hipertensão específica da gravidez ou preexistente repousa sobre os serviços obstétricos, que têm nas mãos a função resolutiva, mediante disponibilidade permanente de vagas para essas urgências, equipe médica capacitada e recursos diagnósticos e terapêuticos presentes. Cabe ao gestor local e regional do SUS monitorar as informações sobre mortalidade materna por meio dos Comitês de Mortalidade Materna e garantir a necessária pactuação<sup>2</sup> programática e orçamentária para realizar a integralidade<sup>3</sup> nessa linha de cuidados. É preciso também que os profissionais

---

<sup>2</sup> A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um momento do planejamento regional de saúde envolvendo gestores municipais e estaduais de cada Colegiado Regional de Saúde, em que se pactuam ou contratam as referências para atenção de média e alta complexidade de cada município. Na linha de cuidados ao parto e nascimento, as ações de pré-natal são realizadas na rede básica de saúde e os partos são referenciados para a maternidade municipal e as ações de puerpério contra-referidas para as unidades de origem. Municípios de pequeno porte podem não ter maternidade, pois se requer certa escala para ser eficiente e também podem não dispor de ambulatório de especialidades para pré-natal de alto risco. Nesses casos, os municípios pactuam com seus vizinhos a referência de suas gestantes e parturientes para pré-natal de risco e parto, transferindo ao município receptor os recursos destinados a essa finalidade.

<sup>3</sup> Integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS por meio do qual qualquer cidadão tem o direito de ter seu problema de saúde cuidado desde a atenção básica até a atenção quaternária (reabilitação) passando pelos níveis secundários (hospitalização) e terciários (alta complexidade) de cuidados. No caso, a atenção primária se refere ao pré-natal; a secundária se refere ao parto e pré-natal de alto risco; e a terciária se refere aos cuidados intensivos à gestante e ao recém nascido em complicações da gestação e do parto. É necessário lembrar que muitas complicações de gestação (prematuridade) e traumas de parto (anoxias no parto) deixam sequelas no infante que necessitará e deverá receber cuidados reabilitativos.

de saúde reconheçam o maior risco de as mulheres negras desenvolverem esse agravo e sua maior suscetibilidade a evoluir rapidamente para casos graves.

Como é uma causa de morte evitável pela intervenção oportuna e adequada dos serviços maternos integrados, desde a atenção primária, secundária e terciária, sua eliminação causaria grande impacto na mortalidade materna, reduzindo 1/4 das mortes de mulheres brancas, 38,4% das de mulheres pretas e quase 1/3 das de mulheres pardas.

**Quadro 6.** Proporção (em porcentagem) de causas de morte materna diretas e indiretas para mulheres brancas, pretas e pardas, Brasil, 2003.

| Causa                               | Raça/cor |        |        |
|-------------------------------------|----------|--------|--------|
|                                     | Brancas  | Pretas | Pardas |
| <b>Causas obstétricas diretas</b>   |          |        |        |
| Distúrbios hipertensivos            | 22,7     | 35,4   | 26,7   |
| Pré-eclampsia                       | 9,3      | 12,1   | 6,1    |
| Eclampsia                           | 13,4     | 23,3   | 20,6   |
| Hemorragias peripartais             | 22,3     | 17,3   | 16,4   |
| Hemorragia pós-parto                | 9,1      | 6,1    | 8,1    |
| Anormalidades da contração uterina  | 7,0      | 1,7    | 3,1    |
| Descolamento prematuro de placenta  | 6,2      | 9,5    | 5,2    |
| Aborto                              | 7,6      | 14,2   | 11,1   |
| Infecções puerperais                | 8,2      | 5,2    | 7,2    |
| <b>Causas obstétricas indiretas</b> |          |        |        |
| Hipertensão preexistente            | 2,6      | 2,9    | 5,6    |
| Doenças infectoparasitárias         | 5,2      | 14,7   | 5,6    |
| HIV                                 | 11,6     | 2,9    | 8,1    |

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2005.

As hemorragias peripartais foram a segunda causa de morte materna, proporcionalmente mais importante para mulheres brancas do que para as pretas e as pardas. Grande parte das hemorragias pós-parto e das anormalidades de contração uterina está associada ao parto cesariano, cuja incidência é bem maior nas primeiras. Reduzir cesárea desnecessária é uma forma de reduzir essas mortes, mas intervenção imediata com reposição de volume de sangue e prontidão para outras intervenções resolve esse problema. Para tanto, é fundamental o acompanhamento assíduo no pós-parto imediato, especialmente dos partos cirúrgicos, com provisão de sangue e seus produtos.

O descolamento prematuro de placenta é uma urgência dramática que ocorre antes do termo e que exige extrema agilidade na internação e intervenção. A maior mortalidade de mulheres pretas por essa causa pode estar relacionada à sua maior dificuldade de acesso a serviço obstétrico de qualidade.

É possível que esses mesmos obstáculos expliquem a maior mortalidade proporcional das mulheres negras, especialmente das pretas, devido ao aborto e às doenças infecciosas e parasitárias da mãe.

#### **Quadro 7.** Desigualdade ou diferença racial na mortalidade materna.

| <b>DRS</b>                 | <b>Razão de Taxa Preta/<br/>Branca</b> | <b>% de cor ignorada</b> |
|----------------------------|--|--------------------------|
| <b>Estado de São Paulo</b> | 10,34                                  | 24,51                    |
| Araraquara                 | 17,23                                  | 24,27                    |
| Baixada Santista           | 6,74                                   | 33,50                    |
| Bauru                      | 0                                      | 24,04                    |
| Campinas                   | 7,66                                   | 5,79                     |
| Franca                     | 12,9                                   | 0,34                     |
| Grande São Paulo           | 8,91                                   | 24,51                    |
| Marília                    | 77,14                                  | 0,50                     |
| Piracicaba                 | 6,27                                   | 3,15                     |
| Presidente Prudente        | 44,17                                  | 0,35                     |
| Ribeirão Preto             | 18,48                                  | 1,00                     |
| São João da Boa Vista      | 0                                      | 10,21                    |
| São José do Rio Preto      | 35,38                                  | 0,46                     |
| Taubaté                    | 11,24                                  | 0,94                     |

Fonte: Volochko a partir de dados SIM/ SINASC.

### ***Hipóteses para as desigualdades na mortalidade materna***

Esse padrão de maior mortalidade da população negra, e em especial da preta, repete-se nas demais causas de morte em todos os estados brasileiros (MS, 2005). A existência de racismo institucional é reafirmada pela maior mortalidade por causas evitáveis para todas as faixas etárias na população preta da região Sul do país (Volochko, 2005).

De fato, pesquisa sobre racismo institucional em serviços de saúde no Estado de São Paulo afirma que profissionais de saúde, por meio de atitudes racistas, aumentam a vulnerabilidade da população negra, ampliando barreiras

ao acesso e afastando os usuários pretos dos serviços de saúde (Kalckmann *et al.*, 2007). Mulheres negras têm acesso menor a métodos contraceptivos, correm maior risco de gravidez indesejada e recebem pior assistência ao parto e pré-natal (Lopes, 2005).

Revisão da literatura internacional explicita diversas formas de manifestação do racismo institucional:

1. Diminuindo a auto-estima do paciente por meio de considerações ou alusões ao seu merecimento ou competência para o auto-cuidado influenciando sobre uma atitude otimista necessária à cura e/ou melhoria da doença;
2. Simplificando, reduzindo ou omitindo informações sobre o elenco de ações de promoção e prevenção na saúde e opções diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas existentes e/ou disponíveis;
3. Operando acessibilidade diferenciada à procedimentos diagnósticos, curativos e reabilitativos;
4. Crenças e estereótipos inconscientes do provedor são fortemente influenciados pela classe social e raça do cliente modulando seu comportamento na relação com o paciente por meio da atenção não verbal, empatia, cortesia e solicitude com forte impacto na adesão a tratamento e utilização dos serviços de saúde (Volochnko, 2003).

Fernanda Lopes faz uma breve revisão sobre o tema na literatura nacional e aprofunda reflexões sobre o impacto do racismo institucional no desempenho e resultado dos serviços de saúde (Lopes, 2005).

Por outro lado, é inegável a maior suscetibilidade biológica das mulheres negras a transtornos hipertensivos, agravada em proporção exponencial pela sua vulnerabilidade social. Os profissionais do Sistema Único de Saúde devem ter em mente que os princípios constitucionais de universalidade e equidade na saúde, baseados nos direitos humanos da pessoa, implicam seu dever e responsabilidade profissional de trabalhar no sentido da eliminação das desigualdades na saúde, sejam elas econômicas, raciais, de gênero, geração ou outras. Por fazer parte da cultura social introjetada, a discriminação e o preconceito são muitas vezes inconscientes e fundamentados por amplo repertório de justificativas, a maioria sem embasamento. A desconstrução desses aparatos ideológicos requer, além da apresentação de dados e evidências científicas, diversas formas de sensibilização bem como a implementação de políticas públicas específicas para a redução das desigualdades na assistência materna e na saúde reprodutiva.

O Ministério da Saúde vem estimulando a melhoria do registro de óbitos maternos por meio de diversas medidas, entre as quais a implantação de Comitês Estaduais de Mortes Maternas. A Portaria 652 de 28 de maio de 2003, do Ministério da Saúde, incluiu os óbitos maternos como eventos de notificação compulsória, e a investigação de suas circunstâncias passou a ser de responsabilidade das vigilâncias epidemiológicas municipais e estaduais. A norma ministerial estabelece que todos os óbitos de mulheres de idade fértil sejam investigados, a fim de reduzir o sub-registro de mortes maternas. Os casos de morte materna recuperados por meio dessa estratégia devem alimentar o banco do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), atualizando os dados oficiais. Contudo, o Ministério da Saúde ainda não ressaltou a grande disparidade racial na mortalidade materna nem propôs formas de atuação para sua redução.

Este texto foi preparado para uma aula sobre desigualdade racial na mortalidade materna proferida em junho de 2008. De lá pra cá muita água passou por debaixo da ponte, muitos avanços foram feitos na sensibilização dos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais acerca das iniquidades raciais na saúde, tanto no plano nacional quanto no estadual. Mas esse entendimento ainda é limitado e as ações decorrentes de políticas públicas como a Saúde Integral da População Negra e de sua inclusão nos Planos Estaduais de Saúde é ainda incipiente. Somente no primeiro trimestre de 2010 foi incluído o quesito cor nos formulários referentes às investigações das mortes materna e infantil, o que permitirá uma melhor e mais profunda compreensão das desigualdades raciais na mortalidade materna e infantil no país.

## *Referências bibliográficas*

- Batista LE, Volochko A, Ferreira CEC e Martins V. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In Saúde da População Negra no Brasil. Contribuições para a promoção da equidade. Brasil, Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2005.
- Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, Syverson CJ. MMWR. Surveillance Summaries 2003; 52 (S SO2); 1-8. [Acessado em 20/6/2010] Disponível em:[http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr\\_ss/ss\\_pvol.html](http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_ss/ss_pvol.html).
- Deneaux-Tharoux C, Berg C, Bouvier-Cole MH, Gissier M, Harper M, Nannini A *et al.* Underreporting of pregnancy-related mortality in United States and Europe. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106: 684-92.

- Horon IL. Underreporting of maternal deaths on deaths certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health* 2005; 95: 478-82.
- Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade* 2007; 16 (2): 146-55.
- Lewis G (Ed.) *Why mothers die 2000-2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press, 2004.
- Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Ministério da Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 2005.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Relatório Final*. Brasília, DF, 2006.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília, DF, 2005.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 6ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- Paes NA, Albuquerque MEE. Avaliação da qualidade dos dados populacionais e cobertura dos registros de óbitos para as regiões brasileiras. *Rev Saúde Pública* 1999; 33: 33-43.
- United Nations, 2010. Millennium Development Goals. End poverty 2015. Fact sheet. Goal 5: Improve maternal health. [Acessado em 15/6/2010] Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>
- Volochko A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: Berquó E. (Org.) *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- \_\_\_\_\_. Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades raciais na saúde. *Boletim do Instituto de Saúde* 2003; 31.

\_\_\_\_\_. Mortalidade evitável na Região Sul do Brasil, 2000: desigualdades raciais e sexuais. 2005. Tese (Doutorado em Ciência) – Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de São Paulo. São Paulo, 2005.

WHO, UNICEF, UNFPA & World Bank. 2007. Maternal Mortality in 2005. [Acesso em 16/6/2010] Disponível em: [http://www.who.int/mme\\_2005.pdf](http://www.who.int/mme_2005.pdf)



# APRESENTAÇÕES

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.

## MORTALIDADE MATERNA

Anna Volochko  
DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS

© 2008 CONSAÚDE

1. DEFINIÇÃO
2. DETERMINANTES
3. CLASSIFICAÇÃO
4. MAGNITUDE E SUBREGISTRO
5. CAUSAS
6. EVITABILIDADE
7. RESPONSABILIDADE
8. PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS
9. DESIGUALDADE RACIAL NA MM
10. HIPÓTESES PARA DESIGUALDADE RACIAL NA MM

© 2008 CONSAÚDE

## 1. DEFINIÇÃO DE MORTE MATERNA

- "Morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais"

• Laurenti, 1988

© 2008 CONSAÚDE

## 2. DETERMINANTES DA MORTALIDADE MATERNA

1. ESTATUS DA MULHER NA SOCIEDADE
2. ACESSO A PLANEJAMENTO FAMILIAR
3. ACESSO A E QUALIDADE DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
4. ACESSO A E QUALIDADE DOS SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

WHO/MCH/90.11

© 2008 CONSAÚDE

### 3 CLASSIFICAÇÃO DAS MORTES MATERNAS

1. **Obstétrica direta** – resulta de complicações obstétricas na gestação, parto ou puerpério, por intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou eventos resultantes dos anteriores.

1. O00.0 a O08.9 – gravidez que termina em aborto
2. O11 a O22.9 – transtornos hipertensivos da gravidez
3. O24.4 – DM gestacional
4. O26.0 a O27.7 – demais causas obstétricas
5. O29.2 – morte hidálfoma
6. E23.0 – síndrome da síndrome da síndrome
7. F53 – transtornos mentais associados ao puerpério
8. M83.0 – osteomielite puerperal

2. **Obstétrica indireta** – resulta de doença pré-existente que se desenvolve ou se agrava pelos efeitos fisiológicos da gestação.

1. O10.0 a O10.9 – hipertensão pré-existente
2. O24.0 a O24.3 e O24.9 – DM pré-existente
3. O25 – Desnutrição
4. O28.0 a O28.9 – Doenças infecciosas e outras da mãe
5. A34 – Síndrome obstétrica
6. I00 a I02.4 (após a investigação) – HIV

www.datasus.gov.br/sitio

INSTITUTO COLEGADO

3. **Não obstétrica** – decorre de causa acidental ou incidental não relacionada com gravidez e seu manuseio.

4. **Tardia** – morte por causa materna direta ou indireta entre 43 e 355 dias após término da gravidez.

5. **Morte relacionada à gravidez** – morte de mulher grávida ou até 42 dias após o término da gravidez por qualquer causa de morte.

INSTITUTO COLEGADO

### 4. MAGNITUDE E SUBREGISTRO

• Taxa ou razão de mortalidade materna

- =  $\frac{n^{\circ} \text{ de óbitos por causas maternas}}{100.000 \text{ nascidos vivos}}$

INSTITUTO COLEGADO

Reporte D-100 em 1998 em 100 países com bom sistema de registro (2002) e Brasil de acordo e registro do Brasil (2002)

| País          | MM oficial  | Fator ajuste | MM ajustada |
|---------------|-------------|--------------|-------------|
| Austrália     | 4           | 1,5          | 6           |
| Canadá        | 4           | 1,5          | 6           |
| Dinamarca     | 10          | 2            | 20          |
| Japão         | 8           | 1,5          | 12          |
| Reino Unido   | 7           | 1,4          | 10          |
| EUA           | 9,7         | 1,5          | 15          |
| <b>Brasil</b> | <b>38,9</b> | <b>1,40</b>  | <b>54,3</b> |
| Norte         | 56          | 1,08         | 60,5        |
| Nordeste      | 41,5        | 1,76         | 73,2        |
| Sudeste       | 33,7        | 1,35         | 45,6        |
| Sul           | 22,9        | 1,10         | 25,2        |
| Centro-oeste  | 44,8        | 1,10         | 49,3        |

### CAUSAS DE MORTES MATERNAS POR REGIÕES DO BRASIL

|                           | NORTE | NORDESTE | SUDESTE | SUL  | CENTRO-OESTE |
|---------------------------|-------|----------|---------|------|--------------|
| ABORTO                    | 11,1  | 14,9     | 8,1     | 18,2 | 9,1          |
| TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS | 22,2  | 26,9     | 24,3    | -    | 36,3         |
| HEMORRAGIA                | 7,4   | 11,9     | 8,1     | 18,2 | -            |
| INFECÇÃO PUERPERAL        | 14,8  | 3,0      | 6,8     | 18,2 | 18,2         |
| CAUSAS INDIRETAS          | 25,9  | 22,4     | 24,3    | 45,5 | 27,3         |

INSTITUTO COLEGADO

### EVITABILIDADE

- Evitabilidade da morte materna segundo comitês estaduais (EUA)
- South Caroline – 52,7
- Rhode Island – 59%
- Ohio – 64,6
- Indiana – 75%
- California – 79%
- Mississippi – 90%
- Zonal Leste de São Paulo – 1988 – 69,2%

INSTITUTO COLEGADO

## RESPONSABILIDADE

- Estado – 41,2%
- Adm hospital – 58,8%
- Pré-natal – 29,4%
- Equipe obstétrica – 70,6%
- Equipe médica – 23,5%
- Paciente – 11,7%
- Família – 11,7%

Volochko, 1991

BRUNNEN

## PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

1. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas
2. Práticas comprovadamente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas
3. Práticas sem evidências suficientes para recomendar uso - usar com cautela
4. Práticas frequentemente usadas de modo inadequado

BRUNNEN

### 1. Práticas comprovadamente úteis que devem ser estimuladas

- Plano de parto com escolha do profissional e local de parto
- Avaliação contínua do risco gestacional
- Monitoramento do bem estar físico e emocional no TP, P e P
- Liberação de ingestão de líquido
- Respeitar e acolher escolha de acompanhante no parto
- Métodos não invasivos nem farmacológicos de alívio da dor
- Monitoramento fetal por ausculta intermitente
- Liberdade de movimento no trabalho de parto e de posição no expulsivo
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e bebê e estímulo à amamentação na 1ª hora de vida.
- Uso do partograma

BRUNNEN

### Práticas comprovadamente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas

- \* Uso rotineiro de enema
- \* Uso rotineiro de tricotomia
- \* Uso rotineiro de infusão venosa
- \* Uso rotineiro de cateter venosa
- \* Uso rotineiro de decúbito dorsal ou litotomia no trabalho de parto e parto
- \* Exame retal
- etc

BRUNNEN

### Práticas sem evidências para recomendar uso - usar com cautela

- Métodos não farmacológicos de alívio da dor como orvas, imersão, etc
- Amniotomia precoce de rotina
- Pressão no fundo uterino
- Proteção do períneo e manipulação da cabeça do feto no expulsivo
- Clampeamento precoce do cordão umbilical

BRUNNEN

### Práticas frequentemente usadas de modo inadequado

- Restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto
- Controle da dor por agentes sistêmicos e analgesia peridural
- Monitoramento fetal eletrônico
- Transferência rotineira da paciente para outra sala no início do expulsivo
- Parto operatório
- Uso rotineiro de episiotomia

BRUNNEN

## 9. DESIGUALDADE OU DIFERENÇA RACIAL NA MORTALIDADE MATERNA

| DRS                   | RTPt/Bc | NV % Ig |
|-----------------------|---------|---------|
| Estado SP             | 10,34   | 24,51   |
| Araraquara            | 17,23   | 24,27   |
| Baixada Santista      | 6,74    | 33,50   |
| Bauru                 | 0       | 24,04   |
| Campinas              | 7,66    | 5,79    |
| Franca                | 12,9    | 0,34    |
| GSP                   | 8,91    | 24,51   |
| Mariaia               | 77,14   | 0,50    |
| Piracicaba            | 6,27    | 3,15    |
| Presidente Prudente   | 44,17   | 0,35    |
| Ribeirão Preto        | 18,48   | 1,00    |
| São João da Boa Vista | 0       | 10,21   |
| São José do Rio Preto | 35,38   | 0,46    |
| Taubaté               | 11,24   | 0,94    |

### Razões da desigualdade racial na MM

- Características biológicas - hipertensão, anemia, susceptibilidade a miomas (requerem cuidados no PF, PN, parto)
- Discriminação no acesso a SS e acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados
- Preenchimento incompleto do quesito cor

© 2010 CEM/UNESP

# RESPONSABILIDADE SOCIAL, PREVENÇÃO E MORTALIDADE MATERNA

Carlos Eduardo Pereira Vega\*

O estudo da mortalidade materna é um dos melhores indicadores da qualidade de saúde que ofertamos a nossa população.

Por meio dele podemos avaliar as ações preventivas realizadas pelas unidades básicas de saúde, avaliar o planejamento familiar, o acesso da população ao sistema de saúde, o atendimento hospitalar e apontar falhas da atenção nessa estrutura.

Em um *meeting* após a XXIII Conferência Pan-Americana de Saúde (1990), acordou-se entre os países participantes a elaboração de uma grade de pontuação da mortalidade materna para que se pudesse efetuar a comparação entre as diversas localidades.

Essa grade determina que localidades com razão de mortalidade materna (RMM) abaixo de 20 casos/100.000 nascidos vivos (NV) teriam um sistema de saúde de boa qualidade. Regiões com RMM de 21 a 50 casos/100.000 NV teriam qualidade regular; de 51 a 150 casos/100.000 NV teriam uma qualidade ruim e, acima de 150 casos/100.000 NV, qualidade péssima de saúde.

A situação brasileira, avaliada por meio de trabalho realizado pelo Prof. Ruy Laurenti, publicado em 2004, mostra a diversidade encontrada nas várias regiões do Brasil. Cabe aqui a ressalva de que o IDB-Brasil 2007 não acusa dados para as

---

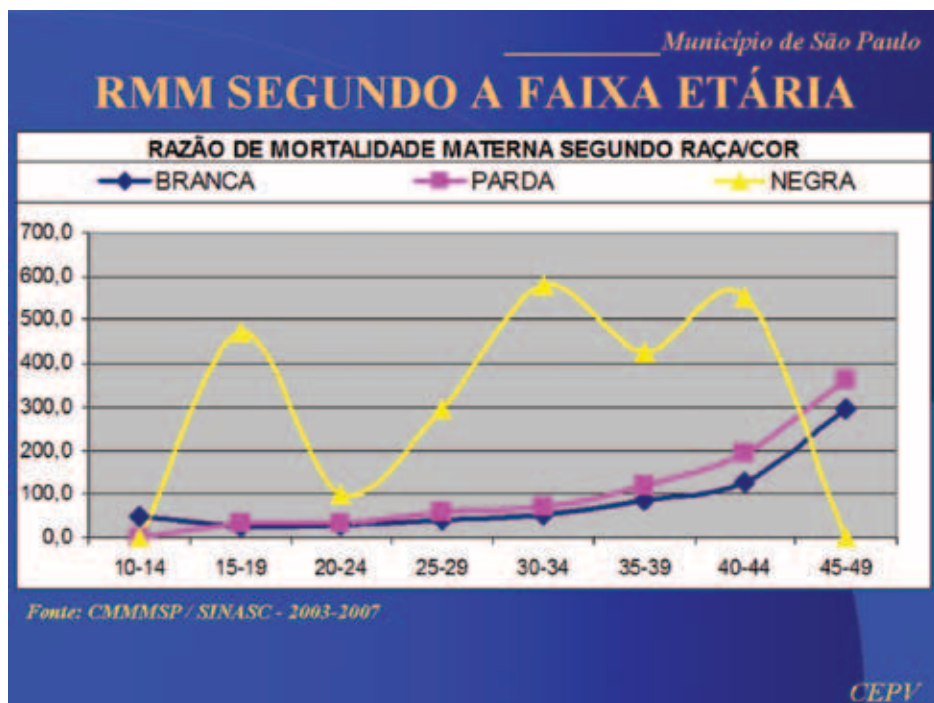
\* Médico ginecologista e obstetra, assessor da Área Técnica da Saúde da Mulher – Atenção Básica – SMS, doutor em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo e presidente do Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. E-mail: carlosvega@prefeitura.sp.gov.br



regiões Norte e Nordeste do Brasil, em razão da óbvia dificuldade de coleta desse material de forma confiável.

A avaliação do comportamento da mortalidade materna varia de acordo com o grau de desenvolvimento atingido pela localidade estudada. Nos países ditos de primeiro mundo a análise é feita de forma trienal, dado o número baixo de ocorrências. Nos países ou localidades em desenvolvimento, apesar de haver um número maior de ocorrências, a falta de políticas de saúde a longo prazo, a inconstância do quadro funcional, o despreparo da equipe de atendimento e a falta de recursos de última geração que possam ser utilizados de forma irrestrita colaboram para que os índices encontrados sejam inconstantes e apresentem grande variação no decorrer dos anos.

Gráfico 1



Tendo em vista o exposto, o Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo optou pelo estudo da casuística de forma agrupada (trienal) para poder obter uma visão mais real do comportamento e das tendências da mortalidade materna da cidade.

Verifica-se na análise trienal da Razão de Mortalidade Materna do Município de São Paulo uma tendência à queda desse indicador.

A metodologia empregada na coleta, pesquisa e tabulação dos dados é a mesma empregada durante os quinze anos de existência do Comitê, inviabilizando vieses temporários na análise dos dados apurados. Essa metodologia consiste na aplicação de uma máscara abrangendo todas as patologias que podem influenciar o estado gestacional ou ser influenciadas por ele, determinando o êxito letal. Por definição empregada em todo o mundo, são sumariamente eliminados da pesquisa os casos de morte acidental ou incidental.

Os casos separados para pesquisa são encaminhados aos cuidados de um dos 25 Comitês Regionais de Mortalidade Materna, segundo o endereço de residência da falecida. Esse Comitê é o responsável pela realização das visitas domiciliar e hospitalar.

Findo o processo de investigação, os dados apurados na pesquisa são encaminhados ao Comitê Municipal, que efetua a revisão do caso, bem como sua classificação e codificação, baseado nos códigos dispostos pela CID-10.

Praticamente todos os óbitos ocorrem dentro de um ambiente hospitalar, e os hospitais subordinados ao SUS acolhem a maioria deles.

Ao contrário do que é visto nos países desenvolvidos, a principal patologia determinante da morte materna em nosso meio é a hipertensão arterial, seguida pelos quadros hemorrágicos do terceiro trimestre/puerpério, pelas cardiopatias, pela infecção puerperal e pelas complicações de aborto.

Os partos foram, em sua maioria, operatórios (cesárea), muito provavelmente devido à gravidade do quadro clínico apresentado, seguidos pelos partos normais. Cabe a ressalva de que em aproximadamente 17% dos casos não houve tempo hábil para realizar nenhum procedimento, ocorrendo o óbito da mãe e do concepto.

Na análise dos partos realizados fica claro o despreparo da equipe que prestou atendimento (médicos ou enfermeiras), dado o elevado índice de infecção puerperal.

O parto normal, apesar de ser um procedimento relativamente simples, envolve uma série de protocolos, regras e manobras que resultam em um recém-nascido saudável e uma mãe, *idem*. A quebra ou a ignorância desses protocolos leva a um aumento do risco, aumentando a morbidade e a mortalidade materno-fetal.

A mortalidade materna por abortamento (geralmente realizado de forma insegura) mostra a necessidade de estabelecermos uma política de planejamento familiar mais consistente, não só quanto ao fornecimento de uma variedade cada vez maior de métodos contraceptivos mas, também, motivando os diversos

grupos etários, principalmente as adolescentes, quanto à necessidade de sua utilização. Todas as mulheres e homens devem ser conscientizados sobre os riscos envolvidos no relacionamento inconsequente.

Apesar de ser uma constante mundial, verificamos um elevado índice de subnotificação de casos de morte materna. Tal fato se deve tanto ao despreparo do profissional médico no preenchimento do documento de registro do óbito quanto à multiplicidade de profissionais que prestam o atendimento à gestante ou à puérpera, que não são necessariamente obstetras e não correlacionam o ciclo gravídico-puerperal como participante da sucessão de fatos que desencadeou o óbito.

A responsabilidade pelo óbito materno é imputada, praticamente em sua totalidade, ao médico que prestou atendimento. Entretanto, o médico é apenas uma parte no universo das responsabilidades.

Não devemos nos esquecer de que a educação tem uma quota importante nesse processo. A mortalidade materna é menor nas pacientes mais instruídas, pois elas entendem a necessidade da realização do acompanhamento médico, aderem facilmente ao tratamento proposto e se sentem motivadas, cobrando do sistema de saúde um atendimento adequado. Salientamos que de 25% a 30% dos óbitos ocorreram em gestantes ou puérperas que não realizaram o pré-natal. Durante a entrevista domiciliar verificamos o desinteresse pela sua realização por parte da falecida.

Gráfico 2

*Município de São Paulo*

## DISTRIBUIÇÃO DA RMM

| CAUSA              | BR  | RMM         | PD  | RMM         | NG | RMM          |
|--------------------|-----|-------------|-----|-------------|----|--------------|
| HIPERTENSÃO        | 47  | <u>9,6</u>  | 31  | <u>15,3</u> | 19 | <u>161,8</u> |
| HEMORRAGIAS        | 41  | <u>8,4</u>  | 23  | <u>11,3</u> | 4  | <u>34,1</u>  |
| ABORTO             | 28  | <u>5,7</u>  | 11  | <u>5,4</u>  | 3  | <u>25,5</u>  |
| CARDIOPATIAS       | 26  | <u>5,3</u>  | 10  | <u>4,9</u>  | 2  | <u>17,0</u>  |
| INFECÇÃO PUERPERAL | 15  | <u>3,1</u>  | 8   | <u>3,9</u>  | 4  | <u>34,1</u>  |
| BRONCOPNEUMONIA    | 12  | <u>2,5</u>  | 3   | <u>1,5</u>  | 2  | <u>17,0</u>  |
| OUTRAS             | 61  | <u>12,5</u> | 29  | <u>14,3</u> | 7  | <u>59,6</u>  |
| TOTAL              | 230 | <u>47,0</u> | 115 | <u>56,7</u> | 41 | <u>349,1</u> |

*Fonte: CMMMS - 2003-2007*

*CEPV*



A responsabilidade também é atributo do Estado, que deve aprimorar o sistema de saúde vigente, com oferta de equipamentos, medicamentos, hospitais, ambulatórios, unidades de atendimento, laboratórios etc. que atendam às necessidades da população de abrangência. Deve, ainda, cobrar das entidades de classe melhor qualidade na formação do profissional, bem como a utilização de métodos de avaliação profissional mais eficazes.

O hospital onde o atendimento é prestado também deve estar preparado (equipe multiprofissional e infraestrutura) para acolher a gestante na hora do parto, além de possuir um sistema de referência/contrarreferência para encaminhamento dos casos mais graves. A quase totalidade dos óbitos ocorre dentro de um ambiente hospitalar. Encontramos relatos diversos desse atendimento, seja quando a paciente chega em pré-óbito, em que pouco resta a ser feito, seja quanto à falta de estrutura adequada para prestar um atendimento digno (equipe despreparada, falta de medicações e insumos hospitalares, falta de leitos de UTI, equipamentos quebrados ou sem manutenção adequada etc.).

Não podemos deixar de atribuir uma quota de responsabilidade à sociedade, que, muitas vezes, deixa de exercer seus direitos quanto à cobrança

Gráfico 3

*Município de São Paulo*

## PRINCIPAIS CAUSAS

| CAUSA              | BR  | %     | PD  | %     | NG | %     |
|--------------------|-----|-------|-----|-------|----|-------|
| HIPERTENSÃO        | 47  | 20,4  | 31  | 27,0  | 19 | 46,3  |
| HEMORRAGIAS        | 41  | 17,8  | 23  | 20,0  | 4  | 9,8   |
| ABORTO             | 28  | 12,2  | 11  | 9,6   | 3  | 7,3   |
| CARDIOPATIAS       | 26  | 11,3  | 10  | 8,7   | 2  | 4,9   |
| INFECÇÃO PUERPERAL | 15  | 6,5   | 8   | 7,0   | 4  | 9,8   |
| BRONCOPNEUMONIA    | 12  | 5,2   | 3   | 2,6   | 2  | 4,9   |
| OUTRAS             | 61  | 26,5  | 29  | 25,2  | 7  | 17,1  |
| TOTAL              | 230 | 100,0 | 115 | 100,0 | 41 | 100,0 |

*Fonte: CMMMS - 2003-2007*

**CEPV**

de medidas apropriadas dos órgãos competentes e se omite no papel de agente catalisador junto às usuárias do sistema, motivando-as quanto à necessidade de acompanhamento.

Por último, a própria usuária do sistema deve estar ciente de que a preservação da sua saúde é o bem primordial a ser alcançado. Para tanto, deverá exercer o seu direito a um acompanhamento pré-natal adequado, bem como acatar a orientação da equipe multiprofissional que cuida do seu caso. Com a operacionalização desse fluxo fica mais fácil a obtenção da garantia de um hospital de referência para a realização do seu parto, minimizando os riscos da peregrinação, desnecessária e desgastante, à procura de um lugar para dar à luz.

Enfim, o esforço de todos nós pode, com certeza, promover a redução da mortalidade materna e melhorar a qualidade de assistência prestada a nossa população.

## ***Referências bibliográficas***

Vega CEP. Relatórios de Mortalidade Materna do Município de São Paulo.

Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=5778](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5778) [Acesso em 2010.]

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. bras. epidemiol. 2004; 7 (4):449-60.

Nour NM. An introduction to maternal mortality. Rev Obstet Gynecol 2008; 1 (2):77-81.

# APRESENTAÇÕES

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.

## MORTALIDADE MATERNA

Carlos Vega

CEPI

MATERNIDADE

## COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA

CEPI

MATERNIDADE

## COMITÊS

- Geralmente multi-institucionais
- Reino Unido em 1952 (1º Comitê de MM)
- Cuba em 1987
- Conferência de Nairobi em 1987
- Estado de São Paulo em 1988 (J. A. Pinotti)
- Estado do Paraná em 1989 (Fernando Braga)
- Município de São Paulo em 1992
- Republicação do Estado em 1995

CEPI

MATERNIDADE

## COMITÊS

- Município de São Paulo
  - Criado através da Lei 11.313 de 21/12/92
  - Constituído por:
    - Uma funcionária da Fundação da Mulher
    - Funcionária da Fundação Pública
    - CUBA / COBEN
    - Área Jurídica
    - PRO-ASM / FUNDAÇÃO SEADE
    - Conselho Municipal da Saúde
    - Movimento de Mulheres
    - Representante da Rede Hospitalar
    - 25 Comitês Locais de Mortalidade Materna

CEPI

MATERNIDADE

## MORTE MATERNA

É a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

### Morte Materna

- ✓ Morte Materna Obstétrica
  - ✦ MMO DIRETA
  - ✦ MMO INDIRETA
- ✓ Morte Materna Não Obstétrica

## MORTE MATERNA DIRETA

É aquela resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações.

Ex: Eclâmpsia – Atonia Uterina - Aborto

## MORTE MATERNA DIRETA

Handwritten text in a medical form:

- ↑ Síndrome Respiratória Aguda
- ↑ Tromboembolismo pulmonar
- ↑ Eclâmpsia Grave
- ↑ Aids

## MORTE MATERNA INDIRETA

É aquela que resulta de doença pré-existente ou que se desenvolve durante a gravidez, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da mesma.

Ex: Cardiopatias – Diabetes – BCP

## MORTE MATERNA INDIRETA

Handwritten text in a medical form:

- ↑ Síndrome Respiratória Aguda
- ↑ Tromboembolismo pulmonar
- ↑ Aids

Additional note: "Após episódio prévio de Aids" (After previous episode of AIDS)

### Morte Materna

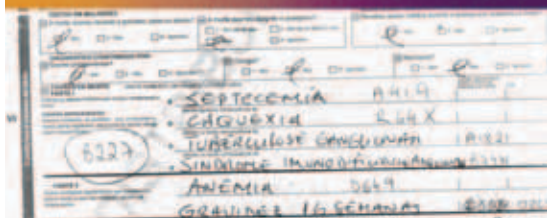
- Morte Materna Obstétrica
  - ❖ MMO DIRETA
  - ❖ MMO INDIRETA
- Morte Materna Não Obstétrica

### MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA

É o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias de puerpério devida à causas acidentais ou incidentais.

Ex: Acidentes – Neoplasias – Apendicite  
AIDS - Meningite

### MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA



- Morte Materna
- Morte Materna Obstétrica
  - Direta
  - Indireta
- Morte Materna Não Obstétrica
- Morte Materna Tardia (CID-10 = O96)

### MORTE MATERNA TARDIA CID-10 = O96

É a morte de uma mulher por CAUSAS OBSTÉTRICAS diretas ou indiretas, que ocorreu após os 42 dias de puerpério até 1 ano pós-parto ou aborto.

Ex: Internações prolongadas devido a complicações obstétricas

### MORTE MATERNA OBSTÉTRICA TARDIA





## MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA TARDIA

É a morte de uma mulher por causas **NÃO OBSTÉTRICAS**, que ocorreu **após os 42 dias de puerpério até 1 ano pós-parto ou aborto**.

Ex: Acidentes, tumores, etc, que acometeram puérperas até 1 ano pós-parto/aborto

## MORTE MATERNA NÃO OBSTÉTRICA TARDIA

The image shows a medical record form with a red circle around the 'Morte Materna' field. The form contains handwritten text in Portuguese, including 'SUSCIPUENCIA RESPIRATORIA ACUT. 2015', 'SUSCIPUENCIA PNEUMONIA RESPIRATORIA ACUT.', and 'SUSCIPUENCIA RESPIRATORIA ACUT.'. There is also a large 'DISTRIBUIÇÃO' watermark across the form.

- Morte Materna
- Morte Materna Obstétrica
  - Direta
  - Indireta
- Morte Materna Não Obstétrica
- Morte Materna Tardia (CID-10)
- Morte Materna Declarada

## MORTE MATERNA DECLARADA

É a morte de uma mulher cujas informações constantes na Declaração de Óbito permitem classificar o óbito como materno.

## MORTE MATERNA DECLARADA

The image shows a death certificate form with handwritten text. The 'CAUSA DA MORTE' field contains 'Chama letífica'. The 'CAUSAS ANTERIORES' field contains 'Septicemia'. The 'FRASE II' field contains 'Sintetizada pela letal com abscessos pulmonares, óbito de tipo séptico, mortalidade hospitalar, com 2 dias de internação de pós-parto'. There is a large 'DISTRIBUIÇÃO' watermark across the form.

## MORTE MATERNA NÃO DECLARADA

The image shows a medical record form with a large 'DISTRIBUIÇÃO' watermark. The form contains handwritten text, including 'COSO' and '2015'. There is also a large 'DISTRIBUIÇÃO' watermark across the form.

(aborto provocado por manipulação)

## NOTIFICAÇÃO

### RESOLUÇÃO MINISTERIAL

nº 256 – 01/10/1997

EVENTO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

### PORTARIA MINISTERIAL

nº 653 – 28/05/2003

EVENTO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA  
OBRIGATORIEDADE DA INVESTIGAÇÃO  
DE CASOS POSITIVOS E SUSPEITOS

CEPI

SAÚDE CONSCIENTE

## NOTIFICAÇÃO

### PORTARIA MINISTERIAL

nº 1119 – 05/06/2008

OBRIGA O HOSPITAL/MÉDICO  
ATENDENTE A NOTIFICAR A MORTE  
MATERNA NO PRAZO MÁXIMO DE 48  
HORAS DO ÓBITO

PÁGINA DA SAÚDE DA MULHER

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher>

CEPI

SAÚDE CONSCIENTE



## NOTIFICAÇÃO

CEPI

SAÚDE CONSCIENTE

Conceituação

- Morte Materna
- Morte Materna Obstétrica
  - Direta
  - Indireta
- Morte Materna Não Obstétrica
- Morte Materna Tardia (CID-10)
- Morte Materna Declarada
- Near-Miss Mortality (NMM)

CEPI

CID - 10 Revisão

SAÚDE CONSCIENTE

Conceituação

"Near-Miss Mortality" (NMM)  
São os casos de mulheres que apresentaram complicações graves durante a gestação ou puerpério, necessitando de acompanhamento em Unidades de Terapia Intensiva e que conseguiram se recuperar, com ou sem seqüelas.

CEPI

SAÚDE CONSCIENTE

CID - 10 Revisão

Conceituação

- Morte Materna
- Morte Materna Obstétrica
  - Direta
  - Indireta
- Morte Materna Não Obstétrica
- Morte Materna Tardia (CID-10)
- Morte Materna Declarada
- Near-Miss Mortality (NMM)
- Sequela de Morte Materna

CEPI

MATER CONSCIENTES

CID - 10 Revista

Conceituação

## SEQUELA DE MORTE MATERNA CID-10 = O97

São os casos de morte decorrentes de uma complicação da gravidez, parto ou puerpério cujo óbito se deu após um ano do parto ou aborto.

CEPI

MATER CONSCIENTES

CID - 10 Revista

Conceituação

## RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

RMM = casos diretos e indiretos X 100.000  
Nascidos Vivos

## RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA HOSPITALAR

CEPI

MATER CONSCIENTES

CID - 10 Revista

## IMPORTÂNCIA

CEPI

MATER CONSCIENTES

Importância

### Mortalidade Materna

- Melhores indicadores de saúde pública  
*Laurenti et al, 2000*
- Vinculado ao grau de desenvolvimento sócio-econômico da população  
*Laurenti, 1994*

Avalia:

- Acesso ao sistema de saúde
- Planejamento Familiar
- Pré-natal
- Atendimento hospitalar
- Falhas estruturais

CEPI

MATER CONSCIENTES

Importância

### Faixas de Classificação (por 100.000 nascidos vivos)

- **Baixa:** até 20 casos
  - Etiópias(14), Canadá(7), Nova Zelândia(9), Dinamarca(3), República da Coreia(1), Índia(11), França(8)
- **Média:** de 21 a 50 casos
  - China(45), Cuba(45)
- **Ruim:** de 51 a 150 casos
  - Brasil(119), Venezuela(57), Argentina(77)
- **Péssima:** acima de 150 casos
  - Sul do Saara(>1000), Jamaica(170), Haiti(670), Afeganistão(1800), Serra Leoa(2100), Somália(1400)

WITO, 2007

CEPI

MATER CONSCIENTES

XXIII Conferência Pan-Americana de Saúde (1990)



# MÉTODO DE COLETA

CEPV  
MARCUS COELHO/CEPV

## ● DECLARAÇÃO DE ÓBITO

- Estatística Oficial
- Marcadores de Morte Materna
- Utilizado em quase todo Brasil
- Não traduz a realidade
- Necessita de Fator de Correção

☞ Dado corrigido

Região Sul: 2,33      Região Sudeste: 1,55  
Região Norte: 1,29      Região Nordeste: 2,05  
Região Centro-Oeste: 1,56

**BRASIL: 1,67**

Laurenti e cols, 2004

CEPV

Métodos de Coleta

## ● Método de Máscaras

- Todos os casos positivos (declarados)
- Todos os casos suspeitos, através da utilização de uma lista de doenças ou patologias onde a morte materna pode estar presente
- Reino Unido, Comitê do Município de São Paulo
- Não necessita de Fator de Correção

CEPV  
MARCUS COELHO/CEPV

Métodos de Coleta

## ● Método RAMOS

- Reproductive Age **M**ortality Survey
- Investiga todos os óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil
- Utilizado pelo Comitê de Mortalidade Materna do Estado do Paraná
- Não necessita de Fator de Correção
- Demanda mais tempo e verba

CEPV  
MARCUS COELHO/CEPV

# Mortalidade Materna

## MUNDO

CEPV  
MARCUS COELHO/CEPV



## PRINCIPAIS CAUSAS

ESTADOS UNIDOS – 77% no puerpério

1. TROMBOEMBOLISMO (19,6%)
2. HEMORRAGIA (17,2%)
3. HIPERTENSÃO ARTERIAL (15,7%)

CDC - MMWR, 2003

ÍNDIA – 87,7% no puerpério

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL (48,9%)
2. HEMORRAGIA (17,7%)
3. INFEÇÃO PUERPERAL ( 7,1%)

Biswas et cols, 2004

WAKES CONSULTING

CEPI

## Mortalidade Materna

# BRASIL

WAKES CONSULTING

CEPI



MORTALIDADE  
MATERNA  
OFICIAL=64,8  
DATASUS, 2003

## PRINCIPAIS CAUSAS

SORTE DO BRASIL – 73,9% no puerpério

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL (21,7%)
2. HEMORRAGIA (puerpério) (17,4%)
3. CARDIOPATIAS (17,4%)

Tanaka e Mitsuiki, 1999

PARANÁ – 82,7% no puerpério

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL (20,1%)
2. HEMORRAGIA (puerpério) (16,7%)
3. INFEÇÃO PUERPERAL ( 8,1%)

CMMEPR - 2005

WAKES CONSULTING

## Mortalidade Materna

# MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

WAKES CONSULTING

CEPI

## MORTALIDADE MATERNA NA CIDADE DE SÃO PAULO - 1993 a 2007

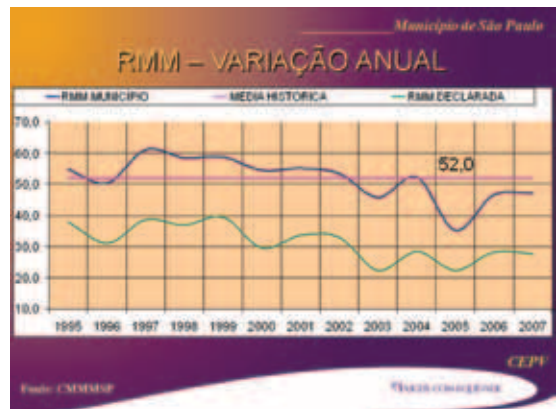
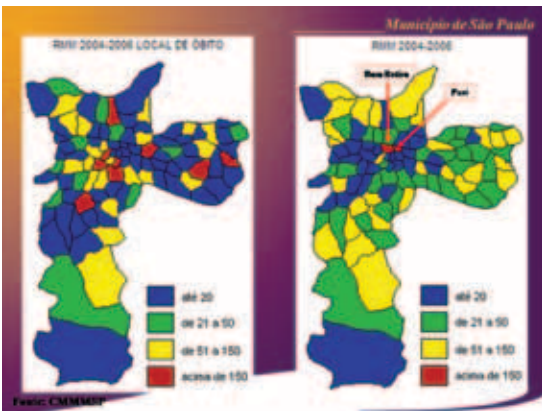
**13.111 casos pesquisados**

2134 mortes de  
mulheres  
grávidas ou  
puérperas

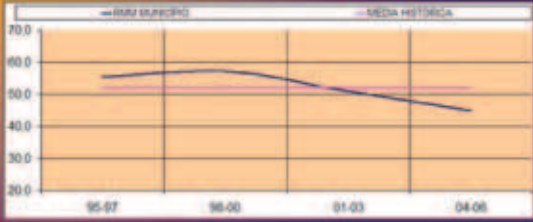
1514 casos  
diretos ou  
indiretos

WAKES CONSULTING

CEPI



## RIMM – VARIAÇÃO TRIENAL

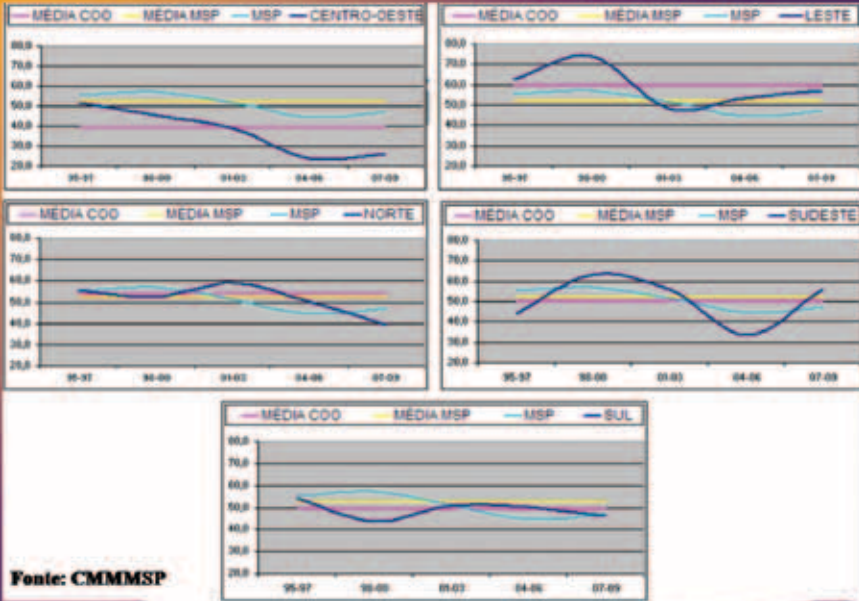


Fonte: CMMMSF

CEPI

MARKET CONSULTING

## RIMM DAS COORDENADORIAS (VARIAÇÃO TRIENAL)



Fonte: CMMMSF

CEPI

MARKET CONSULTING

## RECORTE RACIAL

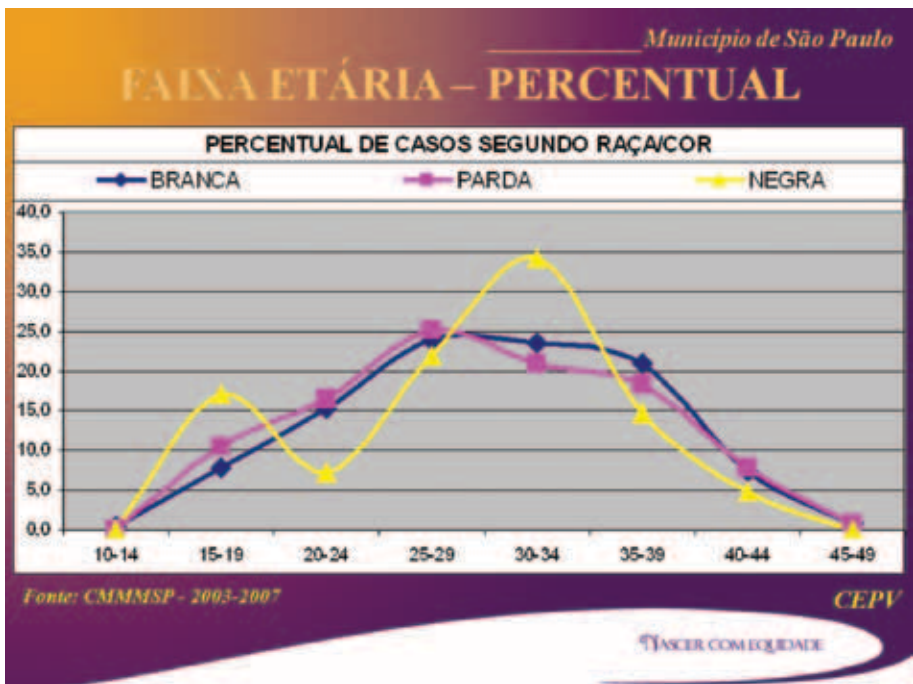
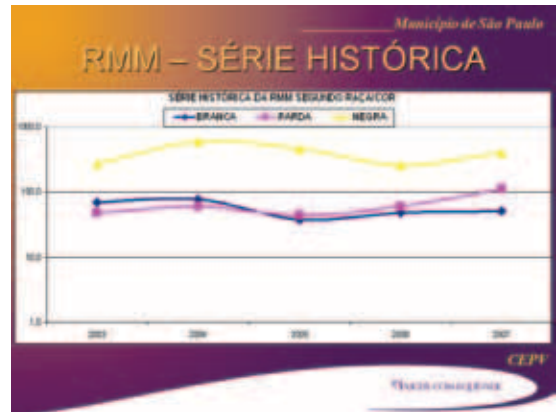


## CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Preenchimento do quesito Raça/Cor
  - Cor é auto-declarada
  - Quem determina a cor quando ocorre um óbito ?
    - Escriturário ?
    - Médico que acompanha o caso ?
    - Legista ?
    - Familiar ?

CEPV

TRANSER COM EQUIDADE



## PRINCIPAIS CAUSAS

| CAUSA              | BR  | %     | PD  | %     | NG | %     |
|--------------------|-----|-------|-----|-------|----|-------|
| HIPERTENSÃO        | 47  | 20,4  | 31  | 27,0  | 19 | 46,3  |
| HEMORRAGIAS        | 41  | 17,8  | 23  | 20,0  | 4  | 9,6   |
| ABORTO             | 28  | 12,2  | 11  | 9,6   | 3  | 7,3   |
| CARDIOPATIAS       | 26  | 11,3  | 10  | 8,7   | 2  | 4,9   |
| INFECÇÃO PUERPERAL | 15  | 6,5   | 8   | 7,0   | 4  | 9,8   |
| BRONCOPNEUMONIA    | 12  | 5,2   | 3   | 2,6   | 2  | 4,9   |
| OUTRAS             | 61  | 26,5  | 29  | 25,2  | 7  | 17,1  |
| TOTAL              | 230 | 100,0 | 115 | 100,0 | 41 | 100,0 |

Fonte: CMMMSP - 2003-2007

CEPV

Trabalhar com equidade

## DISTRIBUIÇÃO DA RMM

| CAUSA              | BR  | RMM  | PD  | RMM  | NG | RMM   |
|--------------------|-----|------|-----|------|----|-------|
| HIPERTENSÃO        | 47  | 9,6  | 31  | 15,3 | 19 | 161,8 |
| HEMORRAGIAS        | 41  | 8,4  | 23  | 11,3 | 4  | 34,1  |
| ABORTO             | 28  | 5,7  | 11  | 5,4  | 3  | 25,5  |
| CARDIOPATIAS       | 26  | 5,3  | 10  | 4,9  | 2  | 17,0  |
| INFECÇÃO PUERPERAL | 15  | 3,1  | 8   | 3,9  | 4  | 34,1  |
| BRONCOPNEUMONIA    | 12  | 2,5  | 3   | 1,5  | 2  | 17,0  |
| OUTRAS             | 61  | 12,5 | 29  | 14,3 | 7  | 59,6  |
| TOTAL              | 230 | 47,0 | 115 | 56,7 | 41 | 349,1 |

Fonte: CMMMSP - 2003-2007

Trabalhar com equidade

## Procedimentos realizados

| PROCEDIMENTOS | BR  | RMM  | PD | RMM  | NG | RMM   |
|---------------|-----|------|----|------|----|-------|
| CESÁREA       | 114 | 41,4 | 20 | 28,8 | 55 | 974,0 |
| VAGINAL       | 41  | 19,2 | 9  | 6,7  | 19 | 311,7 |
| TOTAL         | 155 | 31,7 | 29 | 14,3 | 74 | 630,2 |

23,7  
VEZES

16,3  
VEZES

CEPV

NASCER COM EQUIDADE

### CASO CLÍNICO

- \* GS, 32 anos, negra, residente em São Paulo
- \* Gesta 3 – Para 0 – Abortos 2 (1 gestação ectópica com 17 anos)
- \* Sem realização de pré-natal (não achava necessário)
- \* Portadora de hipertensão arterial crônica com uso irregular de medicação, de acordo com os sintomas apresentados

CEPV

NASCER COM EQUIDADE

### CASO CLÍNICO - discussão

- \* Portadora de hipertensão arterial
  - ⇒ Captação e seguimento ambulatorial
  - ⇒ Estabilização clínica e orientação
  - ⇒ 2 abortos anteriores → PF ?
  - ⇒ ectópica → seguimento ginecológico ?
- \* Ao manifestar desejo de engravidar:
  - ⇒ Adequar medicação para uso na gestação
  - ⇒ Orientação para concepção

CEPV

NASCER COM EQUIDADE

## CASO CLÍNICO

- \* Deu entrada no Hospital no dia 09/09 com queixa de dores em BV há 1 dia, sem perdas,
- \* PA=150x100, DU=ausente, colo 1 DG, AU=28 cm, BCF=presente
- \* Antecedente de salpingectomia esquerda por gestação ectópica há 15 anos

CEPV

MARKUS CHAGUEIRO

## CASO CLÍNICO

- \* Internada em 09/09, sem relato de medicação para hipertensão.
- \* USG(10/09)= gestação de 33 3/7 sem
- \* VDRL= positivo 1/2
- \* Em 12/09 foi submetida a cesárea devido a piora do quadro hipertensivo
- \* RN vivo, 2160g, APGAR 8-9

CEPV

MARKUS CHAGUEIRO

## CASO CLÍNICO

- \* Sem relato de complicações, recebeu alta em 15/09 (sem referência a medicação para casa)
- \* RN permaneceu internado até 24/09 para tratamento de sífilis congênita

CEPV

MARKUS CHAGUEIRO

## CASO CLÍNICO - discussão

- \* Portadora de hipertensão arterial
  - ⇒ Medicação utilizada no hospital ?
  - ⇒ Medicação para casa ?
  - ⇒ Aderência ao tratamento ?
- \* Recém-nascido
  - ⇒ Prematuridade
  - ⇒ Sífilis congênita

CEPV

MARKUS CHAGUEIRO

## CASO CLÍNICO

- \* Em 22/09 foi trazida por familiares com quadro pós-comicial
- \* Apresentava quadro de AVC em instalação, presença de estertores em base HTD e crise hipertensiva (220x120)
- \* Transferida para a UTI evoluiu com sinais de descerebração seguida de morte cerebral, indo a óbito em 24/09

CEPV

MARKUS CHAGUEIRO

## CASO CLÍNICO - discussão

- \* Portadora de hipertensão arterial
  - ⇒ Usou alguma medicação em casa ?
  - ⇒ Foi encaminhada para consulta de puerpério ?
  - ⇒ Foi orientada sobre os riscos da hipertensão ?

CEPV

MARKUS CHAGUEIRO



## HIPERTENSÃO ARTERIAL

| CAUSA DO ÓBITO             | N   | %     |
|----------------------------|-----|-------|
| ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | 34  | 32,7  |
| EDEMA AGUDO DE PULMÃO      | 28  | 26,9  |
| COAGULOPATIAS              | 20  | 19,2  |
| OUTRAS                     | 15  | 14,4  |
| IGNORADA                   | 7   | 6,7   |
| TOTAL                      | 104 | 100,0 |

FARMACIMÉDICO - 2002-2007

CEPF

Município de São Paulo

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

### > GERAIS

- Reciclagem multiprofissional
- Receita baseada na REMUME
- Identificação de casos potenciais p/ MM
  - × 66 % são portadoras de fatores de risco
- Melhor distribuição dos leitos hospitalares
- Direcionamento/Internação coerente
- Aparato hospitalar
- Reuniões de discussão de caso
  - ✓ Adoção de protocolos de condutas
  - ✓ Comissões hospitalares
- Notificação da morte materna

CEPF

Município de São Paulo

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

### > PRÉ-GESTACIONAL

- Planejamento Familiar
  - ✓ Métodos anticoncepcionais reversíveis
  - ✓ Laqueadura e vasectomia
- Preparo pré-gestacional
  - ✓ Orientação de riscos
  - ✓ Tratamento de intercorrências
  - ✓ Equilíbrio de patologias pré-existentes
  - ✓ Adequação de medicação

CEPF

Município de São Paulo

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

### > GESTACIONAL (PRÉ-NATAL)

- Captação precoce da gestante
  - ✓ Realização de exames de rotina
  - ✓ Urocultura trimestral / RSS / HIV
  - ✓ USG (12 a 20 sem)
- Consulta com enfermagem
- Consulta com obstetra
- Integração com equipes do PSF
- Programação da Agenda de consultas
- Curso de gestantes

CEPF

Município de São Paulo

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

### > GESTACIONAL (PRÉ-NATAL)

- Identificação de fatores de risco
  - × Tita de proteinúria
  - × Verificar PA de 28-32 sem
  - × AAS + Cálcio – gestantes de risco
- Adequação de medicação em uso
  - ✓ Diabetes, Tireopatias, etc.
  - ✓ Alfa-metilopla
- Retaguarda de Ambulatório de Risco
  - ✓ Identificação do caso (busca ativa)
  - ✓ Seguimento paralelo na UBS
- Visita à maternidade
- Orientação pré-parto (curso gestantes)

CEPF

Município de São Paulo

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

### > HOSPITALAR (PRÉ-PARTO)

- Instrumentos hospitalares
  - ✓ Banco de Sangue satisfatório
  - ✓ Comissão de Infecção Hospitalar
  - ✓ Equipes de plantão completas
- Avaliação pré-internação
  - ✓ Pesquisa *strep-to-B* (protocolo)
- Abortamentos
  - ✓ Incentivar a prática da AMIU
  - ✓ Antibioticoterapia agressiva na suspeita de manipulação prévia
  - ✓ Não protelar intervenções agressivas

CEPF

Município de São Paulo

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

Propostas

### HOSPITALAR (PRE-PARTO)

- Partograma
- Parto Humanizado
  - ✓ Presença de acompanhante
  - ✓ Analgesia / uso coerente de ocitócicos
- Redução do número de cesáreas
  - ✓ Cesáreas eletivas / literárias pela manhã
  - ✓ Na gestação de risco:
    - \* Preparar equipe antes do procedimento
    - \* Preparar equipamentos e medicamentos
    - \* Reservar sangue
- Adequação / Implantação de condutas
  - ✓ Sulfato de Magnésio / Hidralazina

CEPI

UNIVERSIDADE

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

Propostas

### HOSPITALAR (INTRA-PARTO)

- NÃO FAZER MANOBRA DE KRISTELLER
- Revisão de placenta, anexos e canal de parto
  - ✓ SEM por infecção puerperal ⇒ 50% PN
- Revisão das ligaduras
  - ✓ Episiotomia
  - ✓ Cesárea
- Uterotônico profilático nas gestações de risco
- Avaliação criteriosa de sangramentos
- Avaliação da cavidade abdominal
  - ✓ Sangramentos
  - ✓ Materiais estranhos

CEPI

UNIVERSIDADE

## PROPOSTAS DE REDUÇÃO

Propostas

### HOSPITALAR (PÓS-PARTO)

- Não deixar a paciente desacompanhada no C.O.
- Liberação para o quarto após avaliação
- Supervisão constante da enfermagem no quarto
  - ✓ Contração uterina
  - ✓ Sangramentos anormais
  - ✓ Dados vitais
  - ✓ Incentivar aleitamento materno precoce
- Não protelar condutas agressivas
- Alta hospitalar em condições adequadas
- Alta no mínimo após 48 horas de pós-parto
- Agendar consulta de puerpério e alertar para sinais de risco para infecção puerperal

CEPI

UNIVERSIDADE

## CONTATOS

Área Técnica da Saúde da Mulher  
3218-4105

[carlosvega@prefeitura.sp.gov.br](mailto:carlosvega@prefeitura.sp.gov.br)

[saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br](mailto:saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br)

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br>

CEPI

UNIVERSIDADE

# ^ A IMPORTÂNCIA DO HOMEM NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: REFLEXÕES E AÇÕES PELO DIREITO DE SER ACOMPANHANTE<sup>1</sup>

Jorge Lyra<sup>2</sup>, Benedito Medrado<sup>3</sup>,  
Mariana Azevedo<sup>4</sup>, Márcio Valente<sup>5</sup>

## *Iniciando o diálogo*

A ideia de que os homens, via de regra, não se interessam por questões relativas à sexualidade e reprodução e de que o planejamento reprodutivo e o cuidado dos filhos são atribuições e responsabilidades das mulheres estão embasadas em uma visão machista e sexista que impede as mulheres e os homens o pleno exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, face às limitações impostas por padrões culturais inscritos em práticas preconceituosas. Nem todo homem é ausente ou irresponsável e, muitas vezes, os próprios serviços de saúde não estão dispostos, nem preparados, para identificar e responder demandas desses homens que buscam exercer seus direitos sexuais e direitos reprodutivos (Lyra, 2008).

---

<sup>1</sup> Uma versão resumida desse texto foi publicado nos anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 8, que aconteceu em Florianópolis entre os dias 25 e 28 de agosto de 2008, com o título “Rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais no cuidado infantil: pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante?”

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Pública – Fiocruz/ CPqAM/ Nesc, coordenador geral do Instituto Papai.  
E-mail: jorgelyra@papai.org.br

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia Social – PUC/SP, professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), coordenador do Núcleo de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades – Gema.  
E-mail: beneditomedrado@gmail.com

<sup>4</sup> Mestranda em Sociologia – UFPE, coordenadora de projetos no Instituto PAPAI.  
E-mail: mariana@papai.org.br

<sup>5</sup> Mestrando em Psicologia – UFPE, integrante do Núcleo de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades – Gema. E-mail: barra\_valente@yahoo.com.br

Nesse sentido é necessário construir novas práticas, superando diferentes barreiras individuais – de homens e de mulheres –, institucionais, culturais e ideológicas para alcançarmos um maior envolvimento dos homens e a ampliação do debate sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, no contexto da agenda das políticas públicas (Brasil, 2005b).

O interesse por experiências de trabalho com homens em sexualidade e saúde reprodutiva na América Latina e Caribe vem crescendo nos últimos anos, sobretudo, a partir de demandas que tem origem em ações desenvolvidas com mulheres, em diferentes campos. Porém, até o momento, experiências concretas com homens têm sido desenvolvidas prioritariamente por Organizações da Sociedade Civil por meio de programas inovadores com recursos de fundações privadas e não lucrativas (WHO, 1999). Essas iniciativas, no entanto, têm enfrentado vários obstáculos, entre os quais: 1) a falta de preparo dos próprios profissionais de saúde – tanto homens como mulheres – para atender à clientela masculina; 2) a ausência de material educativo específico; 3) a ausência de uma agenda política referenciada nas atuais propostas do movimento feminista; e 4) a falta de interesse da maioria dos homens em cuidar de sua saúde (Oliveira, Bilac e Muszkat, 2000) e de se envolverem no movimento pelos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, ainda é notória a ausência de recursos governamentais para formular e executar programas dessa natureza (Arihla, 1998; Toneli-Siqueira, 2000).

Mesmo entre aqueles/as que concordam sobre a necessidade de focalizar os homens nos serviços de saúde há polêmicas: devem-se priorizar exclusivamente melhores índices de saúde para as mulheres ou atender eventuais demandas dos homens? Nosso ponto de vista é o de que tais programas devem ser desenvolvidos visando a equidade e as especificidades de gênero (ECOS, 2001). Isso significa, por exemplo, que desenvolver programas voltados para o uso do preservativo ou incrementar o uso da vasectomia não são suficientes para oferecer amplas alternativas de assistência à saúde dos homens. Tampouco é suficiente para conscientizá-los sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos (Arihla, 1998). Não se trata, portanto, de criar mais um campo de trabalho voltado exclusivamente aos homens. Ao contrário, é necessário unir esforços às atividades já desenvolvidas em diferentes espaços com populações femininas, reafirmando o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, maximizando esforços, integrando os homens e, assim, ampliando o impacto das ações em gênero, saúde, sexualidade e reprodução (Medrado *et al.*, 2009).

Até o momento, os programas governamentais de saúde voltados para a população feminina têm aberto pouco espaço para a discussão sobre as

necessidades específicas dos homens e sobre a importância da participação masculina no compartilhamento de responsabilidades (Lyra, 2008). Uma exceção são os serviços que no Brasil trabalham com DST/aids, mas cuja integração com os serviços mais específicos de saúde da mulher ainda é precária. Outra exceção é a dos programas governamentais de saúde do trabalhador, que, por sua vez, acabam deixando de lado as necessidades específicas de saúde das mulheres e não demonstram sensibilidade para temas de sexualidade e saúde reprodutiva. Seja no contexto da prevenção/assistência as DST/aids, seja no campo da saúde do trabalhador e mesmo na recém criada Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Brasil, 2009), pouco se reflete sobre como o modelo machista em nossa sociedade expõe também os homens a diferentes situações de vulnerabilidade, ou seja, os homens são vistos na condição de “seres humanos” e raramente são percebidos em sua especificidade de gênero, como sujeitos inseridos numa ordem de gênero que lhes impõe poderes, mas também regras e restrições (Medrado e Lyra, 2008).

Em consonância com a leitura crítica feminista sobre a “medicalização” do corpo feminino, é imprescindível desfazer, progressivamente, a perspectiva que define os serviços de saúde como esfera feminina. Profissionais de saúde têm admitido em relatos informais resistência, por exemplo, em reconhecer o direito do pai a assistir ao parto. Argumentam, muitas vezes, que “o pai pode desmaiar e atrapalhar todo o procedimento”. Além disso, de modo mais amplo, muitos admitem ter dificuldades em obter a empatia e cumplicidade dos homens nos serviços públicos de saúde, o que, por sua vez, dificulta-nos a conhecer mais claramente as necessidades específicas dos homens e nos impede também de definir melhores estratégias para envolvê-los (Schutter, 2000).

## *Gênero, cuidado e os homens*

Há pelo menos quatro décadas as mulheres vêm exigindo e conquistando reconhecimento e legitimidade na esfera pública, antes destinada exclusivamente aos homens, em uma sociedade histórica e culturalmente marcada pela dominação masculina (Costa, 2006; Piscitelli, 2004; Pitanguy, 2003; Rosemberg, 1993).

Certamente as transformações sociais inauguradas pelo feminismo ultrapassam os limites do corpo e da vida das mulheres, inscrevendo-se também em instituições (especialmente a família, o mercado de trabalho, o campo da saúde) e em narrativas masculinas. Contudo, infelizmente, parece que ainda mantemos em nossos corações e mentes uma forte dicotomia

simbólica entre masculino-produção e feminino-reprodução (Izquierdo, 1994; 2003).

Se quisermos uma efetiva transformação do exercício reprodutivo é preciso reconhecer que em um mercado competitivo as desigualdades de sexo e de gênero ainda são profundas e marcantes, pois muitas vezes convivemos com situações eticamente complexas como: diferentes critérios (não declarados) na seleção de postos em empresas; diferença de salários entre mulheres e homens; a garantia (ou não!) dos direitos a educação infantil e creches públicas para trabalhadoras e trabalhadores; a disparidade de dias entre a licença maternidade e paternidade, essa última relegada ainda a cinco dias consecutivos; e as questões ligadas a vida reprodutiva: contracepção, gestação, parto visto como algo exclusivo do corpo das mulheres (OIT, 2009).

Em nossa sociedade o cuidado infantil é uma experiência pouco valorizada e atribuída frequentemente às mulheres. Pouco se pergunta ao homem sobre seu desejo de ser pai e pouco se informa sobre os direitos e compromissos relativos ao exercício da paternidade (Lyra, 1997). Além disso, a paternidade ainda aparece associada ao homem e uma concordância entre pênis-sêmem-heterossexualidade-adulter-família nuclear (homem-mulher-filho/a) o que parece ofuscar possibilidades paternas fora das estruturas restritivas machista e heteronormativas como a paternidade por inseminação, homossexual, travesti, adolescente, monoparental ou após separação conjugal (Valente; Medrado, 2009).

Não se pode esquecer que o cuidado é, antes de tudo, uma habilidade, que se aprende ao longo da vida. Desde crianças as mulheres são estimuladas a praticar o cuidado infantil. Desde muito cedo muitas são obrigadas ao cumprimento de tarefas domésticas e/ou estimuladas, por exemplo, a brincar de boneca, exercitando o que supostamente as espera pela frente: o trabalho doméstico. Por outro lado, quando um menino resolve incluir entre suas brincadeiras peças ou jogos relacionados ao lar, geralmente é recebido com chacotas e censura: “menino não brinca de arrumar casa”, “menino não brinca de boneca”. São mensagens que se repetem, de diferentes formas, ao longo da vida de um homem (Papai, 2001). O não-cuidado (consigo e com o outro) aparece naturalizado no homem, sendo a desordem dessa fixidez situada no sistema sexo/gênero como advinda da suposta crise da masculinidade hegemônica (Quadros, 1996) ou de “faltas”, dificuldades enfrentadas pelos homens (Jimenez, 2002; Souza, 2008). A relação homem e cuidado quando compreendida pela negatividade acaba, apesar de muitos esforços, reiterando a fixidez (mesmo quando as relativiza) do sistema sexo/gênero. Precisamos compreender a relação entre cuidado e homens a partir da positividade, isto



é, como algo que se produz a partir de mecanismos móveis como discursos midiáticos, jurídicos, de políticas públicas, científicos, artísticos etc.

No entanto, poucas vezes presenciamos um homem adulto executando tarefas associadas ao cuidado de um bebê, seja dentro de casa ou em instituições voltadas ao cuidado e educação infantis, tais como berçários, creches, escolas etc. Do mesmo modo, o cuidado das pessoas idosas e dos doentes, na família, costuma ser desempenhado por mulheres. Enfim, em nossa cultura, o ato de cuidar aparece quase como uma atribuição “natural” das mulheres (Izquierdo, 2003; Saporoli, 1997) como o não-cuidado uma característica atribuída aos homens.

O que poderia ser visto, então, como um privilégio, ao contrário, tem gerado muitos obstáculos para a vida das mulheres, principalmente aquelas que buscam espaço no mercado de trabalho e que, por vezes, não podem assumir um determinado emprego porque precisam tomar conta dos filhos ou outros familiares e amigos. Muitas delas precisam enfrentar o que tem se chamado de tripla jornada de trabalho (Bruschini, 2007).

Nos planos nacional e internacional a movimentação das mulheres em prol de uma sociedade mais igualitária tem levado a propostas de mudanças nas condições de vida de homens e mulheres. Elas descreveram, discutiram, denunciaram e propuseram alternativas à condição feminina, nos diferentes campos da vida social que, invariavelmente, impuseram reflexões sobre o lugar dos homens em nossa sociedade (Lyra, 1997).

A literatura científica e de apoio direto à intervenção em saúde e direitos reprodutivos vem, a partir dos anos 80, tratando cada vez mais da participação dos homens na esfera privada (Engle, 1995; Mundigo, 1995). A esse respeito, destaca-se a falta de informações sobre os homens e a paternidade, bem como o impacto positivo de determinadas políticas públicas que visam promover o exercício da paternidade (Näsman, 1990). Contudo, tendo em vista a organização da vida social em função da desigualdade de gênero, é necessário reconhecer que apenas políticas afirmativas específicas à maior participação dos homens nas atividades domésticas não são suficientes para promovermos mudanças estruturais (Quadros, 1996; 2004). Ademais, precisamos estar atentos aos contextos institucionais que não promovem o exercício da paternidade como hospitais, maternidades – como adiante iremos evidenciar –, mas também aqueles que definitivamente a impossibilitam, como os presídios. Os ambientes prisionais estão não apenas despreparadas para possibilitar que homens exerçam seu direito ao exercício paterno, mas também são estranhos a tal questão (Silva, 2007).

Os pais continuam a trabalhar mais que as mães em empregos mais bem remunerados. Ou seja, enquanto a sociedade for regida pelo princípio da divisão

do trabalho por sexo e por gênero teremos barreiras para que homens e mulheres assumam mais (ou menos) atividades públicas e privadas em consonância com seus desejos e orientações individuais. Dessa maneira, as mulheres continuam a assumir, desproporcionalmente, grande parte das atribuições domésticas, especialmente aquelas referentes aos filhos, e os pais continuam a ser significados como os responsáveis primários pela manutenção material do lar.

A maior participação dos homens nos cuidados para com seus filhos pode, certamente, dinamizar as relações de gênero, na medida em que as crianças poderão observar comportamentos de seus pais nessas atividades, possibilitando, assim, uma ampliação de seus repertórios quanto a normas e valores considerados masculinos e femininos.

É importante lembrar que um homem pode ser perfeitamente feliz sem ter filhos. A paternidade não deve ser vista como um dever, uma obrigação nem a consideramos como o destino óbvio e natural dos homens. De fato, consideramo-la como. Trata-se de um direito do homem e, principalmente, da criança; um direito estabelecido por lei, que precisa ser respeitado, conhecido e assegurado.

### ***Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante: reflexões e ações sobre os homens no parto***

Tendo em vista essa situação é que desde 1998, o Instituto Papai<sup>5</sup> vem desenvolvendo durante a semana do dia dos pais a campanha: Paternidade, Desejo, Direito e Compromisso, voltada à reflexão crítica sobre os homens e o cuidado infantil. Nesse sentido, nos anos de 2006 e 2007, no bojo dessa campanha mais ampla, trabalhamos o tema da participação do pai durante o processo de gestação, parto e cuidado do bebê tendo como elemento deflagrador a lei federal nº 11.108 (Brasil, 2005a), com a mensagem: “Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante”<sup>6</sup>. Essa lei, mais conhecida como “a lei do acompanhante” entrou

---

<sup>5</sup> O Instituto Papai foi fundado em 1997. É uma organização não-governamental feminista, sediada em Recife, Nordeste do Brasil. Nossa equipe é formada por homens e mulheres que desenvolvem ações educativas, informativas e políticas junto a homens em situação de pobreza, bem como estudos e pesquisas sobre masculinidades, a partir da perspectiva feminista e de gênero.  
Endereço: Rua Mardonio de A. Nascimento, 119 Várzea Recife/PE – Brasil 50741-380  
papai@papai.org.br # <http://www.papai.org.br> # Fone – 0055 81 32714804

<sup>6</sup> Essa atividade foi realizada no bojo do projeto de pesquisa-ação multicêntrico intitulado Homens nos serviços públicos de saúde: Rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais – Recife, São Paulo e Florianópolis com apoio da Fundação Ford, Ministério da Saúde/ Área Técnica de Saúde da Mulher e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), entre os anos de 2005 e 2007. Em Recife esse projeto foi realizado pelo Instituto Papai, Núcleo de Pesquisas sobre Gênero e Masculinidades



em vigor em agosto de 2005 com o objetivo de garantir às gestantes o direito à presença de um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observamos que a temática dos homens no parto, discutido no trabalho recente de Márcio Valente e Benedito Medrado (2009) intitulado *Gênero, ciência e paternidades: análise da produção científica brasileira em banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)*, é discutida principalmente pela área da Enfermagem sendo o primeiro trabalho localizado em 1997, na qual o interesse recai sobre a vivência do pai que aguarda pelo parto<sup>7</sup>. O mesmo inaugura uma dúvida que permeará os anos que virão: quando/como o homem se torna pai? Em 2005, as obras analisaram as narrativas de homens que acompanharam o nascimento e o parto de seus filhos<sup>8</sup> e os significados de paternidade para pais-adolescentes cujos filhos estão hospitalizados<sup>9</sup>. Em 2008, os interesses recaíram acerca da participação do pai nos processos de humanização do parto<sup>10</sup> e da amamentação<sup>11</sup>. Essa temática também aparece em 2001, no campo da Psicologia no qual as pesquisas se voltam para analisar a participação do pai no parto da criança e os desafios institucionais que a impedem<sup>12</sup>, ou seja, a participação masculina no cuidado não decorre apenas da vontade do sujeito, mas das condições sociais criadas para propiciá-la. No ano de 2007 os estudos da Psicologia se voltaram para o exercício da paternidade no cuidado do bebê no contexto da depressão pós-parto materna<sup>13</sup>.

---

(Gema) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em parceria com o Centro de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE). Em Florianópolis foi desenvolvido em parceria com o Núcleo de Pesquisas Modos de Vida, Família e Relações de Gênero (Margens) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Hospital Universitário (HU). E em São Paulo realizamos a parceria com o Instituto AMMA Psique e Negritude que desenvolveu a pesquisa-ação com o Hospital Geral de São Mateus (HGSM) como uma ação conjunta da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES) e o Comitê de Saúde da População Negra.

<sup>7</sup> “O significado da espera do parto – o vivido do pai na ótica da enfermagem” (Garrido, 1997).

<sup>8</sup> “O pai acompanhante no processo de nascimento e parto: narrativas sobre experiência” (Mazzieri, 2005).

<sup>9</sup> “Significados de paternidade para adolescentes com recém-nascidos hospitalizados” (Cauduro, 2005).

<sup>10</sup> “O parto humanizado e a participação paterna” (Longo, 2008).

<sup>11</sup> “O pai participe no processo de amamentação: intervenção da enfermeira no período gravídico puerperal” (Rêgo, 2008).

<sup>12</sup> “A participação do pai no Nascimento da criança: as famílias e os desafios Institucionais em uma maternidade pública” (Carvalho, 2001). Essa última ao focar a participação do homem no cuidado enquanto um desafio na esfera das instituições se aproxima de outras pesquisas como de Coelho (2000) e Lyra (1997).

<sup>13</sup> “Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia pai-bebê” (Silva, 2007).

Vários outros temas apareceram nessa revisão da literatura, mas nesse momento ficamos por aqui no foco do presente texto. Em outras palavras, a proposta deste capítulo é apresentar breves reflexões teóricas e políticas que fundamentam a iniciativa a Campanha Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante como uma estratégia de discutir e problematizar o lugar dos homens no momento do parto, particularmente, a partir das atividades desenvolvidas, em Recife, no projeto multicêntrico Homens nos serviços públicos de saúde.

Em 2006, tínhamos o objetivo de desenvolver estratégias de comunicação voltadas aos usuários e profissionais de Serviços Públicos de Saúde Sexual e Reprodutiva, de Recife, com vistas a estimular o envolvimento dos homens em questões relativas aos cuidados de si e dos outros, especialmente no contexto do planejamento reprodutivo. O foco da campanha foi informar sobre a lei do acompanhante, estimulando a presença dos homens no contexto do pré-natal, parto e pós-parto, a partir das noções de direito, desejo e compromisso. Em 2007, além do foco de divulgação da lei, a campanha contou com um componente de pesquisa com o objetivo de levantar informações sobre como os hospitais públicos da cidade de Recife têm se estruturado no sentido de garantir o direito da gestante à acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato.

A presença de um(a) acompanhante de escolha da parturiente durante todo o período de internação encontra-se entre as várias recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a humanização do parto e nascimento, diretriz essa que pretende reorientar a organização e a prática profissional no âmbito dos serviços de saúde a fim de respeitar e promover os direitos das mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e da eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais (Rede Saúde, 2002). O movimento pela humanização do parto e nascimento surge com o objetivo de evitar abusos e violências que as mulheres vêm sofrendo nos serviços de saúde, como o uso de medicamentos e intervenções cirúrgicas desnecessárias e maus tratos por parte dos profissionais de saúde. Reconhecendo o parto não como uma patologia, mas como um evento natural da vida das mulheres que decidem ter filhos, pretendendo fazer desse momento o mais prazeroso possível para todos envolvidos (Rede Saúde, *op. cit.*; Nakano *et al.*, 2007).

Vários relatos científicos têm assinalado que a presença de um acompanhante durante o pré, parto e pós-parto interfere positivamente no processo fisiológico do parto, diminuindo o período de internação e recuperação e o número de cesáreas (Brasil, 2005b; 2005c; Zhang *et al.*, 1996). Não fazer do parto um momento de isolamento e abandono através da presença de alguém de confiança

da mulher aumenta a sensação de bem-estar da mãe e do recém-nascido, o que se reflete positivamente em seus indicadores de saúde (Carvalho, 2003). A presença de um acompanhante pode ainda, servir de “controle social direto” do serviço de saúde, evitando abusos e procedimentos desnecessários. Quando se pensa que o acompanhante escolhido pela mulher pode ser o pai da criança, as conseqüências positivas da efetivação desse direito podem ir para além das já apontadas pela literatura científica (Hotimsky e Alvarenga, 2002).

Segundo Janet Draper (1997) mudanças culturais e atitudes dos profissionais têm encorajado os pais a participarem do momento do nascimento refletindo inclusive em um aumento no volume de pesquisas sobre o tema. Seu estudo se concentrou exclusivamente sobre o papel dos homens no trabalho de parto negligenciando, segundo a própria autora, a exploração de outras necessidades específicas que os homens podem ter. Essa pesquisa apontou algumas implicações para a prática, entre elas: o fato de se ter uma maior consciência das experiências masculinas podem informar tanto as mulheres como os educadores e profissionais de saúde a efetivamente prover as necessidades dos homens durante a gravidez e parto.

Em outro estudo, desenvolvido com pais na Turquia, Ilkay Gungor e Nezihe K. Beji (2007) encontraram resultados semelhantes em relação às experiências positivas de poder contar com o suporte paterno no momento do parto, contribuindo positivamente para a experiência das mães em todos os aspectos do nascimento de seus filhos. Os pesquisadores fizeram uma correlação entre o suporte dos pais e o tempo do trabalho do parto, uso ou não de medicamentos e intervenções obstétricas durante o nascimento. Em suma, quando mães e pais têm um suporte por parte dos profissionais de saúde durante o trabalho e desenvolvimento do parto, se constrói também um lugar mais ativo e participativo para os pais.

O envolvimento do pai com o cuidado infantil desde os primeiros momentos pode contribuir significativamente para que essa seja uma experiência a ser vivida de maneira compartilhada pelo casal (Lyra, 1997). Sabe-se que historicamente o cuidado infantil vem sendo colocado não só como uma atribuição, mas uma obrigação primordialmente feminina, acarretando uma série de desvantagens para a vida das mulheres, especialmente no tocante a sua inserção em atividades socialmente reconhecidas como remuneráveis (Medrado, 1998). Ademais, a experiência do cuidado não é apenas sinônimo de privações e de obrigações, mas pode ser vivida também como algo prazeroso na vida de homens e mulheres. Devemos lembrar ainda que nem todo pai é ausente e que muitos homens que desejam “paternar” encontram dificuldades, haja visto que os marcadores de

gênero cristalizados nas instituições criam barreiras concretas para o exercício da paternidade (Lyra e Medrado, 2000).

Como dito anteriormente, nos anos de 2006 e 2007 o Instituto Papai desenvolveu no âmbito do Programa Institucional: Homens, Gênero e Saúde Pública, em parceria com o Grupo de Estudos sobre Homens e Masculinidades – GEMA/ UFPE a campanha Pai não é visita! Pelo direito de ser acompanhante, envolvendo todas as maternidades públicas de Recife – Pernambuco (Papai, 2005). Aproveitando a data comemorativa do dia dos pais para, mais que movimentar o comércio, propiciar uma reflexão crítica e estímulo à paternidade, as ações específicas da campanha aconteceram nos meses de agosto de 2006 e de 2007.

## *Estratégias Comunicação*

Nas instituições de saúde, vemos a lógica: mulher cuidadora *versus* homem ausente se perpetuar no cotidiano dos serviços através de estruturas e condutas profissionais que não estimulam o envolvimento dos homens em espaços e práticas de cuidado consigo mesmo e com o outro. Quando os profissionais de saúde são interpelados sobre a participação dos homens no momento do parto, por exemplo, é comum ouvir frases como “homem nessas horas só atrapalha, eles não estão acostumados”. Ora, se os homens não estão acostumados a desenvolver práticas de cuidado e o serviço de saúde (entre outras instituições) não só não estimula, mas impossibilita uma conduta mais participativa, como esperar que haja uma transformação? Com base na crítica a essa postura, torna-se necessário não apenas criar condições de apoio à população alvo, mas também ativar mecanismos de sensibilização para atingir a população como um todo, através da produção de material para veiculação em diferentes instrumentos midiáticos ou elaborar estratégias de comunicação.

Conceituamos mídia ou a própria comunicação como um sistema cultural que associa símbolos a contextos. Diversos autores (Thompson, 1995; Giddens, 1993) destacam que, na sociedade atual, a mídia/comunicação tem assumido um papel fundamental para compreensão das dinâmicas sociais, dando novos contornos às relações entre público e privado e promovendo uma progressiva emergência da ética como nova instância regulatória. Assim, em nosso trabalho, a mídia/comunicação configura-se como um dos instrumentos centrais na busca de construção de novos sentidos sobre o masculino nos campos da saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução (Medrado, 1998). Advogamos, assim, que a mídia/comunicação não é apenas um meio

poderoso de criar e fazer circular conteúdos simbólicos, mas que tem um poder transformador, ainda pouco estudado, de reestruturação dos espaços de interação, propiciando novas configurações aos esforços de produção de sentido. A linguagem midiática ou as estratégias de comunicação já fazem parte do cotidiano contemporâneo, particularmente no contexto adolescente. Utilizar a mídia como estratégia de transformação social significa utilizar efetivamente instrumentos de que dispomos em nosso contexto histórico-social para promover transformações sociais (Lyra e Medrado, 1999).

**Esquete teatral** – Foi desenvolvido junto a grupos apoiados pelo Instituto PAPAI, como o Grupo Atuação e o Gaymado, e participantes do curso Homens Jovens Promotores de Saúde promovido pelo Instituto. O esquete abordou desde as dificuldades e aflições que os homens jovens vivem ao descobrir que serão pais, até a possibilidade e importância de acompanhar o momento do parto, divulgando a lei 11.108. Em 2006, a peça foi apresentada em ocasião do Ato Público realizado e também em todas as maternidades públicas do Recife. As apresentações aconteciam nos corredores e áreas de convivência das maternidades, ocasião em que também eram distribuídos os materiais gráficos produzidos, como *folders* e cartazes com a mensagem da campanha e a divulgação da lei. Em 2007, o esquete teatral foi mais uma vez apresentada em ocasião da realização do Ato Público daquele ano, mas dessa vez, nas ruas do centro do Recife. Seu objetivo era o de sensibilizar, de maneira dinâmica e lúdica, a população, especialmente os profissionais de saúde, sobre as barreiras que os homens se deparam quando decidem, junto com suas companheiras, acompanhar o nascimento de seus filhos.

**Atos Públicos** – Em cada ano da campanha foi realizado um Ato Público. Essa estratégia de comunicação tem como objetivo específico informar a população em geral sobre a existência e importância da efetivação da lei 11.108. Através da cobertura da grande mídia, pudemos alcançar um grande público com tais informações. Em 2006, a ação se realizou no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, maternidade de referência em Recife e instituição parceira na campanha naquele ano. Em 2007, tal ação se realizou na estação central do Metrô de Recife – METROREC. Cada Ato Público contou com a participação de cerca de 50 pessoas, entre equipe do Instituto Papai e do Núcleo de Pesquisas sobre gênero e masculinidades – GEMA, que além de distribuir *folders* informativos, conversavam com a população sobre a importância do acompanhante no momento do parto.

**Pesquisa** – Com o objetivo de levantar informações sobre a implementação da lei do acompanhante nas maternidades do Recife, foi realizada uma pesquisa

sobre as ações que vem sendo desenvolvidas no sentido de garantir a efetivação desse direito, bem como dificuldades e barreiras encontradas, resultando em uma série de recomendações em relação ao casal grávido, a estrutura dos serviços, equipe de saúde e os sistemas de informação em saúde.

**Metodologia** – A pesquisa de caráter exploratório foi realizada em agosto de 2007 nas 8 maternidades públicas de Recife – municipais, estaduais, uma federal e uma de gestão não governamental – por meio de um questionário com 13 questões, sendo 9 de múltipla escolha e 4 discursivas, com informantes privilegiados desses serviços: gestores e profissionais indicados. Das 8 maternidades visitadas, apenas uma se recusou a responder o questionário, não dando justificativa para tanto.

**Resultados** – Sobre o conhecimento e sua importância, todos afirmam conhecer a lei 11.108 e consideram importante a presença de um(a) acompanhante no parto, mas 4 maternidades recomendam orientação prévia. Seis maternidades consideram importante que seja o pai o acompanhante. Os argumentos desenvolvidos vão desde uma concepção estritamente instrumental, do homem como meio de melhorar a saúde da mulher, até a ideia do homem como um sujeito dos direitos reprodutivos: para dar mais segurança à mãe; para envolver o pai no cuidado infantil desde o início; porque o pai também fica grávido; e pode significar “controle social direto” na medida em que fiscaliza a equipe.

Uma grande parte das mulheres que chega ao serviço em situação de parto vai acompanhada, em sua maioria por amigas e parentes mulheres. Contudo, nas consultas de pré-natal, aumenta o número de mulheres que vai sozinha.

No que diz respeito às regras da maternidade para presença do acompanhante, essas vão variar segundo o momento da internação – pré, parto e pós-parto – e o sexo do(a) acompanhante. No pré-parto apenas uma maternidade permite a presença de ambos os sexos, quatro permitem apenas mulheres e duas não permitem nenhum(a) acompanhante. No parto, três maternidades não permitem acompanhantes, e nas que permitem a possibilidade ainda tem que passar pelo crivo da equipe médica, que é quem dá a palavra final sobre se e quem pode acompanhar a parturiente. No pós-parto todas as maternidades permitem acompanhante, mas apenas uma que seja homem.

Os argumentos e justificativas para a não permissão da presença de um(a) acompanhante passam diretamente pela questão da estrutura física das maternidades, considerada inadequada, casos de alto risco e pelos marcadores de gênero que vão invariavelmente afastar os homens desse espaço. Mesmo a falta de estrutura física adequada, considerada um dado da realidade que não há como negar, é lida a partir dos referenciais de gênero apartando homens do espaço do cuidado.

### **No parto**

- falta de roupa adequada e de espaço físico;
- falta de preparação do acompanhante;
- resistência da equipe médica;
- casos especiais (alto risco).

### **No pré e pós-parto**

- a estrutura física inadequada não permite privacidade;
- circulação de homens em locais em que as mulheres estão mais “à vontade” poderia causar constrangimentos.

Colocada como uma das principais barreiras para a presença de um(a) acompanhante, a estrutura física das maternidades do Recife está organizada da seguinte maneira: todas as acomodações no pós-parto são feitas em enfermarias com 2 a 6 leitos. Quatro das seis maternidades possuem divisórias entre os leitos no pré-parto, e apenas uma no pós-parto. Todos os leitos de parto são individuais.

## ***Algumas considerações***

É importante lembrar que as maternidades pesquisadas em 2007 foram as mesmas em que se desenvolveram as ações de comunicação da campanha no ano anterior. Nesse sentido, o fato de todas as maternidades demonstrarem conhecer a lei 11.108 contribuiu para fortalecer a continuidade das ações da campanha no ano seguinte. As ações da campanha se desenvolveram no sentido de primeiramente informar/ sensibilizar e posteriormente fiscalizar/ monitorar ações voltadas para a efetivação de um direito reprodutivo no âmbito da saúde pública. Os argumentos dados pelos serviços como justificativa para a não implementação da lei do acompanhante mostram que é necessário não só transformar as barreiras físicas, mas a própria ordem simbólica que organiza os espaços de cuidado, como a saúde. A falta de leitos individuais ou ao menos divisórias nas enfermarias que garantam a privacidade das mulheres no momento do pré e pós-parto aparece como a maior justificativa para a não permissão de homens nesses espaços. Haja vista que nesses momentos as mulheres, estando em trajés “mais a vontade” estariam submetidas aos olhares ameaçadores dos homens.

Sem deixar de considerar a importância que a estruturação física adequada dos serviços tem para a efetivação de direitos e a boa qualidade das ações em

saúde – e nesse sentido faz-se urgente a disponibilização de recursos financeiros e humanos para a individualização de leitos de enfermagem –, é importante atentarmos qual é a concepção de homem que está organizando o cotidiano e a própria estrutura física do serviço, pois que todo espaço é antes de tudo um espaço pensado e refletido a partir do que é considerado legítimo e assim também a concretização de ordens simbólicas. Ainda quando o argumento da estrutura física não existe, como é o caso do momento do parto em que os leitos são individuais, o poder médico entra em cena, se transformando em mais uma barreira para a presença do acompanhante. É interessante notar que a necessidade de uma preparação prévia para que o acompanhante esteja habilitado a participar do momento do parto é requerida especialmente quando se trata de um homem. Pode-se ainda questionar o que vem a ser considerado um parto de alto risco que justifique a não presença de um acompanhante nesse momento.

A partir dessa experiência elaboramos um material com recomendações para os casais, os profissionais, as Instituições e sistemas de saúde.

## **Recomendações**

### **Em relação ao casal grávido**

- dialogar entre si sobre o desejo e as possibilidades de compartilhar o momento do parto, garantindo a prerrogativa de que o direito de escolha final seja da mulher;
- criar estratégias para garantir que os dois possam ir juntos às seções de pré-natal;
- dialogar com o serviço de saúde onde a mulher realiza o pré-natal sobre a possibilidade de presença do acompanhante durante o parto;
- caso o serviço se recuse a autorizar a presença do pai, entrar em contato com o ministério público para garantir seu direito.

### **Em relação à equipe de saúde**

- informar à mulher que, caso ela tenha interesse, o pai pode acompanhá-la no parto, pré-parto e pós-parto;
- incentivar a participação do pai, desde o pré-natal;
- recomendações específicas sobre como deve proceder o acompanhante;
- no contexto do parto humanizado, garantir maior aproximação entre doulas (quando houver) e acompanhantes. Um não substitui o outro.



### **Em relação à estrutura do serviço**

- instalação de divisórias (biombos, cortinas etc.) nos espaços de pré-parto e pós-parto imediato, de modo que a mulher tenha maior privacidade e possa estar com seu acompanhante;
- garantia de insumos (batas, toca, luva etc.) para o acompanhante;
- garantia de sala de espera especial para os/as acompanhantes;
- realizar atividades internas de capacitação e atualização para refletir sobre os benefícios da presença do acompanhante no parto.

### **Em relação aos sistemas de informação em saúde**

- ampliar o conhecimento das mulheres e homens sobre a lei 11.108, a partir da elaboração de cartazes, folhetos e especialmente uma “cartilha do acompanhante” que possa trazer informações relevantes sobre condições e procedimentos durante pré-parto, parto e pós-parto;
- ampliar a divulgação da lei e seus princípios junto aos profissionais de saúde;
- criação de um sistema de informação que registre o número e perfil dos/as acompanhantes.

## ***Referências bibliográficas***

- Arilha M. Homens, Saúde Reprodutiva e Gênero: o desafio da inclusão. São Paulo, 1998. In Giffin K, Costa S. (Org.). *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998a.
- Arilha M. Homens: entre a “zoeira” e a responsabilidade. In: Arilha M, Unbehaum S, Medrado B. *Homens e Masculinidades: outras palavras*. São Paulo: ECOS/Ed. 34, 1998b (1a ed.) e 2000 (2ª ed.).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf) [Acesso em: 24/03/2010].

- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2005a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 2005c.
- Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (5): 1316-27.
- Bruschini C. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*. Fundação Carlos Chagas 2007; 37 (132): 537-72.
- Carvalho ML. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública* 2003;19 (Sup. 2): S389-S98,.
- Carvalho ML. A Participação do Pai no Nascimento da Criança: As Famílias e os Desafios Institucionais em uma Maternidade Pública. Rio de Janeiro: 2001. 184p. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2001.
- Cauduro L. Significados da paternidade para pais adolescentes com recém-nascidos hospitalizados. Porto Alegre: 2005. 151p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005.
- Coelho E. O pai na clínica fonoaudiológica: ausente ou excluído. São Paulo: 2000. 133p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2000.
- Costa AAA. O Movimento Feminista no Brasil: dinâmica de uma intervenção política. In: Melo HP, Piscitelli A, Maluf S, Puga VL (Orgs.). *Olhares feministas*. Brasília: Ministério da Educação; UNESCO, 2006. p. 51-82.

- Draper J. Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13, 132-138, 1997.
- Ecos. Saúde reprodutiva. Série Trabalhando com homens Jovens. Rio de Janeiro: Promundo. 2001.
- Engle P. Men in families. Report of a consultation on the role of males and fathers in achieving gender equality. New York: UNICEF. 1995.
- Garrido A. O significado da espera do parto – o vivido do pai na ótica compreensiva da enfermagem. Rio de Janeiro: 1997. 117p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1997.
- Guidens A. A transformação da intimidade. São Paulo: UNESP, 1993.
- Gungor I, Beji Nezihe K. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 2007; 29.
- Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Revista Estudos Feministas*. 2002; 2: 461-81.
- Izquierdo MJ. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. Congreso Internacional Sare "Cuidar Cuesta: Costes Y Beneficios Del Cuidado", Emakunde, Donosti, 2003.
- Izquierdo MJ. Uso y abuso del concepto de género. In: Vilanova, Mercedes (Org.). *Pensar las diferencias*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1994. p. 31-53.
- Longo C. O parto humanizado e a participação do pai. Goiânia: 2008. 130p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás. 2008.
- Lyra J. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006). 2008. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: [www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf). [Acesso em: 24/03/2010.]
- Lyra J. Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção. São Paulo: 1997. 182p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – PUC/SP. 1997.
- Lyra J, Medrado B. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. *Revista Estudos Feministas*, 2000; 8 (1):145-58.

- Lyra J, Medrado B. Mídia como parceira no processo de intervenção social. Perspectivas: em saúde e direitos reprodutivos. Informe Semestral. MacArthur Foundation. São Paulo: MacArthur Foundation. p. 16-19, 1999.
- Mazzieri S. O pai acompanhante no processo de nascimento e parto: narrativas sobre a experiência. São Paulo: 2005. 221p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. 2005.
- Medrado B. Homens na arena do cuidado infantil: imagens veiculadas pela mídia. In: Arilha M, Ridenti US, Medrado B (Orgs.). Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo: ECOS/Editora 34;1998: 145-62,
- Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. Revista Estudos Feministas, 2008; 16: 20-35, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n3/05.pdf> [Acesso em: 24/03/2010.]
- Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Granja E, Vieira S. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAI, 2009. Disponível em: <http://www.feminismo.org.br> [Acesso em: 23/03/2010.]
- Medrado B, Azevedo M, Lyra J. Rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais no cuidado infantil: pai não é visita! pelo direito de ser acompanhante. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 8. Anais. Florianópolis, 25 a 28 de agosto de 2008. Simpósio Temático: Masculinidades e Paternidade: leituras feministas e de gênero.
- Medrado B, Lyra J. O homem no processo de ter filhos. In: Rede Saúde. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2002, p. 24.
- Mundigo AI. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. Conferências Internacionais sobre População. Fundação MacArthur. São Paulo; 1995.
- Nakano MAS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta Paulista de Enfermagem 2007; 20(2): 131-7.
- Näsman E. The importance of family policy for fathers' care of their children. In European Commission Childcare Network. Report on Childcare Network Technical Seminar. Glasgow; 1990: 1-19.

- OIT – Organização Internacional do Trabalho. Trabalho e família: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social. Brasília: OIT, 2009, 150p.
- OIT – Organização Internacional do Trabalho; PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. O desafio do equilíbrio entre trabalho, família e vida pessoal. Brasília: OIT; PNUD; SPM, 2009, 42p.
- Oliveira MC, Bilac E, Muszkat M. Homens e Anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das camadas médias paulistas. 2000. (mimeo).
- Papai, Instituto. Plano Estratégico 2005/08. Recife: 2005 (mimeo).
- Papai, Instituto. Paternidade e Cuidado. Série Trabalhando com homens Jovens. Rio de Janeiro: Promundo; 2001.
- Piscitelli A. Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: Costa C I, Schmidt S p. Poéticas e políticas feministas. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 43-66.
- PITANGUY, Jacqueline. Movimento de Mulheres e políticas de gênero no Brasil. In: MONTAÑO, Sonia; PITANGUY, Jacqueline; LOBO, Thereza (Orgs.). As políticas públicas de gênero: um modelo para armar. O caso do Brasil. Santiago de Chile: CEPAL, 2003. p. 23-40.
- Quadros MT. Homens e a contracepção: práticas, ideias e valores masculinos na periferia do Recife. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- Quadros MT. Construindo uma nova paternidade? As representações masculinas de pais de alunos de uma escola alternativa do Recife. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1996.
- Rede Saúde. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2002.
- Rêgo R. O pai como partícipe no processo da amamentação: intervenção da enfermeira no período gravídico puerperal. Fortaleza: 2008. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. 2008.
- Rosemberg F. Estudos sobre mulher e relações de gênero. In: Micelli S (Org.). A Fundação Ford no Brasil. São Paulo: Fapesp; Sumaré, 1993: 205-36.
- Saparoli E. Educador infantil: uma ocupação de gênero feminino. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

- Schutter M. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2000;7(6).
- Silva M. Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê. Porto Alegre: 2007. 294p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
- Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- Thompson J. Ideologia e cultura moderna. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Toneli-Siqueira MJ. Saúde e Direitos Reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso? Dossiê Relações de Gênero e Saúde Reprodutiva. *Revista Estudos Feminista* 2000; 8 (1).
- Valente M, Medrado B. Gênero, ciência e paternidades: análise da produção científica brasileira em banco de teses e dissertações da coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (Capes). In: XV Encontro da Rede feminista norte-nordeste de estudos e pesquisas sobre mulher e gênero – REDOR. Caderno de resumos. São Luis: EDUFMA, 2009:56-7.
- WHO. Survey on Programs Working with adolescent boys and Young Men. Prepared by Gary Barker, Institute PROMUNDO, Brazil, World Health Organization. Department of Child and Adolescent Health and Development. Genève: WHO; 1999.
- Zhang J, Bernasko J w., Leybovich etel; fahs, marianne; hatch, Maureen C. Continuous labor support from labor attendant for primiparous woman: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 1996; 88 (4)2.

# MASCULINIDADE E SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE SÃO MATEUS

Luís Eduardo Batista<sup>1</sup>, Jussara Dias<sup>2</sup>,  
Maria Lucia da Silva<sup>3</sup>,  
Maridite Cristovão Gomes de Oliveira<sup>4</sup>

Nos últimos anos, vários pesquisadores têm se dedicado a investigar a saúde reprodutiva dos homens, preocupados com as seguintes temáticas: a não participação do homem no planejamento familiar; as doenças que acometem os homens, como as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a aids; a relação homem e contracepção; a construção da sexualidade masculina; a necessidade de criar condições para que os homens possam exercer a troca de informações, opiniões e inquietações que poderão promover maior percepção de sua sexualidade e saúde reprodutiva; as mudanças nos valores, crenças e costumes sociais e seus reflexos nos homens no que tange a aspectos relacionados a contracepção, aborto, vasectomia e DST/aids, assim como a paternidade e a identidade masculina. Para fins deste trabalho, interessa-nos, neste momento, a partir das tradicionais implicações sociais da masculinidade, identificar os autores que têm trabalhado com o tema saúde reprodutiva masculina.

Definitivamente, as relações de poder e hierarquia existentes socialmente

---

<sup>1</sup> Sociólogo, doutor em Ciências Sociais pela UNESP/Ar, pesquisador do Instituto de Saúde e coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra/GTAE-CPS/SES SP.  
E-mail: lebatista@saude.sp.gov.br

<sup>2</sup> Psicóloga, Instituto Amma, Psique e Negritude. E-mail: diasjd@uol.com.br

<sup>3</sup> Psicóloga, Instituto Amma, Psique e Negritude. E-mail: mluciasilva@uol.com.br

<sup>4</sup> Médica pediatra, diretora técnica de Departamento do Hospital Geral de São Mateus.  
E-mail: maridite@uol.com.br

(relações de gênero) em muito contribuem para se repensar a relação homem-mulher-filhos, a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a família, a sexualidade, a saúde reprodutiva e as políticas de saúde.

Assim como as relações de gênero, nos últimos anos o homem passou a ser repensado e recontextualizado.

Vários autores ao realizarem um exame crítico sobre as relações de poder e hierarquia existentes entre homens e mulheres, exigem uma nova reflexão teórica (a utilização do gênero como categoria analítica) sobre as identidades sexuais, colocando o tema masculinidade na agenda científica, estimulando discussões sobre como a “nova mulher” influencia na reformulação da identidade masculina e no reposicionamento do homem na sociedade (Nolasco,1995; Boechat, 1995; Arilha, Ridenti e Medrado,1998).

Segundo Santiago:

[...] o homem está onde nunca esteve. Passa por uma séria crise de identidade. [...] O novo lugar que ocupa aparentemente secundário, medíocre e desvantajoso, retirando-o da condição de único provedor e, por isso mesmo, único mártir, e leva-o a dialogar com as forças plurais que o cercam e o questionam, conduzindo-o a uma atitude que, longe de negar a sua busca de identidade, procura construí-la em detrimento das identidades de outros grupos em nome dos quais egoística e autoritariamente falava (1995, p. 102).

## **Mas o que é ser homem?**

Provavelmente, homens e mulheres, ao responderem a essa pergunta, irão referir-se ao caráter biológico, ao papel masculino e à construção social do homem. Outros dirão que ser homem é ser viril, forte, trabalhador, chefe de família, agressivo, firme, honesto, responsável, inteligente, competitivo e de uma sexualidade incontrolável. Essa é a construção social prevalente sobre o que é ser homem.

Segundo Bourdieu, esquece-se que esse homem sisudo e opressor é também uma criança que brinca de homem.

[...] Esta *illusio* originária, que faz o homem verdadeiramente homem, e que pode ser designada como senso da honra, virilidade, *manlines* ou, no léxico dos *cabilas*, mais radical, “habilidade”, é o princípio indiscutido de todos os deveres para consigo mesmo, o motor ou o móvel de todas as ações que alguém se deve, isto é, que se deve realizar para estar em dia consigo mesmo,



para permanecer digno a seus próprios olhos de uma ideia (recebida) de homem (Bourdieu, 1995, p. 158).

Esse homem que brinca, sonha e acredita ser o homem dos padrões sociais convive com a “nova mulher” e o “novo homem”. A “nova mulher” é a mulher independente, que busca sua realização profissional e pessoal, com maior acesso à educação formal e profissional, que está no mercado de trabalho, na vida pública, nos sindicatos, na comunidade, que é chefe de família, que tem maior acesso aos métodos contraceptivos, que distingue sexualidade de reprodução etc. Convive também com o “novo homem” – o homem sensível, aquele que erra, que cuida dos filhos, chora, “brocha”, que não é o provedor da família, que fala de seus sentimentos e que nem sempre abre o vidro de azeitona<sup>5</sup>. Mas de quem estamos falando, de homens ou de “mariquinhas”<sup>6</sup>?

Estamos falando de masculinidades. Estamos falando de vários homens que, convivendo com novas práticas sociais, em relação com outros homens e mulheres, têm se reconstruído socialmente, gerando “múltiplas formas de masculinidade”.

Segundo Connell (1995),

[...] a masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero [...]. Falar de posição dos homens significa enfatizar que a masculinidade tem a ver com relações sociais e também se refere a corpos – uma vez que “homens” significa pessoas adultas com corpos masculinos. Não devemos temer a biologia, nem devemos ser tão refinados ou engenhosos em nossa teorização de gênero que não tenhamos lugar para corpos suados.

Como se pode perceber, novas identidades masculinas estão se reconstruindo em face das novas práticas sociais, em face da “mulher independente” e das novas formas de relação homem-mulher e filhos. O desafio que se coloca é investigar essa transformação/reconstrução masculina e ao mesmo tempo propor ações. Esse é o desafio que tem motivado pesquisadores a investigarem a saúde reprodutiva dos homens heterossexuais no Brasil.

---

<sup>5</sup> Referência ao texto de Sérgio Flávio Barbosa (1998), “Experiências de intervenções: para além de abrir vidros de azeitonas”.

<sup>6</sup> Segundo Nolasco (1995), hoje, qualquer um desses tipos recebe um olhar inquisidor, que põe em dúvida sua preferência sexual. Assim, tanto os machos como os “mariquinhas” são vistos com olhares críticos pelas “mulheres independentes”.

## *Análise das entrevistas com profissionais de saúde*

A questão de gênero e suas interfaces com o “cuidado com a saúde” é perceptível nas entrelinhas do discurso dos profissionais de saúde, conforme deixa entrever a análise das entrevistas com esse grupo. Neste trabalho, “gênero” é considerado como o sexo socialmente construído – um conjunto de atitudes, valores, comportamentos dos seres humanos que estabelecem as formas de relações entre homens e mulheres na sociedade. Há diferenças na construção desse conjunto em cada cultura, mas o que é comum a todas é o papel definido a partir do gênero – divisão do “poder”, a divisão sexual do trabalho, entre outros.

### *O cuidado com a saúde*

Nesse enfoque destaca-se a “divisão sexual do cuidado”, percebida na rotina dos profissionais de saúde quando identificam as diferenças de gênero com relação ao cuidado de si e dos outros: para a totalidade dos entrevistados, a mulher cuida mais da saúde.

A atribuição à mulher da prática do “cuidar” é entendida como um processo “naturalizado”, decorrente de razões biológicas e/ou culturais, estabelecendo-se aí a oposição entre o “ser forte” do homem e o “cuidar” da mulher, o “ser fragilizado” mas responsável pelo bem-estar da família.

A questão não só é vista como fato consumado, como também é tomada por fato natural, como se refletisse a ordem natural das coisas. É como se a mulher, por natureza, gostasse de se cuidar e se preocupasse com o seu bem-estar e o homem não. De modo complementar, a mulher é descrita como tendo mais problemas de saúde, o que a obriga a se cuidar mais desde cedo. Assim, como os homens não apresentam muitos problemas na juventude, não criam o hábito do cuidado com a saúde, procurando mais o hospital para buscar ajuda médica em situações extremas.

É interessante notar a tensão que se estabelece entre o preventivo e o curativo como sendo domínios da mulher e do homem, respectivamente. Segundo os participantes: “A mulher cuida mais. O homem procura mais o hospital. Porque a mulher, ela faz tratamento preventivo. O homem vem para o curativo, então ele já vem numa situação de precisar de internação, muito debilitado. E a mulher não, ela faz o Papanicolau, tudo que ela tem orientação ela faz. Na diabete ela é mais cuidadosa, na hipertensão também. O homem não, ele só procura o hospital para um processo curativo. Não faz nada preventivo.”

Ainda na questão dos cuidados do homem com a saúde, vale destacar nos depoimentos a percepção dos fatores socioeconômicos, da relação classe social e a busca de serviços de saúde pelo homem, e como podem influenciar de forma significativa esse processo:

“[...] talvez em classes sociais A ou B seja um pouco diferente, eu acho que as pessoas se cuidam um pouco mais, fazem periodicamente os exames [...] eu acho que talvez não só informação [...] a própria condição social [...] ter uma disponibilidade maior [...] ter um período registrado [...] mas também as coisas que influenciam o fato de poder sair do trabalho pra poder se cuidar.”

“[...] Eu vejo que existe uma diferença no cuidado com a saúde na questão econômica. Então assim, o homem que tem um poder aquisitivo melhor, que paga um bom convênio, tem uma boa alimentação, ele se propõe a fazer melhor os cuidados. [...] Agora, quando ele não tem poder aquisitivo mesmo o que ele faz? Ele fica dependente. ‘Está tudo bem comigo.’ Aí, quando ele está mal, alguém leva para o pronto-socorro. Ele não faz esse tratamento. Ele não vai procurar um posto de saúde, nada disso. [...] Então eu acho que é econômico.”

“[...] Eu acho que a pessoa que é mais influenciada economicamente tende a se cuidar melhor, mais do que a racial, eu acho que o pobre, negro ou branco, a atitude dele é muito parecida de se cuidar [...] o oriental [...] eles têm uma cultura um pouquinho mais, cultura do país mesmo, [...] eles têm toda uma tradição pra se cuidar, eles têm uma preocupação.”

### *Espaços para participação dos homens: frequência e presença*

Em relação aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, as falas percebem a reduzida participação dos homens como resultante de uma visão machista, em que a dificuldade de engravidar ou a responsabilidade de não engravidar diz respeito apenas à mulher. Em outras palavras, procurar esse tipo de serviço não fere a feminilidade da mulher, mas para o homem, “mexe” com a sua masculinidade, ainda que no campo simbólico.

Nos depoimentos apresentados, o fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde reprodutiva é visto como natural, tendo em vista as maiores preocupações femininas com o próprio bem-estar e seus instintos maternais, além de ser também uma questão cultural, pois desde pequenas aprendem que têm de fazer Papanicolau, tomar anticoncepcionais, fazer exames de rotina de mama...

“[...] pela sua própria sensibilidade, pelo próprio fato de ter que cuidar da saúde dos filhos, a questão da maternidade, da gestação, [...] ela [a mulher] acaba

sendo induzida a cuidar mais da saúde, acaba cuidando de outros aspectos da saúde também, e também porque ela aceita mais o processo de doença, ela aceita mais a fragilidade dela, a vulnerabilidade dela...”

A importância do papel da informação em relação à ampliação dos espaços de participação também é enfatizada quando se trata do acompanhamento do pré-natal e parto, em que a participação dos homens não corresponde ao desejado.

### *Dificuldades para a participação dos homens*

Na percepção dos profissionais entrevistados, é real a dificuldade de integrar o homem ao processo de cuidado da própria saúde, da saúde da parceira e dos filhos. As falas apontam determinadas práticas masculinas aceitas pela sociedade como naturais. Por exemplo, é responsabilidade da mulher o cuidado com a própria saúde, com a saúde dos filhos e do parceiro, enquanto ao homem cabe o papel de provedor.

Nessa relação é estabelecido um processo “naturalizado” do homem que não precisa cuidar da saúde, exceto em situações de emergência, e da mulher que precisa de um atendimento constante pela própria condição de “ser mulher” – nessa percepção, o cuidado consigo e com o outro está associado ao feminino.

“É uma questão já histórica. Ela que cuida dos filhos. Ela que está mais em contato com a família. Então ela conhece melhor os seus integrantes familiares do que o homem, que fica muitas horas fora. Então ela vai atrás de soluções dos problemas dos filhos, dos problemas dela e também do marido, do pai, da mãe.”

### *Significados de “ser homem”*

Na questão dos cuidados do homem com a saúde destacam-se nas falas as referências a padrões diferenciados de conduta no interior do universo masculino, de acordo com a classe social, raça/etnia e faixa etária, como condição determinante e ao mesmo tempo produto de diferentes processos de socialização.

Entretanto, o que permeia a fala dos profissionais é a percepção de que a busca de ajuda, o cuidado consigo e com os outros são percebidos pelos homens, independentemente de raça, cor, classe social, como reconhecimento de vulnerabilidade – complementando a percepção anterior, estar doente ou precisar de ajuda é associado ao feminino.

“[...] eu acho que o homem tem uma dificuldade de aceitar essa vulnerabilidade dele, eu acredito que seja isso. [...] ele é homem, então por isso ele [...] não vai ter problemas de saúde, tem uma visão mais radical, sistemática de si mesmo.”

Na fala de alguns profissionais, independentemente do gênero, a responsabilidade de procurar os serviços de saúde designada à mulher é estabelecida na relação do casal em razão do machismo: “O homem espera que as mulheres submetam-se às suas vontades e as mulheres, em contrapartida, por medo da perda, submetem-se. Nesse contexto, por exemplo, com relação ao planejamento familiar, 80% da primeira opção é a laqueadura, quando a vasectomia é uma cirurgia muito mais simples”.

“O homem [...] como ele não tem quase dor. A mulher, pelo próprio fato de parir, ela sente dor. E o homem, quando sente alguma dor, ele fica mais doente do que a mulher. Mas ele não se liga muito nessas questões de saúde. Só quando o bicho pega.”

“[...] eu acho que o homem fica meio de lado, eu não sei se é porque trabalha, ou se não teria tempo pra isso, ou por ser o durão, ser o sexo forte, não se sente no direito de ficar doente.”

## *Profissionais e os homens*

Os entrevistados apontam a presença de profissionais homens como fator importante na relação médico e paciente, presença essa que funcionaria como elemento facilitador no atendimento desse segmento, deixando o usuário mais à vontade para falar de suas doenças e expor suas fraquezas. Aliado à maior presença de profissionais do sexo masculino, há o entendimento de que outros serviços precisam ser oferecidos ao homem, destacando-se aí o atendimento por um urologista, tipo de serviço de que os homens mais precisam, pois esse profissional trata de várias questões ligadas à saúde masculina.

Complementando a percepção das dificuldades existentes para a maior participação dos homens e considerando que o médico não cura as doenças completamente, visto que muitas vezes elas têm uma dimensão social e psicológica, destacou-se a necessidade de inclusão de outros profissionais – psicólogos e psiquiatras – para atender às necessidades específicas dos homens.

“[...] Fazer uma terapia relacionada com a sexualidade não é barato. É um tipo de atendimento que é demorado, frequente, pode ser longo, depende

de cada pessoa, não é como uma consulta de rotina nossa, que a gente vai em direção àquilo que quer ver. Agora esse lado não, tem que conversar com o paciente, é meio demorado isso aí. Tem que ter uma pessoa que trabalhe com essa parte aí.”

### *Homens: utilitarismo e direito*

Na fala da maioria dos entrevistados os direitos da mulher são priorizados, em detrimento das necessidades do homem, seus sentimentos e direitos. Em outras palavras, ao homem caberia o papel de apoiar a mulher: na participação do pré-natal, no momento do parto.

Ainda que os dados indiquem uma participação de 60% de pais como acompanhantes, isso não significa um peso igual para os direitos maternos e paternos. Nesse contexto, algumas falas contrapõem o direito do pai ao direito da mulher, o acesso a um direito que tem início nas consultas do pré-natal.

As falas dos profissionais entrevistados apontam que a maioria dos homens não acompanha as mulheres no pré-natal, chegando para o parto desinformados e sem saber lidar com a situação. A experiência do parto para alguns acompanhantes masculinos é percebida por alguns dos entrevistados como chocante e traumatizante, tamanha a desinformação. Por essa razão, foi questionado se o trauma do parto não poderia vir a influenciar negativamente o desempenho sexual do casal.

“[...] primeiro a informação de que eles são responsáveis pela fecundação. Homem acha que a culpa é nossa por ter engravidado. Não, nós fizemos juntos. Vamos dividir as responsabilidades. Primeiro a informação de que ele é responsável até pelo sexo da mulher ou do homem (neném). Acho que o homem é muito desprovido de informação sobre ele mesmo.”

### *Políticas públicas: de que tipo de serviços os homens precisam?*

Os profissionais de saúde entrevistados avaliam que a participação dos homens pode ser facilitada a partir de algumas ações: maior disseminação das informações, principalmente em relação aos jovens; mais profissionais homens para o cuidado com os homens; e horário de atendimento diferenciado.

A importância de se pensar em uma estratégia, em veículos adequados

para melhorar a disseminação das informações, decorre do entendimento de que a maioria dos serviços de que o homem precisa já existem, mas não são divulgados por campanhas adequadas que informem, orientem e incentivem os homens a buscar esses serviços – distribuição de camisinhas, orientações sobre planejamento familiar, mutirão da vasectomia, exame da próstata.

Nesse aspecto, a disseminação de informações de forma mais adequada poderia se contrapor ao que os profissionais consideram em seus depoimentos como o maior problema em relação à participação dos homens nos serviços de saúde: a falta de procura/de interesse.

Além das questões já descritas, o papel do homem como principal provedor justifica, para a maioria dos entrevistados, a adequação dos horários de atendimento à disponibilidade dos homens. Consideram que o horário ideal seria depois das 17h ou aos sábados, pois assim eles não teriam que faltar ao trabalho. Nas falas fica nas entrelinhas a percepção do papel secundário da mulher no mercado de trabalho, reforçando o estereótipo do papel da mulher na “reprodução” e do homem na “produção”.

A maioria dos depoimentos indica que esse fato é aceito como “natural”, apontando como alternativas para “atrair” os homens aos serviços públicos mudanças do horário de atendimento: fora do horário de trabalho, aos sábados, ou dias específicos para atendimento dos problemas de saúde masculinos.

“Como se refere ao homem, que está sempre ocupado, então é melhor depois do trabalho. Tem que ter um horário após as 19 horas que ele possa agendar. [...] Então o melhor horário para ser atendido é a partir das 19 horas, quando ele já está livre.”

“[...] um horário muito bom para você pegar o homem é no período da noite. É mais fácil. Assim, tipo depois das cinco horas. Mas no final do dia. No início do dia é muito difícil.”

“[...] Talvez no sábado, outros dias que não fosse em horário de trabalho talvez seria interessante para eles. [...]. Acho que teria que ter uma flexibilização de horários ou de repente fazer campanha: ‘Hoje vai ser o dia que vai ser atendido por urologista, exame de próstata de rotina, colesterol, cardiologia’, coisas bem específicas.”

Diferentemente das outras questões apresentadas, há uma clara divergência sobre o atendimento por faixa etária. Um grupo de profissionais é a favor de uma divisão no atendimento de adolescentes e adultos, considerando que, mesmo que haja constrangimento por parte dos adultos, ele é muito maior quando se trata do adolescente, principalmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, e que cada faixa etária tem suas necessidades específicas.

“Eu acho que o adolescente precisaria de um tratamento diferenciado,

a orientação sexual, métodos anticoncepcionais, eu acho que teria toda uma abordagem por esse lado. Mesmo o próprio desenvolvimento, as depressões do adolescente, você tem que ver todo o aspecto específico do adolescente [...] você pega os problemas dos adultos jovens de até uns 30, 40 anos, eu acho que tem mudanças que são mais específicas e na terceira idade são outras coisas...”

Entretanto, outro grupo de entrevistados avalia que a divisão seria inútil, pois a verdade é que o homem não procura os serviços de saúde, muito menos em sua juventude; isso só passa a acontecer depois dos 40. Assim, se tivesse que existir uma divisão, ela deveria ocorrer a partir de então. Os profissionais que divergem quanto à divisão do atendimento por faixa etária acreditam que as diferentes faixas etárias devem conviver, embora reconheçam que a divisão poderia facilitar no tratamento das patologias.

“Talvez facilitasse com relação às patologias, mas acho que o convívio de todas as idades é importante. Não gosto de segregar por idade. Não sou a favor disso, acho que não é uma coisa boa. Acho que o jovem tem que conviver com o idoso e vice-versa. Não acho uma boa ideia.”

### *Grupos focais: o que pensam e o que demandam os homens?*

Foram realizados três grupos focais, totalizando 30 pessoas, com o propósito de identificar as demandas e as expectativas de usuários homens.

Os participantes foram recrutados no serviço de cirurgia ambulatorial de vasectomia do HGSM.

### *O cuidado com a saúde*

A ideia de que a mulher cuida mais da saúde é um consenso geral entre os participantes. No mais, o cuidado com a saúde é associado à vaidade, tida como característica essencialmente feminina, e a falta de cuidado é relacionada com relaxamento, característica vista como inerente ao homem.

Quanto à saúde sexual e reprodutiva, o contraceptivo mais citado foi a camisinha. Apenas um dos participantes afirmou não gostar de usar preservativo e qualificou o coito interrompido como contraceptivo mais utilizado. Embora os demais participantes não tenham emitido opinião sobre o coito interrompido, suas expressões e posturas pareciam concordar que esse era o método contraceptivo mais difundido.



“Não concordo, não, eu converso com vários amigos meus e é o coito interrompido. Eu sou casado, tenho minha esposa só e acho ruim usar camisinha.”

### *Espaços de participação dos homens: frequência e presença*

Nenhum dos participantes acha que exista algum serviço do qual os homens não devam participar e todos acreditam que se houvesse qualquer outro espaço na comunidade voltado especificamente para o atendimento da saúde dos homens ele seria utilizado. Em relação ao melhor horário, as respostas variaram: manhã, tarde e noite. Entretanto, à noite é o horário mais apontado, por permitir que os homens não percam um dia de trabalho. A problemática do horário à noite é a ineficiência do sistema, pois as pessoas não gostariam de esperar cinco horas para serem atendidas, como acontece no atendimento diurno, o que tornaria essa opção inviável:

“Na parte da manhã você fica quatro, cinco horas esperando e tudo bem. Mas chegar 7 da noite e sair meia-noite, uma da manhã, é complicado.”

### *Dificuldades para participação dos homens*

Na percepção geral, o homem só cuida da saúde em situações extremas e emergenciais. Um participante enfatiza que, mesmo nesses casos, o homem precisa de alguém para persuadi-lo a usar o sistema de saúde. Tal constatação é validada pelos demais participantes, que reconhecem a resistência masculina à utilização dos serviços de saúde.

Essa resistência, na fala de alguns, é relacionada ao papel de provedor desempenhado pelo homem, que não pode deixar de trabalhar sob nenhuma hipótese.

Além das razões próprias às atitudes dos homens, as críticas aos serviços de saúde podem ser vistas como uma justificativa de peso para a não utilização do sistema de saúde pelos homens. As críticas ao atendimento são recorrentes durante toda a discussão e apontadas como um dos principais empecilhos à maior utilização dos serviços de saúde.

É interessante notar que um dos entrevistados, ao criticar a morosidade do sistema, refere-se à ineficiência dos serviços oferecidos para as mulheres. Em sua fala é possível constatar que a sua única referência sobre os serviços de saúde é a experiência da esposa, e não a própria, o que indica seu grau de distanciamento do sistema de saúde.

Nenhum dos presentes acredita que alguma diferença no cuidado com a saúde possa ser explicada com base no componente étnico-racial. Diferenças podem existir entre homens de diferentes classes socioeconômicas.

“Diferença não tem; vamos supor, eu moro em casa e sou bem cuidado. Quem mora debaixo do viaduto tem vida precária e corre risco de pegar mais doenças do que eu.”

Embora as diferenças no cuidado com a saúde por razões de raça/etnia sejam negadas, para os entrevistados, os homens negros têm menos problemas de saúde, e quando têm, não gostam de falar sobre o assunto, chegando a esconder suas doenças. Os participantes acreditam que existem problemas que atingem grupos específicos, e apontam a força e a vitalidade do homem negro, que tarda a envelhecer, como diferencial.

“Sempre tem [diferenças nos problemas de saúde], o negro é muito mais forte que o branco, já o pardo como eu naquele meio. Eu acho que tem muita diferença.”

É interessante notar que as pessoas acreditam que, em se tratando de homens de diferentes grupos étnico-raciais, os problemas de saúde são diferentes, mas não há diferença no cuidado. As diferenças no cuidado são negadas em nome da igualdade, no entanto, as diferenças nos problemas de saúde são encaradas com naturalidade.

## *Significados de “ser homem”*

Alguns participantes também atribuem a falta de cuidado dos homens com a saúde a preconceitos e atitudes machistas deles próprios, indicando que há uma necessidade de maior informação no sentido de educar o homem sobre os serviços específicos que eles devem utilizar:

“O homem precisa fazer o exame da próstata, mas vai falar isso para o pessoal onde trabalho que são mais de porte mesmo. ‘Imagina que vou fazer esse exame, imagina que vou fazer isso daí, o médico vai se aproveitar de mim.’ Fica com todo o preconceito sobre determinada saúde para o homem e não vai fazer o exame, não sei.”

## *Profissionais e os homens*

As respostas sobre que profissionais deveriam ser incluídos nos serviços de saúde tardam a vir e são distintas. Como sugestão para melhora do atendimento

aos homens, a necessidade de mais médicos homens é apontada. No entanto, há quem acredite que não faz diferença, na hora da necessidade, ser atendido por um profissional homem ou mulher. No mais, o urologista é apontado como sendo muito importante, embora a relevância e a necessidade desse especialista não pareçam estar muito claras para a maioria dos entrevistados.

“Urologista cuida da parte sexual, é como o ginecologista para a mulher, só que a gente não frequenta, eu nunca fui.”

### *Utilitarismo x direito*

É possível perceber em algumas falas que ao homem cabe o papel de apoiar a mulher: por meio de sua participação no pré-natal, no momento do parto.

Mas, vale destacar, todos concordam que deveria existir algum serviço que informasse aos homens, com o enfoque dos seus direitos, o que é e qual a importância do pré-natal.

Esses depoimentos apontam para a desinformação dos homens quanto aos seus direitos e deveres. Nos relatos fica registrada a ausência do enfoque da participação masculina no pré-natal, no momento do parto e no cuidado com a criança. Nesse atendimento o homem não se vê como foco das informações, das orientações, em seu papel como pai. Em decorrência disso, há o desinteresse em acompanhar as mulheres; a maioria dos pais chega desinformada para o parto e recebe nos braços a criança recém-nascida sem saber lidar com a situação.

### *Políticas públicas: de que tipo de serviços os homens precisam*

Eficiência (atendimento rápido, possibilidade de marcar consultas e exames dentro de um período curto de tempo), menos burocracia e maior disponibilidade de informação sobre as questões específicas dos homens (exame de próstata, vasectomia) foram os principais fatores apontados pelos participantes para despertar o interesse dos homens na utilização dos serviços de saúde.

A questão da falta de informação dos homens sobre suas próprias necessidades é recorrente. A referência para análise das necessidades masculinas de saúde é a experiência feminina.

“A mulher tem que fazer Papanicolau todo ano, o homem também tem um exame que tem que fazer todo ano.”

Em termos de potenciais serviços que melhorariam o atendimento, um participante sugeriu exames de pressão mais frequentes, inclusive o estabelecimento de convênios entre empresas e farmácias/postos de saúde, considerando que esse é um problema que atinge bastante os homens.

As opiniões divergem em relação à faixa etária. Há quem acredite que não deveria ter separação. Um participante defende a ideia de que deveria haver mais gente cuidando dos idosos, pois o fato de terem atendimento especial atrasa o atendimento dos demais. Há também quem pense que os mais jovens (15 a 20 anos) deveriam ter atendimento separado dos mais velhos (60 anos para cima).

“Tem que ter um médico para a faixa dos 15, 20 anos; passando disso outro médico; e passando de 60 de idade é a faixa que demora mais. Um senhor de idade, 50, 60 anos, numa consulta que deveria demorar 10 minutos, demora meia hora.”

“Acredito que não, da forma que está é viável, só que deveria ter mais gente atendendo. Atendimento para idoso é preferencial. Se tiver mais gente atendendo o idoso, a pessoa de menos idade, como eu, por exemplo, não iria esperar tanto.”

Quanto a sugestões de atividades, para além do atendimento médico, que deveriam ser oferecidas para complementar os serviços oferecidos aos homens, houve um consenso quanto à promoção de atividades que diminuam o estresse. Uma dificuldade apontada para a implementação de atividades educativas é a falta de interesse dos homens em procurá-las.

Rádio e TV são as formas de divulgação mais recorrentes; embora alguns indiquem cartazes no hospital, outros acreditam que essa estratégia de comunicação não é efetiva. Parece existir consenso em torno da ideia de que a informação deve ser levada diretamente às pessoas.

Todos se opõem fortemente à perspectiva de ser levada em conta a especificidade cor/raça em potenciais serviços voltados ao atendimento da saúde do homem. Os participantes interpretam a consideração da especificidade cor/raça como racista, por separar os diferentes grupos de acordo com suas diferenças. O misticismo do povo brasileiro é evocado como justificativa pela qual essa suposta divisão não deveria ocorrer.

“Daí já está separando, e é racismo.”

### *Análise dos grupos focais por faixa etária*

Este tópico tratará das falas dos homens com idade entre 15 e 44 anos apresentando suas concepções a respeito dos cuidados com a própria saúde e a utilização dos serviços públicos de saúde pelos homens. Os participantes foram

distribuídos em três grupos, de acordo com a faixa etária (grupo a: 20 a 24 anos; grupo b: 25 a 34 anos; e grupo c: 35 a 44 anos), e estabeleceram um diálogo sobre as questões apresentadas por um período aproximado de duas horas.

## *O cuidado com a saúde*

A maioria dos participantes concorda que a mulher, definitivamente, cuida mais da saúde que o homem, embora alguns também acreditem que os homens vêm se cuidando mais nos últimos tempos, mesmo que o caráter dessa nova tendência percebida não possa ser generalizado.

“[...] a mulher cuida melhor da saúde, mas na minha opinião o motivo eu acho que é a questão cultural do homem brasileiro, independente do nível social. Como eu trabalho com ambulatório eu percebo no serviço... Por exemplo, urologia [...] raramente o homem procura o serviço de urologia. É muito difícil alguém procurar por livre e espontânea vontade. Só quando está com algum sintoma que aí é encaminhado, aí procura. Mas por livre e espontânea vontade é muito raro.” (Participante grupo c)

“Tem homem que está se cuidando bem mais que antigamente.” (Participante grupo b)

Entretanto, vale destacar que no grupo dos homens mais jovens é consenso a convicção de que a mulher cuida mais da saúde e que o homem só se cuida em casos extremos, de urgência.

“Eu acho que não cuida [o homem], só vai quando está estragado mesmo.” (participante grupo a)

O fato de a mulher se cuidar mais é relacionado a um excesso de preocupação da parte dela com a aparência, o que, por sua vez, faz com que coma menos e, assim, adoça com mais frequência. Partindo dessa linha de raciocínio, pode-se dizer que a lógica presente nesses depoimentos é a de que a mulher se cuida mais, mas ela também precisa mais, e que os homens se cuidam menos porque precisam menos.

Nos depoimentos dos homens do grupo b é reforçada a ideia de que o homem não precisa de cuidado, enquanto a mulher, por ser mais frágil, necessita de mais cuidado e de melhor qualidade.

“O próprio organismo da mulher carece mais da parte médica.” (participante grupo b)

“Mas na mulher é algo assim perigoso, é regular que ela tem. O homem já não tem esse período.” (participante grupo b)

A questão de gênero perpassa as diferenças percebidas pelos grupos no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Essa questão está explícita na fala de um participante quando percebe a mulher como sendo menos exigente, aceitando as más condições do sistema de saúde. Nesse enfoque, o cuidar-se passa a ter uma dimensão de subordinação às más condições do sistema e o não cuidar-se passa a ser louvado ao ser associado com orgulho e honra.

“Quando a mulher tem o seu plano de saúde, com certeza ela vai decidir mais. Mas se ela não tem condições financeiras ela se coloca em qualquer lugar para ser atendida, porque ela sabe que não tem condições de um local melhor, então às vezes se sujeita.”

Vale registrar, ainda, a percepção da questão de gênero nas relações de trabalho expressa na fala de um participante:

“A questão é que a aceitação é muito maior. Você chega lá: ‘Por que você chegou atrasado?’ ‘Minha filha está doente. Não deu para eu vir.’ Agora, o homem, ele não tem tanta responsabilidade com relação a isso. ‘Minha filha está doente.’ ‘E sua mulher?’ É uma coisa automática”.

A percepção do homem como o ser forte e da mulher como o frágil implica uma atitude consciente por parte do homem de suportar até o limite o mal-estar e a dor, pois o cuidar-se é associado a fraqueza, a uma perda de controle da situação, e amplia nesse segmento o uso da automedicação como meio de evitar os serviços de saúde.

“[...] Não tem nenhuma criança aqui, então, sobre sexo, se o homem está com alguma coisa ele só procura na última hora. A última hora é o que vale pra ele. [...]” (participante grupo b)

A maioria dos participantes também percebe as diferenças no cuidado com a saúde associadas à questão de classe social: se o homem de maneira geral se cuida pouco, o homem mais pobre, desprovido de acesso a planos de saúde, se cuida bem menos.

No que diz respeito aos métodos contraceptivos, a camisinha aparece como principal método para os jovens de 20 a 24 anos, embora não seja possível afirmar até que ponto é realmente utilizado. Há menção a pílulas anticoncepcionais, mas essa opção é identificada como responsabilidade exclusivamente feminina.

A questão do acanhamento do homem ao comprar a camisinha é levantada, embora todos os participantes afirmem não sentir vergonha. É importante notar que parece haver uma consciência generalizada da necessidade de utilizar camisinha não só como método anticoncepcional, mas como meio de proteção contra doenças. Entretanto, os entrevistados acreditam que em relacionamentos estáveis a camisinha não se faz necessária, mesmo quando admitem que os

homens costumam trair e ao reconhecerem que isso pode ser uma fonte de transmissão de doenças para as parceiras fixas.

Parece haver plena consciência do risco, mas esse, apesar de conhecido, é assumido – os participantes identificam e assumem sua responsabilidade no problema, embora não pareçam estar preocupados com a solução.

“Eu mesmo tenho uma parceira fixa e a gente não usa camisinha, mas homem, você sabe o jeito que é, então às vezes trai, sai com outras mulheres. Eu mesmo não uso porque eu já tenho uma parceira de seis anos de relacionamento.”

Em relação à questão cuidados x etnia, as respostas foram evasivas.

A impressão que se tem é a de que pensar o relacionamento de diferentes grupos étnico-raciais com a saúde demonstra uma questão intangível para os participantes, que entendem que não há diferenças em termos das doenças que atingem os diferentes grupos étnico-raciais.

A maioria dos participantes não acredita haver diferenças no cuidado com a saúde entre os diferentes grupos étnico-raciais. A tendência é relacionar as diferenças à classe social e não à etnia. Um participante admite haver diferença, mas só consegue percebê-la em relação às comunidades indígenas.

“Sim. Principalmente os indígenas. São mais coisas de ervas medicinais que eles fazem.”

Já no que tange à possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde específicos para os diferentes grupos étnicos, o consenso é de que seria uma potencial realidade discriminatória.

### *Espaços de participação dos homens: frequência e presença*

Para os mais jovens, a presença masculina nos serviços de saúde é ligada à velhice e contraposta à juventude. Nessa percepção, entendem que não há espaço para a participação de jovens no sistema de saúde e que o cuidado só passa a ocorrer quando o corpo, em vez da mente, impõe a necessidade.

“O único serviço que atrai mais o homem eu acho que não seria para jovem, seria para idoso; eu vejo que eles participam bastante, principalmente em unidade básica. É caminhada para hipertenso, alguma coisa relacionada com a parte de diabete...”

Em termos dos fatores que poderiam suplantar as dificuldades de participação dos homens quanto à utilização dos serviços de saúde, as respostas são difusas; o medo aparece como uma questão recorrente. Os homens parecem se prontificar a cuidar da própria saúde quando sensibilizados por doenças

graves que atingiram pessoas próximas, explicitando mais uma vez que é em situações limite que a reflexão sobre a necessidade do cuidar-se permeia o imaginário masculino.

No mais, o bom atendimento, a divulgação na mídia de serviços hospitalares e o exemplo de amigos são apontados como elementos que possivelmente incentivariam uma utilização maior dos serviços de saúde por parte dos homens.

“Um colega também pode incentivar o outro. Muitas vezes ele vai e muitas vezes ele vê que aquela barreira não é totalmente o que está dentro da cabeça dele.”

Na fala dos mais jovens, a participação do homem poderia ser ampliada se incentivada com campanhas sobre os serviços oferecidos que utilizassem a grande mídia para divulgação. Foram sugeridos os velhos métodos: jornal de bairro, panfleto, mutirão.

Para alguns participantes dessa faixa etária, a criação de espaços de debate e reflexão pode ser um caminho para conscientização, troca de experiências e elaboração de propostas. A questão que subsequentemente se impõe a essa análise é a de como atrair os homens jovens para esses potenciais espaços de debate, ampliando assim os espaços de participação dos homens.

## *Dificuldades para a participação dos homens*

Independentemente da faixa etária, o machismo é apontado como possível barreira para a participação dos homens nos serviços de saúde. A crença que parece embasar essa dificuldade é a de que qualquer exame que envolva exposição e/ou toque das partes íntimas masculinas equivale, se não a uma perda automática da sensação de masculinidade, ao questionamento dela. Submeter-se ao exame de próstata, por exemplo, passa a estar diretamente ligado à perda da masculinidade.

“O homem é machista; quando ele tem que fazer um exame na genitália, assim, só quando estiver com alguma coisa séria. Não vai.” (participante grupo a)

É nesse contexto que a questão do machismo permeia toda a discussão e é consensualmente reconhecido como elemento cultural que dificulta a participação dos homens nos serviços de saúde. Por meio de um processo histórico de socialização, os homens são treinados a associar enfermidade com fraqueza, uma característica que pertence estritamente ao domínio feminino. Dessa forma, essa construção social de que força equivale a não admitir a doença, vista como sinônimo de fraqueza, se impõe como barreira ao cuidado do homem com a própria saúde.



“Pra mim, eu acho que é um problema assim cultural até. Nós vivemos numa sociedade que ainda é machista, apesar de toda a evolução que houve com o trabalho da mulher, mas o homem ainda tem a tendência de só procurar o socorro na última hora. Eu aprendi isso com meu pai, meu pai aprendeu isso com o pai dele, e isso foi vindo. Só se machucar muito que você vai ao hospital.”

“[...] Então, se tiver uma educação nas escolas, por exemplo, a gente vê o caso do homem, do machismo do homem quanto ao exame de próstata; porque os homens devem fazer, eles sabem que podem fazer, mas porque é um toque no ânus do homem, eles se sentem tocados.”

Outra dificuldade, que parece constituir consenso entre os entrevistados, é a lentidão e a qualidade do atendimento: a demora entre o dia em que se marca a consulta e o dia em que ela ocorre de fato e a má qualidade dos serviços são apontadas como impedimentos para a maior participação masculina nos serviços de saúde. Sendo assim, as barreiras para o cuidar-se são relacionadas tanto a questões culturais como a questões estruturais.

“Se melhorasse mais o atendimento, assim, um atendimento mais rápido. Ter mais especialistas.”

“O homem é o provedor da família, e isso não é levado em consideração. Você marca um exame, depois volta daqui... Deus sabe lá quanto tempo. Demora para ir fazer esse bendito exame. Outro dia para buscar o resultado. Quer dizer, o homem não tem essa disponibilidade toda. Já é um negócio histórico e já vem dos pais e dos avós que a mulher geralmente cuida de todos os afazeres da casa e da saúde da família, e o homem já não tem essa disponibilidade. Ele tem mais preocupações direcionadas ao sustento da família, e é muito mais complicado você entender o homem saindo toda hora para fazer exame de saúde. É uma coisa cultural. Se você está numa empresa privada, se você falta um dia...”

A ineficácia, a lentidão e a má qualidade do atendimento não só afastam os homens dos serviços de saúde, como fazem com que se sintam pessoalmente desrespeitados. Há, inclusive, um participante que afirma que quando adoecer a ponto de não poder trabalhar ele prefere ficar em casa a ir ao hospital buscar atendimento.

“Se eu estou doente, se eu vou lá no hospital e sou atendido como um ser humano de verdade, com certeza eu vou vir duas ou três vezes.”

A ineficiência do sistema é vista como prejudicial, dado que os serviços são demorados e ocorrem durante o horário de trabalho. A utilização dos serviços de saúde não só é associada à perda de tempo, como também é vista como atividade onerosa aos homens que optam por ela, visto que cuidar-se passa a estar ligado a ser irresponsável com o emprego, um risco que, definitivamente, não se pode correr. Nesse contexto, a melhora na qualidade dos serviços oferecidos é descrita como potencial fator de atração para os homens.

“Muitas vezes a gente vai no posto, falta no serviço e nem consegue atestado para aquele dia. O chefe não vai querer saber se a pessoa estava mal porque não está com o atestado lá para comprovar e fica um dia perdido.”

Os homens querem ser atendidos rapidamente e sem tanta burocracia.

Essa é a questão mais recorrente, que permeia todos os grupos. Fica claro que, apesar de questões estruturais e histórico-culturais que fazem com que os homens não se cuidem, existe neles a vontade de ser reconhecidos. Nesse contexto, um participante sugere que serviços assistencialistas específicos para os homens poderiam ser desenvolvidos.

“Eu acho que seria viável também uma reestruturação dos serviços. O serviço de saúde hoje, eu acho que pela quantidade de profissionais, não suporta a quantidade de pessoas que tem para atender. Então tem que ver a necessidade de cada região para poder realmente colocar no hospital pessoas para atender, e que possa ter esse tempo de meia hora. Um serviço assistencial dirigido ao homem. O médico tem que ter um bom preparo no atendimento do sexo masculino. Ele tem que se envolver também no problema de saúde que o homem tem, tipo assim, vamos ajudar da melhor maneira possível. Dar um tratamento mais digno nessa parte.”

A questão do horário de atendimento é entendida como um dos grandes entraves para a participação masculina. E os entrevistados apontam ou o fim de semana ou horários depois do horário comercial.

“Eu trabalho das cinco e meia às nove da noite, então eu só vou no médico quando eu estou ruim mesmo.”

O medo de certos exames – e, por conseguinte, dos diagnósticos – é mais uma dificuldade apontada, particularmente no que concerne ao HIV, o que confirma a necessidade de campanhas informativas, ações, programas direcionados a esse segmento da população, em especial aos mais jovens.

“Muitos têm medo de fazer exame de HIV. Pelo menos lá onde eu moro muitos jovens da minha idade têm receio de ir fazer o exame de HIV. Não só na minha faixa de idade, até trinta anos, assim, eu conheço muita gente que tem medo de vir até o hospital fazer.”

## *Significados de “ser homem”*

O “ser homem” parece estar diretamente ligado à ideia de resistência à dor, de persistência e força para conviver com uma enfermidade até o ponto do limite físico. Tal ideia é contraposta a noções subjetivas de feminilidade, a qual parece

estar ligada não só a um excesso de cuidado consigo próprio, mas a uma urgência em cuidar-se e diagnosticar problemas.

“Mulher, qualquer coisinha diferente ela já corre para saber o que é. O homem vai até onde aguentar, vai persistindo.”

A impaciência é apontada como outra característica genuinamente masculina que impede o homem de frequentar os serviços de saúde pública, caracterizados como burocráticos e demorados.

“Eu não tenho paciência com esse negócio de ficar indo e voltando. A maioria dos homens é impaciente.”

O homem como “ser impaciente” tem implicações diretas para o cuidado com a saúde: os homens se cuidam pouco porque não têm paciência nem para ir ao hospital nem para esperar pelo atendimento. É nesse contexto que os próprios homens justificam sua relação displicente com a saúde.

“Às vezes o atendimento é demorado, o homem é agitado, ele vai embora rápido e nem espera passar pelo médico.”

## *Profissionais e os homens*

No que se refere à relação “profissionais e os homens”, os participantes desses grupos, independentemente da faixa etária, demonstraram uma grande dificuldade em expressar que tipo de profissionais eles gostariam de ver nos serviços de saúde para melhor atendê-los.

Mas é interessante observar que, se não apareceram respostas objetivas sobre o que seria necessário, foi expressiva a crítica de que os serviços existentes especializam-se nas necessidades da mulher, de que não há nenhum serviço específico para o homem e que suas necessidades parecem nunca ter sido consideradas.

“Tem um hospital que é exclusivo para mulheres, então eu acho que o governo deveria pensar em alguma coisa nesse sentido. E a partir daí ver os principais problemas que afetam os homens e focar mais nisso. Mas hoje, aqui em São Paulo, no Brasil, eu não vejo nada voltado para isso. É a primeira vez que eu vejo uma pesquisa assim voltada para a saúde do homem, geralmente é só para a saúde da mulher. É a primeira vez que fala sobre o homem.”

Apesar da dificuldade expressa na questão, a participação de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais especializados e de outras áreas, tais como urologista e assistente social, foi indicada como algo que potencialmente melhoraria o serviço oferecido aos homens.

## *Homem: utilitarismo x direito*

No que se refere ao tipo de serviço que deveria ser oferecido ao homem que acompanha sua mulher no pré-natal, há um consenso generalizado de que os homens carecem de informação nesse domínio. Orientação é a palavra que se repete no trato dessa questão.

Os homens parecem sentir-se absolutamente isolados e ignorantes nesse domínio, o que sinaliza a realidade já conhecida de que a questão do cuidado durante a gestação segue exclusivamente ligada à mulher, ao passo que o homem tende a ignorar por completo as necessidades de cuidado exigidas nesse período.

“Eu acho que, assim como a mulher recebe a informação do que vai acontecer, o homem também tem que saber. Porque às vezes chega lá, o homem não sabe o que vai acontecer e já fica desesperado. Então, tendo uma noção básica, ele já sabe mais ou menos o que vai acontecer.”

Com respeito aos serviços que precisariam ser oferecidos ao homem que acompanha a mulher no pré-natal, a maioria das respostas aponta para a necessidade de maior informação, por meio de palestras, por exemplo. Os homens não sabem lidar com as ansiedades e necessidades da mulher e do bebê, que, embora ainda esteja por nascer, já precisa de cuidado.

Nesse aspecto os homens sentem-se absolutamente excluídos e ignorantes quanto às demandas desse período, a ponto de um participante responder que um tipo de serviço necessário seria a disponibilização de uma televisão para entreter-los com esporte.

Além disso, nota-se uma vontade da parte dos homens de estarem mais informados e munidos de melhores ferramentas para passar por esse período apoiando as mulheres, passando pelas mesmas experiências; a extensão da desinformação, no entanto, revela-se latente.

“Falta esclarecimento, não só palestras. Muitas vezes se ouve, só, mas não tem essa troca de ideias que faz com que os homens saibam. O que a gente está passando agora é diferente de cinquenta anos atrás. Está acontecendo muita coisa com os homens, então o homem tem que mudar a sua forma de pensar. Então, tendo tudo isso, até mesmo nesse período de pré-natal que ele vai ter que acompanhar, que tenha algo novo.”

“Eu acho que tinha que ser obrigatório o homem fazer também o exame do HIV, porque quando a mulher está grávida ela tem que fazer.”

Na verdade, essa necessidade de estar mais bem informado é geral, não se restringe ao acompanhamento da mulher no pré-natal. Os participantes parecem gostar da experiência do grupo focal e afirmam que esse tipo de espaço para o

diálogo, para exposição das questões que concernem a eles, é o que falta nos serviços de saúde.

Dessa forma, a questão do respeito reaparece no decorrer da discussão.

No estado atual das coisas, os homens sentem-se maltratados e desconsiderados pelos sistemas de saúde, participando apenas como apoio à mulher.

Em contrapartida, todos parecem concordar que não existem serviços nos quais os homens não deveriam estar presentes. As respostas são naturalmente conduzidas à necessidade da presença dos homens nas consultas da gestante. Assim, embora a presença masculina nos serviços de saúde durante o pré-natal, o parto e o pós-parto não seja, no geral, uma realidade, pelo menos verbalmente os homens entrevistados acreditam que a prática correta é o acompanhamento integral do homem a sua mulher na utilização dos serviços de saúde durante a gestação.

“Tem [o homem] que ir nas consultas [pré-natal]. O homem tem que estar junto [da mulher].”

Uma sugestão feita em termos dos serviços de saúde alternativos que poderiam ser oferecidos foi a promoção de atividades interativas e brincadeiras que divertissem e, concomitantemente, informassem sobre as questões relacionadas à prevenção de doenças (os tipos de doença não são especificados).

“Alguma coisa assim aonde o homem iria e ficaria o dia inteiro no local, e ali teriam palestras, brincadeiras, como se fosse uma gincana mais relacionada à saúde preventiva.”

### *Políticas públicas – de que tipo de serviços os homens precisam*

As respostas são diversas no que toca aos tipos de serviços que precisariam existir para suprir as necessidades masculinas. O que se mostra interessante, pois, embora possa não haver um grau alto de convergência entre os serviços desejados, fica clara a realidade de que, para esse segmento da população, os serviços oferecidos são limitados e não correspondem às expectativas.

Nesse aspecto vale destacar a questão da falta de programas específicos para jovens como recorrente para a maioria dos participantes. É importante notar que tal questão foi apresentada nos diversos grupos no sentido de ajudar no desenvolvimento pessoal do jovem, por meio da disponibilização de informação no sentido de orientá-lo nas escolhas e de estimulá-lo.

“Se você for parar mesmo para analisar, hoje não tem nenhum programa

para jovens. Na escola às vezes é passada alguma coisa sobre gestação precoce, palestras com alguma pessoa falando. Alguma coisa para fazer o jovem pensar.”

No entanto, se há consenso quanto à necessidade de programas específicos para jovens, o mesmo não acontece quanto a atendimento específico para faixas etárias distintas. Uma parte dos entrevistados não acredita que deveria haver divisões por idade, o que contradiz o aparente consenso de que programas específicos para os jovens formam um tipo de serviço do qual os homens precisam.

Os participantes também se dividem em dois grupos quando questionados sobre a necessidade de separar os pacientes por faixa etária na hora do tratamento.

“Eu acho que tem que ser por igual. Tem que diferenciar por tipo de problema, porque ali ele vai te analisar.”

“Eu acho que pode ser diferente, porque até 30 anos ainda pode ser solteiro. Eu acho que a possibilidade de terem problemas sexuais é muito diferente do que aqueles que são casados, que têm filhos e tudo o mais. A situação é diferente.”

A questão da diferenciação, mais uma vez, parece somente ecoar no que toca a serviços específicos para homens distintos daqueles oferecidos pelas mulheres. De modo geral, é possível concluir que essa é a necessidade mais apontada: um serviço específico para a população masculina, embora não haja clareza sobre como esse serviço especializado deveria se constituir.

“A doença não é diferente para o de 20 e o de 40. É mais divisão homem e mulher mesmo.”

No entanto, outra parte dos participantes acredita que a divisão do atendimento por faixa etária seria frutífera ao partir da premissa de que grupos etários distintos apresentam problemas e necessidades de saúde específicos.

“Uma criança não tem uma doença de um adulto. E vice-versa.”

A falta de informação sobre os serviços já oferecidos, tais como teste de HIV e exame de próstata, é outro ponto que merece destaque. Em face de uma percepção generalizada de que não há nada para os jovens nos serviços de saúde e de que estes são essencialmente ineficientes, fica claro que é preciso criar canais de comunicação com a população jovem masculina para que ela seja informada sobre os benefícios reais e diretos que a utilização de tais serviços pode trazer.

“Por exemplo, os homens uma vez por ano poderiam fazer aquele exame como o da mulher.”

## *Agradecimentos especiais à equipe da pesquisa*

Eunice Almeida  
Jonathas J. S. da Silva  
Jussara Dias  
Maria Lucia da Silva  
Rosa Almeida  
Thais Narciso

## *Referências bibliográficas*

- Arilha M e Arruda S. Homens, masculinidades e gênero: uma metodologia de trabalho em sexualidade e saúde reprodutiva com homens no setor privado. São Paulo: ECOS - Estudos e Comunicação em sexualidade e reprodução humana, 1998. 47p.
- Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B. (Org.) Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo:ECOS/Ed. 34, 1998, 304p.
- Barbosa SF. Experiências de intervenções com homens: para além de abrir vidros de azeitonas. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B. (Org.) Homens e masculinidades: outras palavras. São Paulo:ECOS/Ed. 34, 1998, p. 259-69.
- Boechat W. Os arquétipos masculinos. In: Nolasco S. (Org.) A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p15-29
- Bourdieu P. A dominação masculina. Educação e realidade 1995; 20 (2): 133-84.
- Connell R. Políticas da masculinidade. Educação e realidade 1995, 20 (2):185-206.
- Corneau G. Paternidade e masculinidade. In: Nolasco S. (Org.) A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. P43-52.
- Costa MAG da. A face masculina do planejamento familiar: trabalhando com grupos de homens. Fortaleza. 1997. 88p.
- Costa NMF da, Tucherman SE. Impotência e frigidez/potência e calidez. Revista brasileira de psicanálise 1996; 30 (4): 1039-45.
- ECOS. Estudos e Comunicação em sexualidade e reprodução humana – ECOS e Instituto de Medicina Social - IMS. Homens: sexualidade e reprodução. São Paulo, 1998. 42p. [Relatório.]

- Giffin K. Homens, heterossexualidades e reprodução no Brasil. 1998. [Mimeogr.]
- Goldenberg M. A outra: uma reflexão antropológica sobre infidelidade masculina. In: Nolasco S. (Org.) A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1995:131-48
- Laurenti R. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo, 1998. 159p.
- Lyra J e Ridenti S. Mãe presente, pai ausente? Reflexões preliminares sobre as funções parentais nos anos noventa. ANPOCS: Caxambu, Grupo de Trabalho Família e sociedade. XX Reunião da ANPOCS, 1996. [Mimeogr.]
- Mundigo A. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. São Paulo, 1995, Fundação MacArthur, 1995. 3ª Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. São Paulo, 1995.
- Nolasco S. (Org.) A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. 165p.
- Nolasco S. A desconstrução do masculino: uma contribuição crítica à análise de gênero. In: Nolasco S. (Org.) A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p 15-29.
- Nolasco S. Masculinidade em fim de século. Seminário Saúde sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro, 1996. Fac. Serviço Social da UERJ.
- Oliveira MCFAA de e Bilac ED, Muzkát M. Os homens, esses desconhecidos. Rev. Brasileira de Estudos Populacionais 1994; 11 (1):89-93.
- Romanelli G. Papéis familiares e paternidade em famílias de camadas médias. ANPOCS: Caxambu, Grupo de Trabalho Família e sociedade. XIX Reunião da ANPOCS, 1995, Mimeogr.
- Santiago S. Arte masculina? In: Nolasco S. (Org.) A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p 99-102.
- Scavone L. Impasses e perspectivas futuras da maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. ANPOCS: Caxambu, Grupo de Trabalho Família e sociedade. XIX Reunião da ANPOCS, 1995. [Mimeogr.]
- Scott P. O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. Cadernos de Pesquisa 1990; 73: 3-87.
- Villa AM. Significados da reprodução na construção da identidade masculina em setores populares urbanos. In: Costa AO. (Org.) Direitos Tardios: saúde,



sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: PRODIR/FCC - São Paulo:Ed. 34, 1997. p. 115-40

Villela WV e Barbosa R. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. Seminário Sexualidades brasileiras. IMS/ABIA, Rio de Janeiro; 1994.

Villela W. Homens que fazem sexo com mulheres: prevenindo a transmissão sexual do HIV- propostas e pistas para o trabalho. São Paulo, NEPAIDS; 1997, 52p.

Viveiros M. In: Estudos e Comunicação em sexualidade e reprodução humana – ECOS e Instituto de Medicina Social - IMS. Homens: sexualidade e reprodução. São Paulo, 1998 42p. [Relatório.]

Were EO, Karanja JK. Attitudes of male to contraception in Kenyan rural population. East african Medical Journal 1994. 71 (2): 106-9.



# TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, DA SÍFILIS E DA HEPATITE B NO ESTADO DE SÃO PAULO

Luiza Harunari Matida\*

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST (Brasil, 2007) é uma iniciativa interministerial, envolvendo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde. O Plano tem como objetivo enfrentar a feminização da epidemia de aids e outras DST a partir da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, por meio de ações integradas e intersetoriais nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais.

O Plano reconhece que: as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, o estigma e a discriminação relacionados à orientação sexual e identidade de gênero, à vida com HIV e à pessoa com deficiência, ao estilo de vida, à prostituição, e todas as formas de violência contra as mulheres incrementam as vulnerabilidades das adolescentes, jovens, adultas e idosas às DST e ao HIV; o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST implica o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais, envolvendo as três esferas de gestão, instituições não governamentais e movimentos sociais (Brasil, 2007).

As mulheres são vulneráveis ao HIV – não apenas pelo aspecto fisiológico, mas especialmente em razão das iniquidades entre os gêneros. As desigualdades de gênero, o crescente processo de feminização da pobreza, a violência contra

---

\* Médica pediatra sanitarista, mestre em epidemiologia e doutora em infectologia pediátrica.  
E-mail: lmatida@crt.saude.sp.gov.br

a mulher e outras violações dos direitos das mulheres contribuem para a composição de um quadro cada vez mais preocupante (Brasil, 2007).

O conceito de vulnerabilidade, associado à análise do comportamento da epidemia de HIV/aids, inclui fatores sociais, político-institucionais e comportamentais, os quais passam a ser analisados em conjunto com suscetibilidades individuais e condições específicas a determinados grupos populacionais. Assim, uma visão um pouco mais detalhada de cada um desses fatores é um facilitador das análises acerca da vulnerabilidade das mulheres negras à epidemia de HIV/aids (Sant'anna, 2001; Werneck, 2001).

Ao analisar o banco de dados do PN-DST/aids observa-se que, em 2000, somente 3,9% dos registros apresentavam a classificação racial dos casos. Uma proporção mais expressiva de preenchimento somente aconteceu a partir de 2003, quando mais de dois terços dos casos passaram a contar com essa informação (Brasil, 2008).

No Brasil, a epidemia do HIV/aids se disseminou entre os moradores de comunidades mais pobres, especialmente entre as mulheres, entre os de menor educação formal e entre aqueles inseridos em ocupações mal-remuneradas ou excluídos do mercado de trabalho formal. Ou seja, progressivamente, a epidemia, seguindo uma tendência de outros agravos, como outras doenças infecciosas, as mortes violentas, as doenças cardíacas, as neoplasias, entre outras, passou a refletir os padrões de desigualdade predominantes no país (Fry *et al.*, 2007; Bastos, 2000).

E, em relação à humanização do parto, esta se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo, ao cotidiano dos serviços, conceitos novos e desafiadores: o uso da medicina baseada em evidências, o respeito aos direitos (reprodutivos e sexuais), ao acesso universal e ao consumo de tecnologia, o tratamento acolhedor e respeitoso, o manejo da dor do parto, novas atribuições profissionais e disputas corporativas (Diniz, 2005).

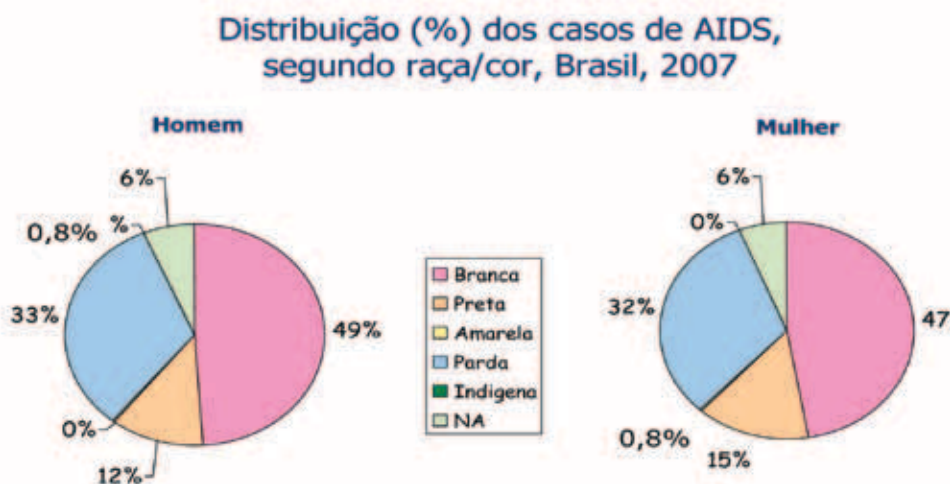
## *O vírus da imunodeficiência humana (HIV)*

O Brasil apresenta uma taxa de prevalência do HIV estabilizada em 0,6% desde o ano 2000. Aproximadamente 630 mil pessoas vivem com HIV, e, segundo parâmetros internacionalmente adotados, o Brasil apresenta uma epidemia concentrada (Brasil, 2008).

Em média, cerca de 30 mil novos casos de aids são identificados a cada ano, com números crescentes entre mulheres e pessoas com mais de 50 anos (Brasil, 2008).

Apesar da tendência à estabilidade, a epidemia de HIV afeta de maneira diferenciada as diversas regiões do país, avançando para o interior, entre as mulheres, os heterossexuais e a população de menor renda e nível educacional (Brasil, 2008).

No Brasil, do total de casos notificados até junho de 2009, 65,4% foram do sexo masculino (356.427 casos) e 34,6% do feminino (188.396 casos) e, em 2008, a taxa de incidência foi de 22,3 por 100.000 habitantes entre homens e 14,2 por 100.000 habitantes entre mulheres (Brasil, 2010).



A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2009 (Brasil, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, no mundo são 2000 crianças infectadas por dia, 95% delas por transmissão vertical do HIV. E é importante sabermos como a epidemia vem se comportando entre as mulheres: são 7000 mulheres em idade reprodutiva infectadas por dia (UNAids, 2008).

Na observação dos casos notificados de aids no Brasil, identifica-se uma diminuição de 65% entre os casos de transmissão vertical, no período de 1997 a 2007, independente do aumento do número dos casos entre as mulheres, até o ano de 2003. Essa redução do número de casos de aids por transmissão vertical é coincidente com a entrada das medidas profiláticas voltadas para essa categoria de exposição (Brasil, 2010).

As medidas de controle da transmissão vertical do HIV provocaram uma impactante redução da porcentagem de infecção por essa via, resultado esse apresentado por um estudo publicado em 1998 (Tess *et al.*) que mostra uma porcentagem de 16% e por outro, organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (Succi, 2005), que observou uma queda de 9,7% para as crianças nascidas em 2000 para uma porcentagem de 3,7% para as crianças nascidas em 2002, sendo que o Programa Nacional (Brasil, 2006a) propõe a meta de alcançar uma porcentagem menor do que 1%.

No Brasil, o acesso gratuito e universal ao tratamento com antirretrovirais teve início na década de 1990; a história da redução da transmissão vertical do HIV iniciou-se em 1996, com a introdução do AZT (zidovudina). Uma rede de laboratórios foi estabelecida para realização do diagnóstico do HIV e outros exames de seguimento clínico. Todas as unidades federadas do país possuem serviços capacitados para esse atendimento. Recomendações (Brasil, 2006b) e treinamentos realizados visam a que as crianças portadoras do HIV/aids sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar, com conhecimento das propostas padronizadas para a abordagem profilática e terapêutica.

A aplicação dessas intervenções resulta no aumento do tempo de sobrevivência da criança com aids, o qual ocorre em todo o país, a despeito das diferenças observadas nas cinco grandes regiões geográficas do país. A probabilidade de sobrevivência aos 60 meses após o diagnóstico de aids, para o período de 1988 a 1992, foi de 0,246, e aumentou para 0,605 no período de 1997 a 1998 nas crianças diagnosticadas e seguidas até 2002, e, para as crianças diagnosticadas no período de 1999 a 2002 e acompanhadas ambulatorialmente até 2007, a sobrevivência aumentou para 0,863 (Matida *et al.*, 2009).

Entre as ações preconizadas para a redução da transmissão vertical do HIV destacam-se: o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação, com possibilidade de indicação de AZT ou terapia antirretroviral tríplice; utilização do AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de cesariana eletiva em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida, e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade. Essas ações (Brasil, 2006a) permitem que o risco da transmissão vertical seja reduzido para até 1% dos casos.

Embora as intervenções necessárias para a redução da transmissão vertical do HIV estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas e para seus filhos, as dificuldades da rede de atenção à saúde em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, a cobertura insuficiente da testagem no pré-

natal, principalmente nas populações mais vulneráveis ao HIV, e a qualidade da atenção pré-natal, ainda aquém do desejável, resultam na baixa aplicação das medidas. No entanto, apesar de todas essas dificuldades, nos últimos anos, a incidência média de casos de aids em crianças vem diminuindo progressivamente em nosso país, mas de forma desigual (Matida *et al.*, 2007).

A equipe multiprofissional e a organização dos serviços facilitam o acolhimento, a criação de vínculos e a motivação da paciente. Atividades em grupo e assistência individual que respondam às expectativas e às dúvidas sobre o uso contínuo da terapia e sobre a proteção ao bebê são importantes para garantir o melhor resultado possível.

### *A sífilis congênita*

A sífilis é quatro vezes mais prevalente do que o HIV nas gestantes. É uma doença de elevada magnitude: no estudo sentinela realizado em 2004, pelo Programa Nacional de DST/aids, em uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, observou-se uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa (Brasil, 2006c).

A transmissão vertical da sífilis continua sendo um problema de saúde pública no país (Brasil, 1993). Das doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, é a que apresenta uma das maiores taxas de transmissão.

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, desde que seja oferecida uma assistência pré-natal adequada que inclui: captação precoce da gestante para o início do pré-natal; realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada; realização do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana, além da repetição do exame no momento do parto; instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do seu parceiro, abordando os casos de forma clínico-epidemiológica (Brasil, 2005a).

## *Plano de Eliminação da Sífilis Congênita*

### OBJETIVO:

**REDUZIR A INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA  
NO ESTADO DE SÃO PAULO,  
A NÍVEIS INFERIORES A UM CASO PARA CADA MIL NASCIDOS VIVOS,  
ATÉ 2012.**

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal garante a realização de exames para o diagnóstico da sífilis em todas as gestantes no território nacional. Na prática, no entanto, verifica-se que esse procedimento não é uma rotina. Ou então, quando detectada, a sífilis em muitos casos não é tratada adequadamente (Brasil, 2006c).

A transmissão vertical da sífilis ocorre em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Quanto mais recente a sífilis, mais treponemas estarão circulantes e, portanto, mais severamente o feto será atingido (Brasil, 2005a).

Esses fatores podem acarretar interrupção da gestação (aborto), gestação de natimorto, óbito neonatal, sífilis congênita sintomática no nascimento ou assintomática. O aborto espontâneo ocorre em cerca de 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas (Brasil, 2005a).

Não há transmissão vertical através do leite materno. Durante o aleitamento, a infecção ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis (Brasil, 2005a).

A penicilina é utilizada para tratar todos os tipos de sífilis. As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas. Caso isso não seja possível, deve ser administrada a eritromicina na forma de estearato, mas o feto será considerado não tratado e deverá ser tratado e notificado como caso de sífilis congênita (Brasil, 2005a, 2005b).

Enfim, para o enfrentamento da sífilis congênita, as ações de prevenção precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com o consequente tratamento oportuno e adequado também do parceiro sexual. Algumas maternidades, no Estado de São Paulo, executam uma estratégia bastante oportuna e eficaz, que é a de tratar o parceiro sexual, após consultar e discutir com a parturiente/puérpera essa possibilidade (Matida e Gianna, 2008).



## *A hepatite B*

A hepatite B representa um grave problema de saúde pública mundial, não apenas pela elevada prevalência, mas também por ser uma das principais causas de doença hepática crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular (Brasil, 2005c).

A transmissão da hepatite B ocorre principalmente através de exposição percutânea ou de mucosas a sangue ou fluidos corpóreos contaminados com o vírus. As formas de contágio mais importantes são através das vias vertical, sexual e por inoculação percutânea, com o padrão de transmissão sendo fortemente associado à prevalência do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) em uma população (Brasil, 2005b).

A hepatite B é uma doença que causa uma grande variedade de sintomas, que vão desde um leve quadro intestinal e sintomas inespecíficos, até formas ictericas clássicas. A principal complicação da doença se relaciona com a não eliminação viral após o quadro agudo, tornando o paciente um portador crônico do vírus e potencial transmissor, que muitas vezes evolui para hepatite crônica, cirrose hepática e hepatocarcinoma (Brasil, 2005b).

A transmissão vertical assume grande importância na epidemiologia da doença. Enquanto apenas 5% a 10% dos que adquirem a infecção na idade adulta evoluem para a forma crônica, em neonatos, filhos de mães portadoras do vírus da hepatite B, o risco de isso ocorrer atinge aproximadamente 90% (Brasil, 2005c).

A sorologia materna deve ser solicitada no início do pré-natal em cada gravidez (para as não imunes) e deverá ser repetida próximo ao parto, nos casos de gestantes suscetíveis de risco: usuárias de drogas, doenças sexualmente transmissíveis concomitantes, transfusões e outros (Brasil, 2005b).

A transmissão vertical pode ser prevenida em aproximadamente 95% dos casos de mães HBsAg positivas, cujos filhos recebem, imediatamente após o nascimento, a vacina e a imunoglobulina específica contra a hepatite B (HBIG). As doses subsequentes da vacina são dadas no 1º e no 6º meses de vida. A Academia Americana de Pediatria, bem como a Sociedade Brasileira de Pediatria, recomendam que a vacina seja realizada logo ao nascimento, preferencialmente dentro da maternidade, para todas as crianças (Brasil, 2005b, 2005c).

A Organização Mundial de Saúde afirma que “mesmo nos lugares onde a infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é altamente endêmica e a imunização contra o VHB não é disponível, o aleitamento materno permanece como o método recomendado de alimentação infantil” (World Health Organization, 2008).

Além da vacinação de rotina das crianças, adotada oficialmente em todo o Brasil, o Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo recomenda, para todo recém-nascido de mãe portadora do HBsAg, a administração concomitante de imunoglobulina humana contra hepatite B (IGHB) e da primeira dose de vacina, ambas nas primeiras 12 horas após o parto (São Paulo, 2005).

## DESAFIOS:

- Implementar a Portaria de Humanização do parto e nascimento;
- Aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal – ações integradas;
- Ampliar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, da sífilis e outras DST durante o pré-natal;
- Incorporação da oferta de informações, com a possibilidade de uma consulta para o parceiro sexual de todas as gestantes e, se necessário, oferecer-lhe exames sorológicos para o diagnóstico e prevenção de agravos congênitos.

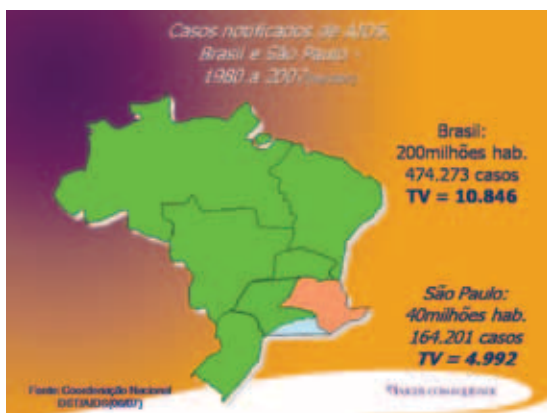
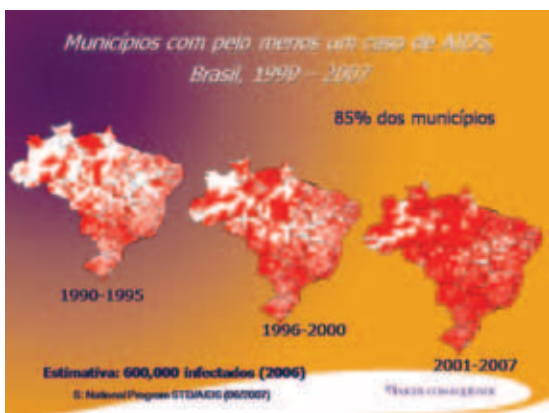
## *Referências bibliográficas*

- Bastos FI. Feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. 27 p. (Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 3.)
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Boletim Epidemiológico aids, ano VI, n. 1 – 27<sup>a</sup> a 52<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2008 – 1<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2009. Brasília, DF, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Boletim Epidemiológico aids, ano V, n. 1 – 27<sup>a</sup> a 52<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2007 – 1<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2008. Brasília, DF, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST. Programa Nacional de DST e aids. Brasília, DF, 2007. 33 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília, DF, 2006a. 124 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, DF, 2006b. 81 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, DF. 2. ed., 2006c. 72 p. (Série Manuais, n. 24)
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de sífilis congênita. Programa Nacional de DST e aids. Brasília, DF, 2005a. 52 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Brasília, DF, 2005b. 140 p. (Série Manuais, n. 68)
- Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 5. ed. amp. Brasília, DF, 2005c. 320 p. (Série B – Textos Básicos em Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Bases técnicas para a eliminação da sífilis congênita. Coordenação Nacional de DST e aids. Brasília, DF, 1993. 80 p.
- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos

- de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (30).
- Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (3):497-507.
- Matida LH, Ramos Jr AN, Heukelbach J, Hearst N, Brazilian Survival Study Group on Children with AIDS. Continuing improvement in survival for children with AIDS in Brazil. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 2009, in press
- Matida LH; Gianna MC. O enfrentamento desigual da transmissão vertical do HIV e da sífilis. *J. Bras. AIDS* 2008; 9(2):86-91.
- Matida LH, Ramos Jr NA, Moncau JEC, Marcopito LF, Marques HHS, Succi RCM *et al.* AIDS por transmissão vertical: análise de sobrevivência dos casos acompanhados entre 1983 e 2002 nas diferentes regiões do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007;23 Sup 3:S435-S44.
- Sant'Anna W. Desigualdades étnico/raciais e de gênero no Brasil: As revelações possíveis do índice de desenvolvimento humano – IDH e índice de desenvolvimento ajustado ao gênero – IDG. *Jornal da Redesaúde* 2001;23:16-9.
- São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Resolução SS-39, de 22 de março de 2005: institui a vacinação obrigatória contra a hepatite B nas primeiras doze horas de vida, tanto em maternidades públicas como particulares, em todos os nascidos vivos no Estado de São Paulo.
- Succi RCM. GESBP (Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria). Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2003-2004. Resultado preliminar de um estudo colaborativo multicêntrico. In: XIV Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica e III Jornada Paranaense de Infectologia Pediátrica, 2005, Foz do Iguaçu. *Jornal Paranaense de Pediatria* 200; 6 (13).
- Tess BH, Rodrigues LC, Newell ML, Dunn DT, Lago TD. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS* 1998;12:513-20.
- UNAids. A ONU e a resposta à aids no Brasil. Joint United Nations Programme on HIV/aids, 2008, 32 p.
- Werneck J. A vulnerabilidade das mulheres negras. *Jornal da Redesaúde* 2001; 23.
- World Health Organization. Hepatitis B. [Acesso em: 2008] Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>>.

# APRESENTAÇÕES

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.



## Brasil: Respostas à epidemia do HIV/AIDS

- ✓ Acesso Universal e Gratuito aos ARV (Decreto Presidencial, Nov/96)
- ✓ Consenso Nacional para o Tratamento com ARV
- ✓ Participação da sociedade civil no enfrentamento da epidemia
- ✓ Estratégias simultâneas de prevenção e tratamento
- ✓ Preservação dos Direitos Humanos e Ética
- ✓ Resposta precisa do governo (desde 1985)

© National Program ITD/MS, Data Program ITD/MS São Paulo

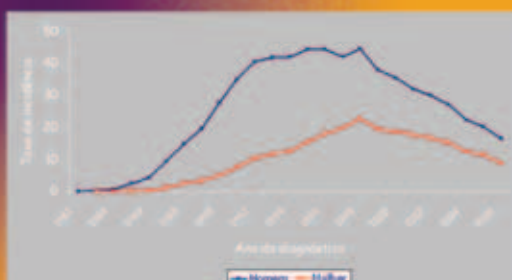
Flávia Condegnis

## Taxa de incidência de aids (por 100.000 hab.) segundo Brasil e estado de São Paulo, por ano de diagnóstico, 1985-2006\*



Casos notificados em 1985, registrados em 1985/1986 até 1999/2001 e 1986 de 2000 a 2006. Fonte: MDT/MS/MS/MS. População estimada/estimada, nos censos dados que se referem ao ano anterior ao 19/12/2007

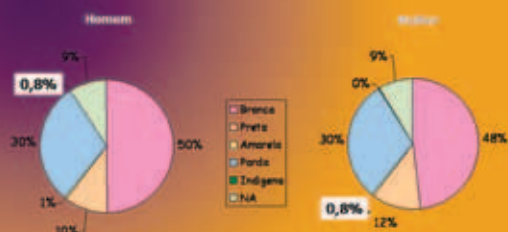
## Taxa de incidência de aids (por 100.000 hab.) segundo sexo, por ano de diagnóstico, São Paulo, 1982-2006\*



Casos notificados em 1982, registrados em 1982/1983 até 1999/2001 e 1986 de 2000 a 2006. Fonte: MDT/MS/MS/MS. População estimada/estimada, nos censos dados que se referem ao ano anterior ao 19/12/2007

Flávia Condegnis

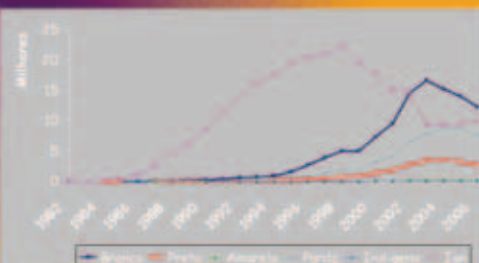
## Distribuição (%) das casos de AIDS, segundo raças/cores, Brasil, 2009



Casos notificados em 2009, registrados em 1985/1986 até 1999/2001 e 1986 de 2000 a 2009. Fonte: MDT/MS/MS/MS. População estimada/estimada, nos censos dados que se referem ao ano anterior ao 19/12/2007

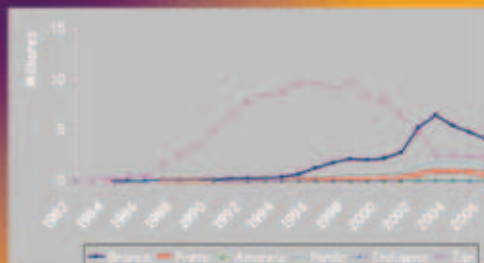
Flávia Condegnis

## Casos notificados de aids segundo raça, por ano de diagnóstico, Brasil, 1982-2006\*



Casos notificados em 1982, registrados em 1982/1983 até 1999/2001 e 1986 de 2000 a 2006. Fonte: MDT/MS/MS/MS. População estimada/estimada, nos censos dados que se referem ao ano anterior ao 19/12/2007

## Casos notificados de aids segundo raça, por ano de diagnóstico, São Paulo, 1982-2006\*

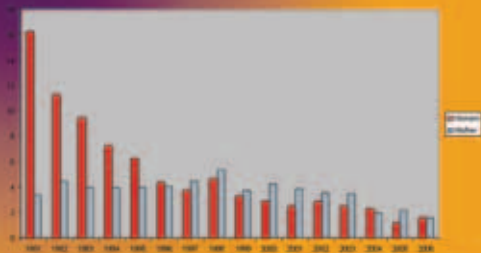


Casos notificados em 1982, registrados em 1982/1983 até 1999/2001 e 1986 de 2000 a 2006. Fonte: MDT/MS/MS/MS. População estimada/estimada, nos censos dados que se referem ao ano anterior ao 19/12/2007

Flávia Condegnis



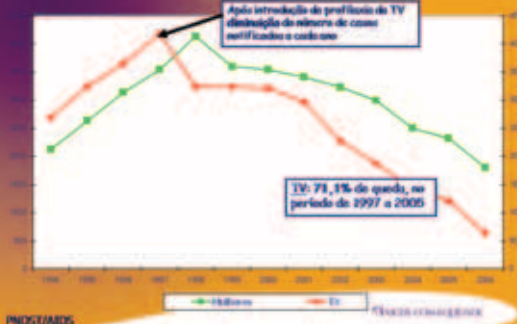
Coefficiente de incidência (100mil. hab.) das doenças de aids na faixa etária de 15 a 19 anos, estado de São Paulo, 1985 a 2006.



Fonte: INEAC/IBRAN/SP. Dados: perfil epidemiológico e tendências gerais de 2007/2008

CEBRAS/CONSAE/SP

Casos notificados de aids, em mulheres e em gravidezes verticais, segundo ano diagnóstico, São Paulo - 1994 a 2006 (mil)



PROG/AIDS

CEBRAS/CONSAE/SP

Casos de aids por transmissão vertical, segundo ano diagnóstico, São Paulo - 1994 a 2006 (mil)



PROG/AIDS, 2014 EV - subárea epidemiológica

CEBRAS/CONSAE/SP

Estimativa da cobertura do teste de HIV na gestação, Brasil, Estado de São Paulo, Estudo-Sentinelas Parturientes, 2004

Cobertura do teste HIV/gestação:

- 1 Pelo menos uma consulta no pré-natal;
- 2 Pedido do teste de HIV;
- 3 Concordância de gestante;
- 4 Conhecimento do resultado antes do parto.

| Gde.Região            | Cobertura do teste HIV/gestação (%) |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Estado de São Paulo   | 86,4                                |
| Grande São Paulo      | 85,5                                |
| Interior de São Paulo | 81,3                                |

Fonte: CEBRAS/CONSAE/SP, 2005

CEBRAS/CONSAE/SP

Total de casos notificados de gestantes HIV+, segundo época da evidência laboratorial do HIV materno, ESP, 2000 a 2007 (mil)

- 1 Anterior ao PN:
  - Realizado: 50,7%
  - Ign/bco: 49,3%
- 2 Durante o PN:
  - Realizado: 31,3%
  - Ign/bco: 68,7%
- 3 Durante o parto:
  - Realizado: 8,5%
  - Ign/bco: 91,5%
- 4 Após o parto:
  - Realizado: 5,5%
  - Ign/bco: 94,5%

CEBRAS/CONSAE/SP

Total de casos notificados de gestantes HIV+, segundo época da evidência laboratorial do HIV materno, ESP, 2000 a 2007 (mil)

- 1 Uso de ARV no PN
  - Sim: 79,5% (ign=8,1%)
- 2 Realização de PN
  - Sim: 89,4%
- 3 Início do PN
  - 1 trimestre: 28,8%
  - 2 trimestre: 32,8%
  - 3 trimestre: 35,8%
- 4 Parto Vaginal: 32,0%
- 5 Parto Cesáreo: 62%
- 6 Uso ARV no parto
  - Sim: 72,8%
  - Não: 19,2%
- 7 Início do AZT oral:
  - Não Usar: 54%, 10,8%
  - Não realizado: 3,8%

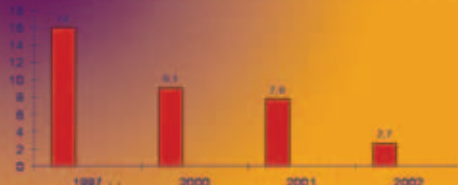
CEBRAS/CONSAE/SP

Total de casos notificados de criança exposta, ESP, 2000 a 2007 (ano)

- ☐ **Aleitamento materno:**
  - Sim: 3,6% (ign = 15,5%)
- ☐ **Aleitamento cruzado:**
  - Sim: 0,7% (ign = 18,2%)
- ☐ **Tempo total uso AZT xarope:**
  - 6 semanas: 58,1 (ign = 29,6%)

Flávia Gonçalves

Taxa de Infecção da Transmissão vertical (%), São Paulo, 1997-2002



Taxa, 1994, São Paulo (Debergoberia Estad.)

Flávia Gonçalves

Impacto do Acesso Universal à TARV na Seroconversão Média (meses) após o Diagnóstico de infecção - Brasil



Adolfo Chopper et al, 1992; Martins et al, 2002; Criança Gregária, 1991; Matola 1998 e 2002

Flávia Gonçalves

Transmissão Vertical: Probabilidade de Sobrevivência aos 60 meses após o diagnóstico, por ano diagnóstico - Brasil

| Ano-Diagnóstico | n     | Probabilidade | IC 95%        |
|-----------------|-------|---------------|---------------|
| Antes de 1988   | 66    | 0,246         | 0,022 - 0,326 |
| 1988 a 1992     | 178   | 0,325         | 0,266 - 0,397 |
| 1993 a 1994     | 232   | 0,471         | 0,417 - 0,527 |
| 1995 a 1996     | 246   | 0,563         | 0,509 - 0,610 |
| 1997 a 1998     | 222   | 0,602         | 0,550 - 0,656 |
| 1999 a 2002     | 1.170 | 0,833*        | 0,809 - 0,854 |

\*Dados preliminares

Flávia Gonçalves

Estimativa da taxa de prevalência de HIV entre as parteras, Brasil, ESP, Estudo serológico parteras, 2004 (MS)

| Região                | Taxa de Prevalência (%) | Erro Padrão (%) |
|-----------------------|-------------------------|-----------------|
| BRASIL                | 0,413                   | 0,0612          |
| Estado de São Paulo   | 0,494                   | 0,085           |
| Grande São Paulo      | 0,406                   | 0,0921          |
| Interior de São Paulo | 0,702                   | 0,1854          |

Flávia Gonçalves

Estimativa de soroprevalência do HIV gestantes (SP: 0,42%)



São Paulo: (2007)

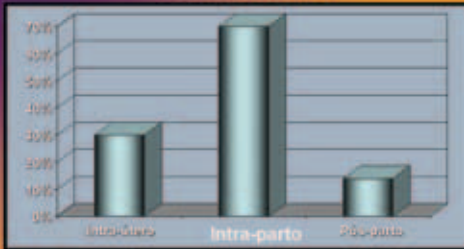
- População = 40 milhões de habitantes
- Partos = 600.000 por ano
- No. estimado casos HIV em gestantes/ano = 3.190
- Uso de AZT-IV = 2.517 (78%)

© FUNDACIÃO DE EMBO

Flávia Gonçalves



## Período da Transmissão Vertical do HIV



Russkova et al., Am J Epidemiol, 1985, 142(12): 1239-57  
 Bertoli et al., J Infect Dis, 1996, 174:722-26  
 Karickhoff et al., J Infect Dis, 1987, 175: 712-15

Flávia Corrêa

## Uso de AZT Profilático na Gravidez Protocolo 075

- Durante a Gestação:
  - Iniciar após a 14ª semana
  - Dose: 300mg- 2x / dia - VO
- Durante o Trabalho de Parto:
  - Dose de ataque: 2mg/kg/3h. Hora - EV
  - Dose de manutenção: 1mg/kg/6h - EV
- Recém Nato:
  - Iniciar nas primeiras 2 horas de vida
  - Dose: 2mg/kg - VO - 42h, durante 9 semanas

Flávia Corrêa

## Avaliação Clínico-Infecçológica

- Carga Viral (PCR-RNA)
  - Na 1ª consulta após o resultado anti-HIV
  - Após 34 semanas
- Contagem de CD4+
- Ideal: avaliação trimestral de CD4 e CV
- Hemograma

## Avaliação Obstétrica

- Pré-natal – rotina básica

Flávia Corrêa

## Recomendações para Profilaxia da TV do HIV e TARV em Gestantes

### Terapia tripla combinada:

**AZT** + **3TC (lamivudina)** 150 mg 12/12h  
 + **NVP (nevirapina)** ou **NFV (nelfinavir)**  
 200 mg 12/12 h      1250 mg 12/12 h

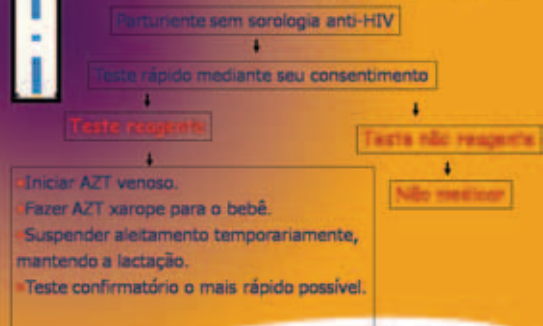
Flávia Corrêa

## Recomendações para Profilaxia da TV do HIV e TARV em Gestantes

- Genótipo: Diagnóstico de Gestante em risco de HIV, em estado TARV
- Manter esquema terapêutico em caso de falhas
  - Exceto se contraindicado, continuar com o esquema de gestação (hidroxuréia, efavirenz e zalcitabina [AZT])
- AZT deve sempre constar o esquema de tratamento
- Exceção: esquemas terapêuticos com estavudina (d4T) nesse caso
  - AZT substituído durante o período de parto e parto
  - substituição de AZT deve ser feita no recém-nascido

Flávia Corrêa

## Teste anti-HIV no pré-parto



Flávia Corrêa

## Via de Parto Critérios para a escolha

| Cenário  |   | Recomendações   |
|--|---|---|
| Carga viral                                      | Idade gestacional<br>(na ocasião da aferição) |   |
| => 1.000 cópias/ml<br>eletiva<br>ou desconhecida | ≥ 34 semanas                                  | <b>Cesárea</b>  |
| < 1.000 cópias/ml                                | ≥ 34 semanas                                  | <b>Indicação<br/>Obstétrica</b><br>(Parto vaginal ou Cesárea) |

PARCELOS CONJUGAIS

## Conduta no Trabalho de Parto e Parto

- Evitar Amniotomia
- Acelerar Trabalho de Parto com Distócidas
- Evitar Episiotomia
- Ligadura Imediata do Cordão Umbilical
- Limpeza da Superfície Corporal do Bebê, com água e sabão
- Aplicação das VAS, com cuidado, se necessário

PARCELOS CONJUGAIS

## Condutas no Puerpério

- Ablactação
- Follow-up de longa duração (Clínico e Epidemiológico)
- Contraceção
- Reforçar comportamento de sexo seguro
- Reforçar adesência ao tratamento
- Cuidados com RN exposto (Profilaxia e Diagnóstico) - Serviço de referência
- Notificação de gestante (RNI) e do recém-nascido

PARCELOS CONJUGAIS

## Estratégias de Prevenção



- Aconselhamento da Testagem no Pré-Natal
- Prevenção, Rastreamento e Tratamento de Outras Infecções
- Protocolo 076 Completo (3 fases)
- Profilaxia expandida
- Profilaxia no Trabalho de Parto
- Condutas no Trabalho de Parto
- Cesariana Eletiva em Casos Selecionados
- Profilaxia Pós-Exposição no RN
- Evitar a Amamentação
- Apoio Emocional e Familiar

PARCELOS CONJUGAIS

## LEGISLAÇÃO

❑ **Lei 9313, 13/11/96** - dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS e portaria 874, 03/07/97, definindo competências.

❑ **RESOLUÇÃO CREMESP N° 95, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000**

Artigo 1º - É dever do médico solicitar à mulher, durante o acompanhamento pré-natal, a realização do exame para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardado o sigilo profissional.

❑ **RESOLUÇÃO CFM N° 1.665, DE 7 DE MAIO DE 2003**

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.  
Parágrafo 1º - Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

Art. 5º - É dever do médico solicitar à gestante, durante o acompanhamento pré-natal, a realização de exame para detecção de infecção por HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardando o sigilo profissional.

NASCER COM EQUIDADE

## PORTARIAS

❑ **Portaria 09, 05/07/2000** estabelece o processo de adesão ao Programa de Humanização no Pré-Natal

❑ **Portaria 1071, 09/07/2003** disponibiliza fórmula infantil para crianças expostas durante os 6 primeiros meses de vida

❑ **Portaria 822, 27/06/03** incluindo na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS:

- - teste rápido para HIV
- - microhemaglutinação para o diagnóstico da sífilis
- - inibidor de lactação em puérperas HIV+

NASCER COM EQUIDADE

## Plano de Eliminação da Sífilis Congênita

### Elaboração:

Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Vigilância Epidemiológica  
Centro de Vigilância Sanitária  
Instituto Adolfo Lutz  
Saúde da Mulher  
Saúde da Criança  
Atenção Básica à Saúde  
Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
Programa Estadual de DST/AIDS

SAÚDE CONGÊNITA

## Plano de Eliminação da Sífilis Congênita

### OBJETIVO:

REDUZIR A INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA  
NO ESTADO DE SÃO PAULO,  
A NÍVEIS INFERIORES A UM CASO PARA CADA MIL NASCIDOS VIVOS,  
ATÉ 2012.

SAÚDE CONGÊNITA



Junho de 2007: realizado **evento de divulgação do plano** com participação de 600 gestantes e técnicas de rede de saúde ([www.saude.sp.gov.br/](http://www.saude.sp.gov.br/)).



A partir do evento acima, até o momento, cerca de 4.000 gestantes e técnicas de várias regiões do Estado, tiveram acesso ao **conhecimento** técnico e do plano.



Distribuídas 100 mil **materiais informativos**, visando a orientação e sensibilização das técnicas de saúde para a magnitude da sífilis congênita e, consequentemente, da sífilis congênita.



Publicadas duas notas técnicas: 1) recomendação do acompanhamento de consulta de **pré-natal para as parceiras sexuais** de risco ao pré-natal; 2) recomendação para a **realização de teste triplonêmico** no contexto de teste não-treponêmico reagente. Ambos disponíveis em **Folheta 208** do Ministério de Saúde, de 19 de janeiro de 2008, por meio eletrônico no endereço na rede de Atenção Básica à Saúde.

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Diário Oficial</b>                                | Poder Executivo |
| <b>Estado de São Paulo</b>                           | Sessão 1        |
| Publicação Especializada                             |                 |
| Nº 230 - DO de 19/12/07 - p.14 (Nota Técnica 4/2007) |                 |

|   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Diário Oficial</b>                               | Poder Executivo |
| <b>Estado de São Paulo</b>                          | Sessão 1        |
| Publicação Especializada                            |                 |
| Nº 185 - DO de 24/05/07 (Nota Técnica CO- 001/2007) |                 |

SAÚDE CONGÊNITA



Apresentação da magnitude da transmissão vertical do HIV e da sífilis para operadoras de atenção de saúde do Estado, situação oportunizada pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Este trabalho conjuntou esforços tendo continuidade em um projeto de avaliação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no estado de São Paulo.



SAÚDE CONGÊNITA

Impressão de **folheto** a ser distribuído para todos os médicos cadastrados no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp).



Impressão de **folheto** e cartazes destinados à população de gestantes e seus parceiros sexuais.

SAÚDE CONGÊNITA



## PORTARIA

- Portaria MS-SAS 388 de 06/07/2005 – (suspensa provisoriamente) - Determina que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotem em conjunto com os municípios, as providências necessárias para organizar e implantar as redes estaduais, municipais e do Distrito Federal de Atenção em Reprodução Humana Assistida

BRASIL CONSCIENTE

## Desafios - Criança Transmissão Vertical do HIV

- Revelação
- Abordagem do Adolescente
- Adesão
- Falha Terapêutica
- Resistência
- Oportunidades Perdidas
- Saúde/Direito Reprodutivo
- Desconhecimento/Não Atualização
- Alta Dinamicidade



BRASIL CONSCIENTE

## O ENFRENTAMENTO DESIGUAL DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS

Incidência de SC, ESR, 2000-2005



Casos Notificados (1000) por Tq  
ESR (1980-2005)



Fonte: SINAN 2006

BRASIL CONSCIENTE



## SÍFILIS CONGÊNITA: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo

BRASIL CONSCIENTE

### CONSIDERANDO:

- que a Sífilis Congênita é uma doença perfeitamente prevenível, isto é, tem o seu agente etiológico bem definido, modo de transmissão conhecido e terapêutica efetiva;
- a ocorrência de aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal em 40% de crianças infectadas a partir de mães não tratadas;

BRASIL CONSCIENTE

### CONSIDERANDO:

- que o projeto sentinela de 2004 indica a seroprevalência de *Treponema pallidum* de 1,0% entre os parturientes atendidos nos serviços públicos;
- que a Sífilis Congênita é uma doença de notificação compulsória, a partir da Portaria nº 342, de 22-12-99, do Ministério de Saúde;
- a resolução complementar de Gabinete com Sífilis (Protocolo 02-99 de 02/07/2004).

BRASIL CONSCIENTE



- Elaboração de **materiais instrucionais** em idiomas diferentes (português, técnico-informativo, paralelamente e acessível) de três processos de educação permanente.



- Disponibilização de documentos, apresentações, **novidades/experiências exitosas** do site do Programa Estadual de DST/AIDS ([www.ori.saodsp.gov.br](http://www.ori.saodsp.gov.br)) em idioma de inclusão e **divulgar informações** por meio de vídeos, cartazes, folders locais de trabalho.



- Elaboração e validação de **indicadores para a monitoramento e avaliação do Plano** em conjunto com os proprietários dos serviços de atenção à PIH - Exatop.

©2012 CONAS/SP



- Acessoria aos municípios e regiões de **apresentação de eventos** para a divulgação do Plano e discussões técnicas sempre em português, assim como para a detecção de **oportunidades parâmetros** no atendimento dos **serviços de atendimento** e consequente divulgação de estratégias adotadas, sempre de acordo com as especificações locais.

- Realização de reuniões de **controle da realização do plano**, por **materiais e notificação negativa de ações realizadas com materiais** na Comissão Intergestores Regionais, em março de 2012.

- Convenção de reunião de grupo educador do plano para o **envolvimento e acesso** do **serviço de atenção às IST/AIDS**.

©2012 CONAS/SP



### DESAFIOS PARA A CONTINUIDADE E SUCESSO



- Sensibilizar e/ou continuar sensibilizando a **gestão local** com o sucesso da proposta do Plano.
- Estabelecer **fluxogramas locais** (horizontais ou verticais) para a adequada operacionalização do Plano.
- Desenvolver e testar **iniciativas na rede de atenção básica**.
- Garantir **“sucesso”** de divulgação de novas aplicações de ações, em todas as níveis de atuação, tanto por **estratégias locais** como por **oportunidades parâmetros**.

©2012 CONAS/SP



### DESAFIOS PARA A CONTINUIDADE E SUCESSO



- Sistematizar o **monitoramento e avaliação** do Plano local.
- Fortalecer o trabalho conjunto de **todas as áreas** institucionalizadas envolvidas no Plano.
- Garantir o atendimento de **“qualidade”** técnica e pedagógica.
- Incentivar a participação de **associação civil**.
- Continuar estimulando o **compromisso** de todo **“todo 2012”** no sucesso do Plano.

©2012 CONAS/SP

### DEFINIÇÕES PARA A ATENÇÃO

Atenção Primária em Saúde – APS

- Interface com: Área da Mulher, Maternidade, Saúde da Criança, Saúde da Saúde, PACS/PSF, Laboratório, Serviço de Cuidado Urgente, Órgãos Formadores – competição de um grupo de trabalho.
- Oferecer um pré-natal precoce a **todas as gestantes**.
- Deteção precoce de **diagnóstico** e **prevenção** de **diagnóstico** laboratorial com aconselhamento.
- Disponibilizar **medicamentos**.
- Atenção **permanente**.
- Implementar **serviço de prevenção e controle**.

©2012 CONAS/SP



A transmissão vertical de HIV/AIDS deve ser considerado um evento sentinela



Cada criança infectada por transmissão vertical pode representar uma falha na identificação da gestante infectada ou na aplicação das medidas profiláticas para diminuir a transmissão.

©2012 CONAS/SP

Plano Integrado de Enfrentamento da Fertilização da Epidemia de Aids e outras DST



UNIVERSIDADE

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

HEPATITE B

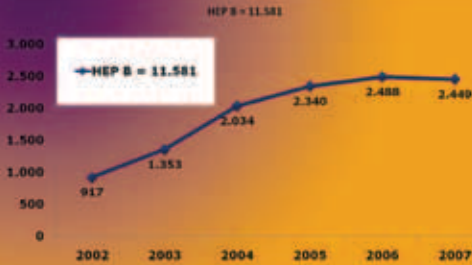
2 bilhões de infectados

350 milhões de portadores crônicos

Fonte: OMS (www.who.int)

UNIVERSIDADE

Número de casos notificados de Hepatites Virais # Estado de São Paulo - 2002 A 2007\*



Fonte: OMS (10). \* Dados provisionais de 2007/06.

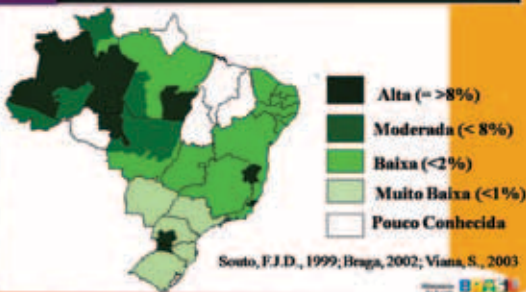
UNIVERSIDADE

Distribuição Geográfica Vírus da Hepatite B 400 milhões



UNIVERSIDADE

Prevalência de Marcadores do VHB por UF, Brasil.



UNIVERSIDADE

Infecção pelo VHB Concentração de VHB

|          |   |
|----------|---|
| ALTA     | sangue<br>exsudatos                                 |
| MODERADA | sêmen<br>fluido vaginal<br>saliva                   |
| BAIXA    | urina<br>fezes<br>suor<br>lágrimas<br>leite materno |

## Mecanismos de Transmissão -VHB

- ✓ Transmissão mãe para filho
- ✓ Transusão de sangue e derivadas
- ✓ Atividade Sexual
- ✓ Compartilhamento ou reutilização agulhas/seringas
- ✓ Exposição percutânea ou mucosa de sangue e fluidos corpóreos
- ✓ Transmissão Pessoa/Pessoa
- ✓ Hemodíalise

Quem consegue

## Transmissão perinatal da VHB

Exposição ao sangue e outros fluidos maternos momento do parto  
pequenas lacerações na placenta  
traumas relacionados ao parto

intra-útero 3%

no momento do parto 93%

AgHBs no 1º dia vida = 1% HB

AgHBs = entre 1 a 3 meses ao nascimento

Quem consegue

## Fatores relacionados à transmissão perinatal da VHB



Quem consegue

## Transmissão perinatal da VHB

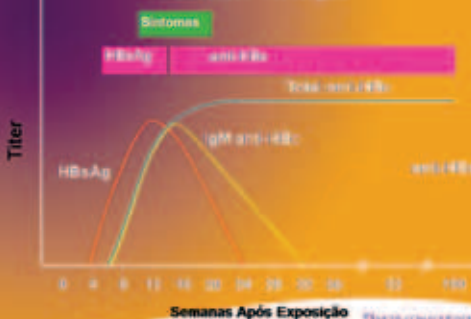
### Leite Materno

- O HBsAg pode ser detectado no LM de mães HBsAg+
- Estudos em Taiwan e Inglaterra demonstram que o aleitamento materno em filho apresenta o risco de infecção dos HB
- A profilaxia por vacinação com HBsM + vacina diminui o risco de transmissão viral através do aleitamento

Quem consegue

## Infecção VHB

### Evolução Sorológica



Quem consegue

## Vacinação para VHB

- Deve ser administrada em 3 doses (0, 1 e 6 meses), não há necessidade de reforços.
- É de indicação UNIVERSAL
- No Brasil: recém-nascidos, crianças até 1 ano de idade, adolescentes até 19 anos
- e pessoas com exposição maior ao VHB, tais como profissionais da área de saúde, pessoal envolvido em programas de doação, polímeros/têxteis, unidades de diálise, hemocentros, transfusões, indivíduos com doenças hepáticas crônicas e cirrose hepática.

Quem consegue



## Integração entre os serviços



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

### Por que notificar?



- NOTIFICAÇÃO – primeiro passo de 191 – fundamental no controle das doenças transmissíveis:
  - conhecimento do caso;
  - desencadeamento da investigação e dos métodos de prevenção e controle (farmacoterapia);
  - análise do comportamento epidemiológico da doença;
  - avaliação do impacto das intervenções adotadas;
  - definição de ações estratégicas de saúde;
  - avaliação dos resultados e prioridades.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Você pode ajudar o meu filho a nascer sem o HIV, e sem qualquer outra Infecção Congênita

**SEMPRE É TEMPO PARA AGIR!!**

F:PEDST/AIDS-SP



## *Diabetes gestacional – conceitos*

Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB), diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos.

A incidência de DMG é de 3% a 7%, variando de acordo com a população estudada e com os critérios diagnósticos utilizados. Nos Estados Unidos, são diagnosticados 135.000 novos casos por ano, tendo uma prevalência de 1,4% a 2,8% nas populações de baixo risco e de 3,3% a 6,1% nas populações de alto risco.

---

\* Enfermeira graduada pela Unifesp, mestre em Psicologia Experimental pela PUC/SP, doutora em Química pela USP/SP, assessora técnica do Ambulatório de Diabetes da Sociedade Israelita Albert Einstein e membro: Federation of European Nurses in Diabetes (FEND), American Association of American Educators (AADE), Diabetes Education Study Group (DESG) e American Diabetes Education (ADA).

No Brasil, estima-se prevalência de 2,4% a 7,2%, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico. Devido a implicações éticas, estudos aleatorizados a respeito do DMG são raros, e, sendo assim, as recomendações existentes hoje são em grande parte sustentadas por estudos com outro tipo de desenho.

A DMG não tratada eleva o risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico, além do risco de pré-eclâmpsia.

Com relação ao feto, além da macrossomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea encontra-se fortemente aumentado.

O resultado perinatal está diretamente relacionado ao controle metabólico materno, com evidência de 52,4% de macrossomia, 14,3% de óbito fetal e 8,2% de más-formações em gestantes com controle metabólico não adequado, caracterizado por média glicêmica superior a 130 mg/dl realizado entre a 24ª e 28ª semanas de gestação.

A dosagem da glicemia plasmática em jejum pode ser utilizada como rastreamento e diagnóstico de DMG. A associação glicemia de jejum (GJ) + fator de risco (FR) é método alternativo de rastreamento, orientado pelo Ministério da Saúde do Brasil, considerando a praticidade e o baixo custo, pois a GJ é exame de rotina e a investigação de riscos para DMG é obrigatória na anamnese da primeira consulta no pré-natal.

O teste inicial recomendado pelo Ministério da Saúde para a triagem de DMG é a dosagem da glicemia plasmática uma hora após teste oral com 50 g de dextrosol, devendo ser realizado entre a 24ª e 28ª semanas de gestação. São aceitos como valores de corte tanto 140 mg/dl quanto 130 mg/dl, com cerca de 80% e 90% de sensibilidade, respectivamente.

A Diretriz Técnica para rastreamento e diagnóstico da diabetes gestacional proposta pela SES/SP recomenda:

- A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o DMG, independentemente da presença de fatores de risco. O resultado deve ser interpretado segundo o esquema da Figura 1. Se a gestante está no 1º trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose;
- A GJ com valor maior ou igual a 85 mg/dL, ou a presença de fator de risco para DMG, indica a realização de TOTG 75 g (2h);

- Assim que possível, se esse exame resultar em valores normais, ou pelo menos um alterado, indicar repetição com 28 semanas de idade gestacional.
- Nos casos com glicemia de jejum menor que 85 mg/dL, repetir apenas GJ na 28ª semana.

Considera-se diabetes quando duas glicemias de jejum apresentarem valor maior ou igual a 126 mg/dL, ou dois valores estiverem alterados no TOTG 75 g (2h).

### **CrITÉRIOS laboratoriais para o diagnóstico de diabetes**

Duas Glicemias de jejum > 126 mg/dL ou

Dois valores alterados no teste de tolerância oral à glicose

Valores-limites para o teste de tolerância à glicose 75 g

Jejum → 95 mg/dL

1 Hora → 180 mg/dL

2 horas → 155 mg/dL

O fluxograma da Figura 1 demonstra rastreamento sugerido.

**Figura 1** – Fluxograma para rastreamento do diabetes na gravidez

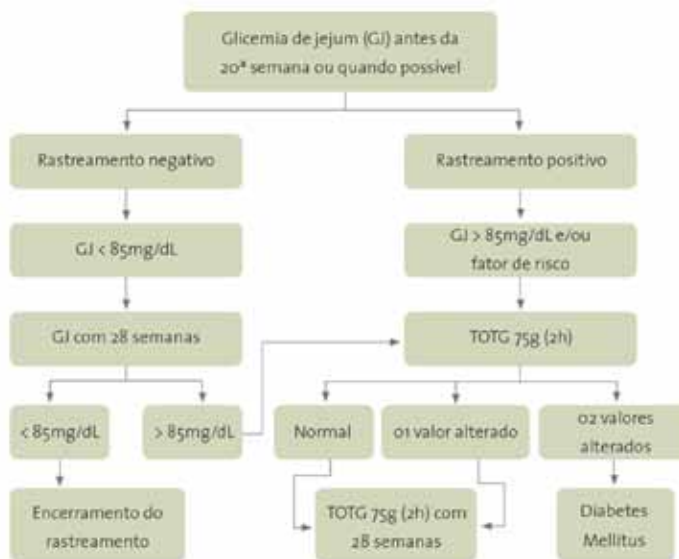


Tabela 1

| Fatores de risco e fatores protetores para DMG   |  |
|--|--|
| Fatores de risco para DMG  | Fatores protetores para DMG  |
| Obesidade e sobrepeso<br>História familiar de diabetes<br>Síndrome do ovário policístico<br>Ganho excessivo de peso durante a gestação<br>Complicações obstétricas prévias<br>Idade > 25 anos<br>Baixa estatura<br>Tabagismo | Peso normal antes da gestação<br>Idade < 25 anos<br>História familiar negativa para diabetes<br>Ausência de complicações obstétricas prévias |

Fonte: SBD, 2010

As metas para o tratamento são:

O tratamento alimentar não deve focar dietas abaixo de 1.200 kcal/dia ou com restrição de mais de 50% do metabolismo basal, pois estão relacionadas com desenvolvimento de cetose.

A grávida portadora de DMG deve fazer aproximadamente seis refeições por dia, sendo três principais e três lanches. O lanche noturno é importante para evitar a cetose durante o sono.

Grávidas obesas devem ser submetidas a leve restrição calórica, com total de 25 kcal/kg de peso atual por dia. Grávidas com peso normal devem ser orientadas a ingerir um total calórico diário em torno de 30 kcal/kg de peso, e grávidas de baixo peso, 35 kcal/kg. No 2º e no 3º trimestre de gestação, devem-se adicionar 300 kcal por dia. O valor calórico total deve ser bem distribuído durante o dia, com 15% no café da manhã, 10% na colação, 30% no almoço, 10% no lanche da tarde, 25% no jantar e 10% na ceia.

A insulinição é indicada quando:

- Jejum > 90 mg/dl e qualquer pós-prandial > 130 mg/dl na vigência de dieta exclusiva, com dose inicial calculada pela seguinte fórmula;
- Após uma semana de adoção das medidas dietéticas sem atingir o alvo de tratamento;

- Parâmetros ultrassonográficos indicativos de macrosomia ou polidrânio, mesmo na vigência de parâmetros laboratoriais adequados. A dose inicial deve ser calculada pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Jejum} - 90}{4}$$

Deve-se dar preferência à insulina humana em detrimento da animal, pelo fato de a primeira ser menos imunogênica, prevenindo a formação de anticorpos, os quais ultrapassam a barreira placentária.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a insulina lispro não é encontrada na circulação fetal e do uso clínico esporádico em gestantes, ainda não existem evidências que embasam essa conduta. Não existem trabalhos sobre o uso seguro de análogos de insulina em gestantes.

Não existem evidências que justifiquem ou embasem o uso de anti-hiperglicemiantes durante a gestação. Entretanto, um estudo sobre o uso do gliburide, sulfonilureia de segunda geração, que não cruza a placenta, demonstrou ação comparável à insulina e necessidade de substituição por insulina em menos de 10% das diabéticas randomizadas, porém o uso de drogas orais em gestantes diabéticas ainda não foi aprovado, sendo necessários mais estudos para estabelecer a segurança desse tipo de terapia.

Feito o diagnóstico de diabetes, a mulher deve ser encaminhada a uma unidade de referência para gestação de alto risco para acompanhamento do pré-natal. Da mesma forma, a assistência ao parto deve ser realizada em maternidades de referência para alto risco para que se adotem as medidas terapêuticas adequadas a cada caso.

### ***Humanização no parto e nascimento: questões étnico-raciais e de gênero***

O preconceito e a discriminação racial têm sido objeto de análise pelos cientistas sociais no Brasil, em especial o impacto que esses fenômenos produzem na dinâmica das relações sociais. Com relação ao campo da saúde, os estudos são mais recentes e, sobretudo, mais difíceis de serem realizados, não apenas pela dificuldade de pesquisar o intrincado campo das relações sociais (clientela/profissionais de saúde; clientela/serviços de saúde), mas também no

que se refere à aplicação de metodologias adequadas que deem conta de revelar discriminação, racismo e outros processos que produzem exclusão social.

As modalidades pelas quais a discriminação se expressa na área de saúde nunca são diretas e evidentes, são envolvidas nas relações sociais e econômicas que estruturam e determinam o processo saúde-doença.

É fácil constatar que o acesso aos serviços de saúde varia para os diferentes grupos que compõem a população, com maior desvantagem para os negros, e que os diferentes níveis de reprodução da desigualdade social e de saúde têm suas origens fortemente fincadas no gênero, raça e classe.

A consequência é o menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica, e também maiores riscos de contrair determinados grupos de doenças – e morrer por causa delas – cujas causas são evitáveis.

Um estudo identifica que, além da inadequação encontrada no atendimento do pré-natal, a peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as pretas, 28,8% entre as pardas e 18,5% entre as brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal em ambos os grupos; contudo, a proporção de puerperas que não teve acesso a esse procedimento foi maior entre as pretas e pardas – 21,8% e 16,4%, respectivamente.

Desse modo, é possível afirmar que a presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resulta na diminuição do acesso e na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras.

As práticas discriminatórias são indesejáveis e passíveis de punição nos termos da lei, entretanto, a sub-representação de negros e indígenas entre cuidadores de nível superior e a falta de “habilidade” para o manejo de raça e etnia dificultam a identificação de estratégias de discriminação racial evidentes, porém eficientes.

## *Diabetes gestacional – epidemiologia na população negra*

As mulheres negras têm 50% mais chances de desenvolver diabetes que as mulheres brancas. Além disso, nos indivíduos com diabetes a ocorrência de hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Portanto, as mulheres diabéticas estão mais expostas à gravidez de alto risco, tanto pela presença do diabetes quanto da hipertensão. O diabetes gestacional afeta até 14% de todas as mulheres grávidas em todo o mundo. É mais comum na população negra, latina e nas mulheres asiáticas do que em caucasianas (brancas).

Quando se fala em morte materna é importante dizer, primeiramente, que



se refere aos óbitos que ocorrem durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação. No caso das negras, vale ressaltar que as principais razões estão ligadas à predisposição biológica para certas doenças, como a hipertensão arterial e o diabetes, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltados para os riscos específicos da raça.

Interessante a observação de que em mulheres negras, da cidade de Salvador, a prevalência de diabetes e de intolerância à glicose é maior do que em mulheres brancas (mesmo sendo mulheres obesas, não houve relação com os diferentes valores de IMC entre brancas e negras). Embora se saiba que não há na população brasileira uma identificação rígida de cor, dada a alta taxa de miscigenação, o estudo da prevalência de diabetes de 1987 não demonstrou diferença entre a população negra e branca, embora tenha demonstrado entre os negros uma menor frequência de diagnóstico prévio de DM e de história familiar e maior frequência de obesidade. Além da importância de se conhecer os fatores determinantes da maior prevalência de DM na população negra, e do maior coeficiente de morbimortalidade por diabetes nesse grupo étnico, há que se conscientizar a comunidade negra sobre esse importante problema de saúde.

### ***Como o SUS pode acolher e atender com qualidade gestantes e recém-nascidos negros***

- Ações educativas: a gestante deve ser orientada sobre os riscos, como identificar precocemente os sintomas e os cuidados necessários na hipertensão arterial e diabetes mellitus. É preciso enfatizar também a necessidade da triagem neonatal, que inclui o diagnóstico da anemia falciforme.
- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde: incluir conteúdos sobre diferenciais étnico-raciais nas condições de vida e na saúde da população nas capacitações de profissionais da rede básica e dos serviços de referência e das maternidades.
- “Quesito cor” nos documentos e sistemas de informação do SUS: incluir a informação sobre a cor nos sistemas de informação e nos documentos do SUS.
- Pré-natal: é fundamental garantir que seja aferida a pressão arterial de todas as gestantes em todas as consultas de pré-natal. Caso haja qualquer alteração nos níveis de pressão das

gestantes negras, é necessário dar atenção especial, com o devido acompanhamento e encaminhamento para serviços de alto risco. Atentar também para resultados de glicemia, garantindo a realização de todos os exames de rotina.

### *Instruções para minimização dos riscos*

Normalmente o diabetes gestacional não pode ser prevenido. Porém, mulheres que estão acima do peso durante a gravidez têm um risco mais alto de desenvolver a doença, e o controle cuidadoso do peso antes da gravidez pode reduzir esse risco. Não são recomendadas dietas hipocalóricas durante a gravidez, porque a nutrição adequada é importante para o feto.

Complicações do diabetes gestacional podem ser prevenidas controlando cuidadosamente a glicemia e com acompanhamento frequente do obstetra ao longo da gravidez nas consultas pré-natais.

Depois da gravidez, existe o risco de desenvolver o diabetes tipo 2. Exercícios regulares e uma dieta de baixas calorias têm se mostrado eficazes para reduzir o risco de diabetes em pessoas que têm risco alto para a doença. O uso de medicamentos pode ajudar a prevenir o diabetes em mulheres que apresentaram os níveis de glicose no sangue um pouco elevados fora da gravidez, mas que não têm níveis altos o bastante para serem rotuladas de diabéticas.

Para maiores explicações consulte o “Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – 2010”.

## Referências bibliográficas

- American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004; 27 (Suppl 1): S88-90.
- Ayach W, Calderon IMP, Rudge MVC, Costa RAA. Associação glicemia de jejum e fatores de risco como teste para rastreamento do diabetes gestacional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2005;5: 329-35.
- Batista CB, Silva LR. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. *Revista de Enfermagem* 2007; 11 (2):268-75.
- Belfort R e Oliveira JEP. Mortalidade por diabetes mellitus e outras causas no Município do Rio de Janeiro. Diferenças por sexo e idade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2001; 45 (5):460-6.
- Bild A. *et al.* Lower extremity amputation in people with diabetes: epidemiology and prevention. *Diabetes Care* 1989; 12:24-31.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal de baixo risco (Manual técnico). Brasília, DF, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- Brito IC, Lopes AA, Araújo LMB. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas em Salvador, Bahia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2001;45(5): 475-80.
- Brody SC, Harris R, Lohr K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Obstetrics & Gynecology* 2003;101:380-92.
- Carreteiro TC. Sofrimentos sociais em debate. *Revista Psicologia USP* 2003; 14(3): 57-72.
- Centers for Disease Control. Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects. *MMWR Recommendations and Reports* 1992;41: 1-7.
- Convenção Internacional sobre eliminação de todas as formas de discriminação racial, 1968.

- Cruz ICF. Saúde da mulher negra: ações afirmativas para a mulher no período perinatal. (Online) Braz J Nurs. Acesso em: 20 out. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing>>
- Davidson MB. Quality and the art of diabetes maintenance. Professional section. Quartely News from the American Diabetes Association, 1997.
- Fernandes TJ, Bernardini EMT, Morais IC, Castilho C, Halfoun VLRC. Capilaroscopia da prega ungueal em crianças com diabetes mellitus tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab 2001;45(5):441-6.
- Ferreira, R. F. Uma história de lutas e vitórias: a construção da identidade de um afro-descendente brasileiro. São Paulo, 1999a. 281 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo
- Franco LJ. Diabetes in Brazil: a review of recent survey data. Ethnicity & Disease 1992; 2:158-75.
- Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A, *et al.* Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care 2002; 25:148-98.
- Hanna FW, Peters JR. Screening for gestational diabetes; past, present and future. Diabet Med 2002;19:351-8.
- Joslin. Diabetes Center and Joslin Clinic. Guideline for detection and Management of Diabetes in Pregnancy. Communication Department 2003;617-732-2695.
- Kjos SL, Peters RK, Xiang A, Thomas D, Schaefer U, Buchanan TA. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latin women with prior gestational diabetes mellitus. JAMA 1998; 280:533-8.
- Leal MC, Gama SGNC, Cunha CB. Desigualdades raciais, sóciodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. Rev Saúde Publica 2005; 39(1):100-07.
- Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2000.
- Lopes F. Raça, saúde e vulnerabilidade. Bol Instituto de Saúde 2003; 31: 7-11.
- MacNeill S, Dodds L, Hamilton DC, Armson BA, VandenHof M. Rates and risk factors for recurrence of gestational diabetes. Diabetes Care 2001;24:659-62.
- Mazze RS *et al.* Staged Diabetes Management: a systematic evidence-based

- approach to the prevention and treatment of diabetes and its co-morbidities. *Pract Diab Int* 2001;18 (7) (suppl):S1-S16.
- Milman MHAS, Leme CBM, Borelli DT, Kater FR, Baccili ECDC, Rocha RCM, *et al.* Pé diabético: Avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001;45 (5):447-51.
- Moreira D. Relatório do Encontro Nacional de Mulheres Negras. Belo Horizonte, jul. 2001.
- Peters AL *et al.* Quality of outpatient care provided to diabetic patients. *Diabetes Care* 1996;19:601.
- Pettitt DJ. The 75-g oral glucose tolerance test in pregnancy. *Diabetes Care* 2001;24:1129.
- Reichelt AJ, Oppermann MLR, Schmidt MI. Recomendações da 2ª. Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2002, vol.46, n.5, pp. 574-581.
- Reichelt AJ, Spichler ER, Branchtein L, Nucci LB, Franco LJ, Schmidt MI. Fasting plasma glucose is a useful test for the detection of gestational diabetes. Brazilian Study of Gestational Diabetes (EBDG) Working Group. *Diabetes Care*, 1998;21:1246-9.
- Rudge MVC, Amaral MJ. (eds.) *Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2004. v. III.
- Rudge MVC, Calderon IMP, Ramos MD, Maestá I, Souza LMS, Peraçoli JC. Perspectiva perinatal decorrente do rígido controle pré-natal em gestações complicadas pelo diabete. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1995;17:26-32.
- Safiotti H. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa ACB. (Org.) *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Tempo, 1992. p. 183-215.
- Schmidt MI, Duncan BB, Reichelt AJ, Branchtein L, Matos MC, Costa e Forti A, *et al.* Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75-g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. *Diabetes Care* 2001;24:1151-5.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério*, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010.

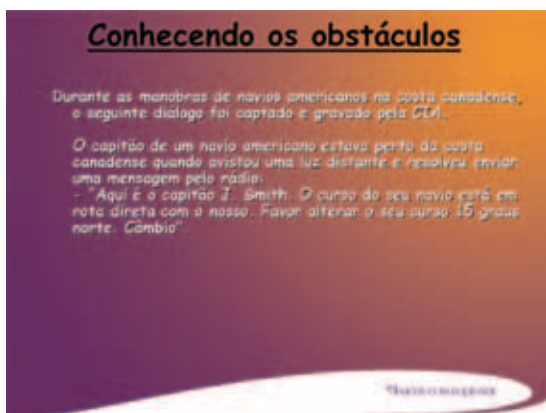
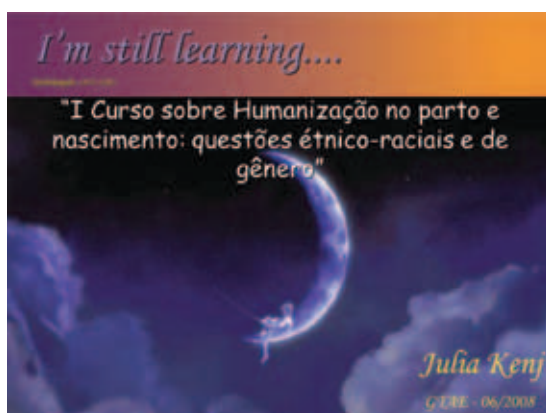
Silva AC. A discriminação do negro no livro didático. 2. ed. Salvador: EdUFBA, 2004.

Silva MR, Calderon IM, Gonçalves LC, Aragon FF, Padovani CR, Pimenta WP. Ocorrência de diabetes melito em mulheres com hiperglicemia em gestação prévia. Rev Saúde Pública 2003;37:345-50.

Yang X, Hsu-Hage B, Zhang H, Zhang C, Zhang Y, Zhang C. Women with impaired glucose tolerance during pregnancy have significantly poor pregnancy outcomes. Diabetes Care 2002; 25:1619-24.

# APRESENTAÇÕES

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.





## Conhecendo os obstáculos

O canadense respondeu:

- "Você é que está em rota de colisão conosco. Afiaram o seu cano 15 graus para sul".

O capitão americano ficou irritado e retrucou:

- "Não é que exigimos que você afiara o cano 15 graus para norte".

O canadense insistiu:

- "Afiaram o seu cano 15 graus para sul".

O capitão ficou irredutível, e ordenou, aos oficiais:

- "Agora é do US6 Lincoln o maior porta-aviões de guerra do Atlântico Norte, do Marinho Americano. Estamos em combate com mais duas fragatas, que destroem os numerosos navios de apoio. Não exigimos que você afiara seu cano 15 graus para norte. Estamos preparados para tomar todos os contratécnicos que forem necessários para garantir a segurança do combate. Combate".

BRUNO MAGALHÃES

## Conhecendo os obstáculos

E o canadense respondeu:

- "Aqui é o Fanal, Cãmbio".

Aprenda a conhecer os obstáculos que aparecem pela frente. Algumas vezes é preciso mudar de rota ou tomar outro caminho.

BRUNO MAGALHÃES

## Primeira descrição

É um afeção notável, não muito frequente entre as hebreus, consistindo na derretimento dos membros e da carne em urina...

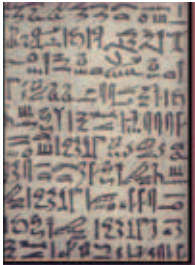
Os pacientes não param de urinar, sendo o fluxo incessante como a abertura dos aquedutos...

O paciente tem a vida curta...

Para mim, a doença lembra DIABETES (do grego - sífilis) porque o líquido não permanece no corpo, mas usa o corpo como um reservatório...

Areteus, século 2 AD

BRUNO MAGALHÃES



Papiro de Ebers  
1500 AC



1. A glicemia se altera o tempo todo para nos manter vivos.
2. Precisamos de glicose para produzirmos energia para as células.
3. A glicose chega na corrente sanguínea por dois caminhos.
  - a. Alimentação
  - b. Reserva.
4. Não basta termos glicose na corrente sanguínea, ela tem que entrar na célula para tanto é necessário a insulina.

É um grupo de doenças metabólicas, caracterizadas por defeito de secreção e ou de ação da insulina.

A hiperglicemia crônica está associada com complicações micro e macrovasculares, ocasionando lesões, disfunções e falência de vários órgãos.

BRUNO MAGALHÃES



Regulação da concentração de glicose no sangue. A hiperglicemia é mantida pela ação contínua de dois hormônios pancreáticos: insulina e glucagon.

## Diabetes e Gravidez

- DM pré-existente
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)



BRUNO MAGALHÃES



## Diabetes mellitus gestacional (DMG)

- Intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, independente do nível glicêmico pós-parto.
- Pode significar o aparecimento do DMG durante a gravidez.
- Incidência: 4%, mais prevalente em negras e hispânicas.



BRUNO CHAGAS

## Fatores de risco:

- idade superior a 25 anos
- obesidade ou ganho de peso excessivo
- gordura centripeta
- histórico familiar
- baixa estatura (< 1,5 m)
- crescimento fetal excessivo, polidâmia
- hipertensão ou pré-eclâmpsia
- antecedentes de morte fetal ou neonatal, macrosomia ou diabetes gestacional

BRUNO CHAGAS

## Fisiopatologia



BRUNO CHAGAS

## Diabetes e gestação

QUANDO SE FALA EM DIABETES E GESTAÇÃO, DEVE-SE PENSAR EM 2 SITUAÇÕES:

### DIABETES PRÉ-GESTACIONAL

Diabetes diagnosticado antes da Gravidez.  
Podendo ser Tipo 1, Tipo 2, Pancreoprivo, Drogas ou outros.

### DIABETES GESTACIONAL

Diabetes diagnosticado pela primeira vez durante a gravidez.

Ambas situações merecem RESPEITO, tanto no diagnóstico, quanto no tratamento.

BRUNO CHAGAS

## Diabetes e gestação



BRUNO CHAGAS

## Diabetes e gestação

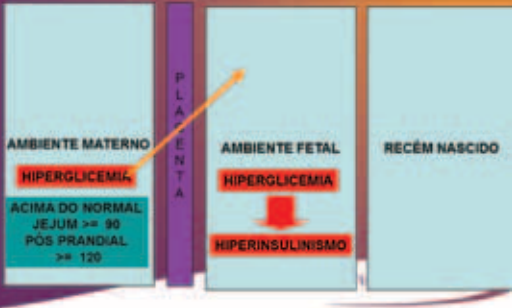
Anabolismo, captação de energia. Catabolismo, geração de energia.



BRUNO CHAGAS

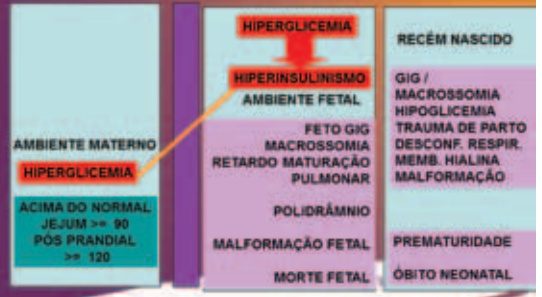
## Diabetes e gestação

### Repercussões perinatais



## Diabetes e gestação

### Repercussões perinatais



## Diabetes e gestação

QUANDO SE FALA EM DIABETES E GESTAÇÃO, DEVE-SE PENSAR EM 2 SITUAÇÕES:

### DIABETES PRÉ-GESTACIONAL

Diabetes diagnosticado antes da Gravidez, podendo ser Tipo 1, Tipo 2, Pancreopativo, Drogas ou outros.

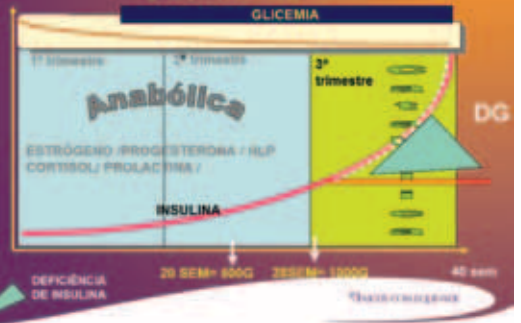
### DIABETES GESTACIONAL

Diabetes diagnosticado pela primeira vez durante a gravidez.

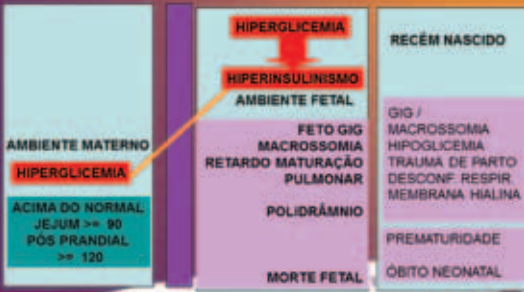
Ambas situações merecem RESPEITO, tanto no diagnóstico, quanto no tratamento.

## Diabetes e gestação

Anabolismo, captação de energia. *Colabore*  
geração de energia.



## Diabetes e gestação



## Tratamento

Objetivos:

- minimizar complicações fetais:  
glicemia de jejum  $< 99$  mg/dl



## Tratamento

### recomendações nutricionais:

- orientação alimentar,
- ganho de peso em torno de 300 a 400 g/sem a partir do segundo trimestre,
- uso de adoçantes artificiais com moderação.



Associação Brasileira de Diabetes

## Tratamento

### atividade física:

- incentivar exercícios físicos apropriados, de leve intensidade,
- respeitar as contra indicações obstétricas,
- restrição para mulheres com retinopatia, proteinúria alterada e hipertensão não controlada.



Associação Brasileira de Diabetes

## Tratamento

### controle glicêmico:

- 1 glicemia de jejum e 2 pós-prandiais semanais, medidas em laboratório,
- monitorização domiciliar de 3 a 7 vezes por dia, especialmente com o uso de insulina,
- uso de insulina se, após 2 semanas de dieta, os níveis glicêmicos permanecerem elevados:

- jejum > 105 mg/dl
- 2 horas pós-prandiais > 130mg/dl



Associação Brasileira de Diabetes

## Tratamento

### medicamentos:

- dose inicial de insulina de ação LENTA em torno de 0,5 U/kg, com ajustes individualizados,
- associar insulinas de ação intermediária e rápida, preferencialmente insulina humana,
- análogos (glargina, detemir, asparte e lispro) não são recomendados, assim como os antidiabéticos orais (glibenclamida e metformina).

Associação Brasileira de Diabetes

## Tratamento

### insulinoterapia:

- diminui o risco de macrosomia fetal e morbidade perinatal,

### antidiabéticos orais:

hipoglicemiantes orais são contra-indicados,

### acompanhamento:

- consultas médicas quinzenais até a 34ª semana e semanais depois desta data.

Associação Brasileira de Diabetes

## Pós- parto

- observar níveis de glicemia e orientar dieta saudável,
- estimular aleitamento materno,
- em caso de hiperglicemia, tratar com insulina,
- reavaliar tolerância a glicose a partir de 6 semanas após o parto, com glicemia de jejum ou teste oral com 75g de glicose,
- controles anuais.

BRASIL/2014/2015

## Complicações e riscos maternos

- Hipertensão arterial sistêmica: pré-existente.  
**Recomendações:** monitorização seriada da pressão, do ganho de peso e excreção urinária de proteína.
- Diabetes mellitus subsequente: 17 a 63% de DM2. Fatores de risco: obesidade, hiperglicemia durante a gestação ou logo após o mesmo, multiparidade e diagnóstico precoce de DMG.

BRASIL/2014/2015

## Classificação e definição de condutas

### Diabética sem complicação

- Compensada: parto na maturidade (terceiro).
- Não compensada: tentar compensar até a maturidade (+/- 37 sem).

### Diabética com complicação

- Compensada: parto na maturidade (busca segunda a complicação)
- Não compensada: individualizada

SANCOVSKI 93

BRASIL/2014/2015

## Diabetes e gestação

### MANUTENÇÃO DA NORMOGLICEMIA



Glicemia de jejum até 90 mg

Glicemia pós prandial até 120 mg



BRASIL/2014/2015

## Cuidados básicos

- Parto com indicação obstétrica.
- Acerto de doses de insulina no dia do parto (1/3 da dose do dia anterior)
- Acerto de doses no dia seguinte (1/3 da dose pré-gravídica)

BRASIL/2014/2015

## Diabetes Pré-gestacional

- Gestação de mulheres portadoras de diabetes tipo 1, 2 ou outro.
- programar a gestação para quando o diabetes estiver compensado.
- HbA1c normal ou até 1% acima da normalidade.
- avaliação e estabilização das complicações crônicas devem ser feitas antes da concepção.
- algumas complicações podem piorar (retinopatia, nefropatia, insuficiência renal).

BRASIL/2014/2015



## Diabetes Pré-gestacional

- Tratamento:
  - dieta alimentar;
  - atividades físicas, segundo recomendação;
  - intensificar esquemas de insulino-terapia, introduzir nas gestantes que não fazem uso de insulina;
  - glicemia capilar: ao menos 3x / dia ou perfil glicêmico semanal em laboratório.

BRUNO MULLER

## Diabetes Pré-gestacional

- Parto e pós-parto
  - conduta semelhante à mulher com DM2;
  - após o parto, diminuir a necessidade de insulina;
  - aplicar um terço da dose atual pré-gestacional na suplementação conforme necessidade;
  - readaptação da dose segundo controles glicêmicos;
  - adequação dieta e insulina às demandas da lactação.

BRUNO MULLER

## Diabetes e gestação

### • PLANEJAMENTO FAMILIAR

MÉTODOS DE BARREIRA  
MÉTODOS HORMONAIS: ACO, INJETÁVEL, ADESIVO, ANEL VAGINAL,  
DIU COBRE/ MEDICADO

ESTERILIZAÇÃO

BRUNO MULLER

## "UM ANO DE GRAVIDEZ"



BRUNO MULLER



Obrigado

BRUNO MULLER



# ASPECTOS EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

Cláudia Medeiros de Castro\*

Podemos considerar a maternidade como uma construção social em que aspectos históricos, valores da comunidade e do grupo social em que a mulher pertence criam um cenário no qual, em geral, há a expectativa de que a maternidade seja vivida como um acontecimento feliz, envolvido em uma aura de alegria e sentimentos de plenitude, uma vez que ser mãe ainda é visto por muitos em nossa cultura como o principal papel social da mulher. Portanto, o pai do bebê<sup>1</sup>, familiares, amigos e profissionais de saúde esperam que ao nascer, o bebê seja recebido por uma mãe sempre feliz, alegre, segura e totalmente disponível para os cuidados com seu filho.

Não há espaço para a manifestação de medo, tristeza, insegurança e muito menos sentimentos ambivalentes dirigidos ao bebê.

Entretanto, a literatura que aborda os aspectos emocionais da gestação nos informa que sentimentos ambivalentes quanto à gestação são muito comuns e dizem respeito a querer e, ao mesmo tempo, não querer a gravidez, mesmo em se tratando de uma gravidez planejada. Trata-se de um período em que, para a maioria das mulheres, é necessário realizar um grande trabalho psíquico para que possa viver as transformações físicas provocadas pela gravidez e investir psicologicamente no bebê que está sendo gestado.

---

\* Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica PUC-SP, doutora em Ciências CCD SES-SP, assessora técnica de Saúde da Mulher, SES-SP. Email: cmcastro@saude.sp.gov.br

<sup>1</sup> Usaremos o termo bebê por ser o termo usado em boa parte dos textos que adotam a perspectiva da Psicologia nos estudos que tratam do vínculo entre mãe e recém-nascido.

Durante a gestação, a maioria das mulheres imagina seus bebês como sendo aquele que irá satisfazer suas fantasias de perfeição e completude. Freud, no texto “Introdução ao narcisismo” usou a expressão “sua majestade o bebê”, para se referir ao desejo de perfeição e completude dirigido ao bebê e que diz respeito ao desejo de pais e mães de que os filhos possam superar suas próprias faltas e imperfeições (Freud, 1973).

Entretanto, quando o bebê nasce e é apresentado à mulher, em geral trata-se de um ser bem diferente daquele que povoa o imaginário materno. É necessário então que ela possa fazer um ajuste entre a imagem de bebê ideal, aquele de suas fantasias e o real, que lhe é apresentado logo após o parto. Ao mesmo tempo experimentará novas mudanças corporais, com o também necessário ajuste ao corpo não grávido. Terá ainda que satisfazer as necessidades do bebê e, se tiver mais filhos ou outras pessoas que dependam de seus cuidados, rapidamente reassumir suas tarefas cotidianas.

Algumas mulheres têm recursos internos (psíquicos) que lhes permitem realizar todos os ajustes necessários em pouco tempo e sem grande sofrimento psíquico; para outras é bem mais difícil lidar com as mudanças e precisam de ajuda da rede de apoio familiar e dos profissionais de saúde para que possam sentir que são suficientemente capazes de cuidar de seus bebês e de si próprias.

## **Alterações emocionais do puerpério**

O puerpério é um período de alterações emocionais provisórias, mas existem mulheres que vivenciam dificuldades maiores e apresentam importantes alterações do comportamento, os chamados transtornos emocionais do puerpério. As explicações para essas manifestações incluem desde as alterações hormonais até os sentimentos ambivalentes quanto à gravidez e a maternidade. Abaixo apresentamos as características de tais transtornos <sup>2</sup>:

### **Tristeza materna, também conhecida como *blues* puerperal ou *baby blues***

Manifestação mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como um estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no 30º dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas.

---

<sup>2</sup> Baseado no texto contido no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, publicação da SES/SP, 2010, baseado no texto Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/ Ministério da Saúde, 2006.



Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações de humor, falta de confiança em si própria e sentimentos de incapacidade.

### **Depressão pós-parto**

Menos frequente, manifesta-se em 10 e 15% das puérperas. Os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de culpa excessiva, desvalia, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimentos de inadequação e rejeição ao bebê.

### **Psicose puerperal**

Manifestação mais rara, ocorre entre 1 e 4 para cada 1000 nascimentos. O início é abrupto, os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, ou seja, quando a puérpera já se encontra fora da maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatorio delirante, grave e agudo, delírios que envolvem seus filhos, estado confusional e comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê. É necessário que se proceda ao encaminhamento para especialista em saúde mental.”

Os cuidados incluem orientação aos familiares, psicoterapia e/ou tratamento medicamentoso. Em alguns casos é necessário que provisoriamente outra pessoa assuma os cuidados com o bebê. É importante que familiares e profissionais de saúde estejam atentos às alterações de comportamento para que possam prover à mulher e ao bebê os melhores cuidados.

## ***Referências bibliográficas***

- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Freud S. Introduccion al narcisismo. In: Obras completas. Madri: Nueva; 1914/1973 v.2.
- Maldonado MTP. Psicologia da Gravidez. Petrópolis: Vozes; 1976.
- São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo: SES/SP; 2010.
- Soifer R. Gravidez, Parto e Puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.



# APRESENTAÇÕES

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.



## Os sentidos da gravidez, parto e puerpério



- Valorização da maternidade:
  - Historicamente valorizada
  - Caráter divino, sagrado, "santa mãezinha"
  - Principal função social da mulher (?)

## Gravidez

- Ambivalência
- Ansiedade
- Fantasias de morte e mal-formação do bebê
- Adaptação ao corpo grávido

## Parto

- Mudança decisiva para mãe e bebê
- Reativa a angústia do nascimento da própria gestante

## Puerpério

- Terá que se adaptar ao corpo não grávido
- Luto pelo bebê ideal
- Vínculo ao bebê real
- Mudanças hormonais e corporais importantes

© 2008 Elsevier

## Transtornos emocionais do puerpério

Puerpério: estado de alteração emocional provisório  
Transtornos de humor:

- Tristeza materna (*blues* puerperal, *baby blues*)
- Depressão pós-parto
- Psicose puerperal



O grito e Mãe e Bebê, Edward Munch

© 2008 Elsevier

## Tristeza materna (*blues* puerperal)

- Afeta entre 50 e 70% das mulheres
- Remissão espontânea em até 2 semanas
- Manifestações emocionais:
  - fragilidade;
  - hiperemotividade;
  - alterações do humor;
  - falta de confiança em si própria;
  - sentimentos de incapacidade, sente-se incapaz para cuidar do bebê, da casa, da família.

(Brasil, 2006)

© 2008 Elsevier

## Depressão pós-parto

- Afeta entre 10 e 15% das puérperas
- Sintomas:
  - perturbação do apetite,
  - Perturbações do sono,
  - decréscimo de energia,
  - sentimento de desvalia ou culpa excessiva,
  - pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida,
  - sentimento de inadequação e rejeição ao bebê

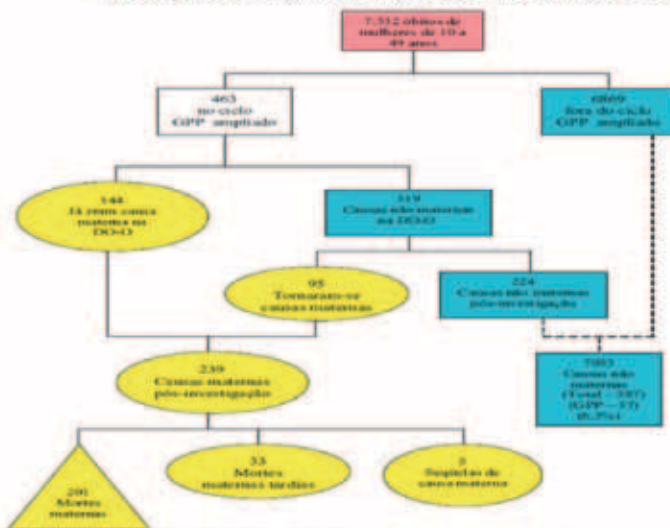
© 2008 Elsevier

## Depressão Pós-Parto

- Início imediato
  - Duração entre 30 dias e 2 anos
  - Tratamento: psicoterápico e/ou medicamentoso
- (Brasil, 2006)

© 2008 Elsevier

Figura 12. Esquema dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos que estavam ou não no ciclo gravídico-puerperal ampliado, segundo causas, no conjunto das capitais brasileiras no 1.º semestre de 2002



VASCER COM EQUIDADE

Figura 10. Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, pós-investigação (DO-N), segundo causas básicas na DO-O, nas capitais brasileiras no 1.º semestre de 2002



7.332 óbitos de mulheres de 10-49 anos

Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Ministério da Saúde, 2006  
- DO-Original (DO-O) e DO-Nova (DO-N)

VASCER COM EQUIDADE

## Psicose Puerperal

- Casos + raros entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos
- Início abrupto: até 2 ou 3 semanas pós-parto
- Sintomas:
  - quadro alucinatório delirante, grave e agudo
  - delírios que envolvem seus filhos
  - estado confusional
  - comportamento desorganizado
  - Risco para a própria mulher e para o bebê

© 2012 Elsevier

## Rastreamento de fatores de risco

No pré-natal indagar (Lartigue):

- Estava em uso de métodos contraceptivos quando engravidou?
- A gravidez foi ou não planejada?
- Qual a percepção dos movimentos fetais?
- Como era o relacionamento com a própria mãe?
- Cuidou de irmãos menores? (no México as meninas cuidadoras são conhecidas como "pequena madre"); muitas sentem-se esgotadas e não tão disponíveis para cuidar de outra criança;
- Perdeu irmão ou irmã na infância? Estava sob seus cuidados?

© 2012 Elsevier

## Fatores de risco

- Sensibilidade da mulher à alterações hormonais (episódios graves de TPM como fator de risco)
- História prévia de transtorno afetivo
- Primíparas idosas ou gestações conflituosas
- Condições da gestação:
  - Adolescência; pobreza; fragilidade da rede de suporte psicossocial

© 2012 Elsevier

## Atenção

- Multidisciplinar
  - Tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso
- Orientação para a família
- Suporte social
- Proteção à mulher e ao bebê

© 2012 Elsevier

# SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL – DIREITO, ACESSO E DECODIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA A EFICÁCIA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL

Celso Ricardo Monteiro\*

A discussão sobre saúde pública no Brasil segue historicamente por vários meandros, e, nesse cenário, também a visão de mundo dos diversos atores e instituições é uma característica. O presente artigo busca tratar de questões práticas do serviço público de saúde e sua presença na comunidade, com envolvimento, trabalho conjunto, escuta qualificada, bem como as barreiras que o impedem de avançar na oferta do serviço padrão ouro. Para tanto, partiu-se do princípio de que todos sabem algo e que esse saber tem o seu devido valor, muitas vezes ignorado pelo grupo dominante, já que na política do “eu te cito e tu me citas” vence aquele cuja voz e talento comportam-se de forma dita adequada, a partir do conjunto de valores que norteiam as relações de poder, para além da produção da informação e do processo que a torna pública. Sabe-se que o direito à informação perpassa o *ethos* e a *práxis* colocados pelo chamado sistema – *das mais variadas espécies* –, e, como estamos falando de prestação de serviços com padrão ouro ou não, elencamos aqui dois dos campos prioritários desse debate: (1) o que eu informo e (2) o que eu quero saber. No entanto, a maneira como informo ou como sou informado, a fonte, a clareza e a veracidade dessa informação, pontos-chave deste artigo, não podem ser ignoradas no processo de trabalho em saúde. Vale dizer que essas

---

\* Sacerdote do Ile Asé Igbin de Ouro – Sociedade Ketu, fundador do Grupo de Valorização do Trabalho em Rede – GVTR, ex-membro da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, ex-membro do Comitê de Ética do Instituto de Saúde/SES e coordenou a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde – Núcleo Estado de São Paulo entre 2003 e 2008. Contatos: montcelso@yahoo.com.br



questões alteram de forma contínua o desenrolar do cotidiano institucional e, por sua vez, a mudança comportamental, de pessoas e instituições, passa a ser uma premissa de todo e qualquer processo de trabalho em que o direito e o acesso à informação, questões relacionadas ao amplo arcabouço legal brasileiro e internacional, vão se pautar antes de qualquer coisa, na visão de mundo e posicionamento dos sujeitos em questão. A pergunta que fica é: quem é o dono da informação em saúde?

## ***Informação e poder na perspectiva dos direitos humanos: o Brasil e os outros***

Se nos voltarmos para a saúde da população negra como eixo da produção de conhecimento em saúde, veremos na história do SUS que a política de saúde no Brasil atravessou vários momentos interessantes que estão relacionados à produção de conteúdos, ao acesso à informação, à transformação dessas informações em políticas e, mais recentemente, à maneira como todo esse conjunto se transforma em material capaz de garantir a eficiência da participação e do controle social, no que se deve evocar, portanto, o real princípio da gestão participativa. Sabe-se, por exemplo, que

[...] o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) teve Berquó como uma de suas fundadoras, realizando pesquisas e preparando estudantes negras na área de saúde reprodutiva da população negra. Além disso, os estudos e pesquisas acadêmicas de Fátima de Oliveira, Maria Aparecida Bento, Berenice Kikuchi, Jurema Werneck, Edna Roland e outros, demonstraram a importância da coleta da informação e da análise dos dados desagregados. Nesse processo político, a ação do movimento de mulheres negras denuncia que o racismo se traduzia em números e que, de fato, no Brasil, a chamada “democracia racial” poderia ser desnudada com a introdução, coleta e análise do quesito cor nas diferentes produções teóricas. Como cita Oliveira (2001, p. 215), o quesito cor como “aglutinador” foi tema da campanha do Censo do IBGE de 1990: “Não deixe sua cor passar em branco”, visando conscientizar as pessoas negras da necessidade de responderem o item sobre cor (Muniz, 2005).



Hoje, depois de um longo processo registrado pelo combate ao racismo, temos em vigência a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População Negra, implantada pelo Ministério da Saúde em novembro de 2006. Tenho, nesse histórico, um exemplo do que o acesso à informação é capaz de fazer para alterar o cenário em que de fato “o racismo faz mal à saúde”, como denunciou o movimento negro em 2008, por ocasião da terceira edição do Dia de Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra. O tempo passou e a experiência provou que, em função do impacto que a informação gera no cenário macropolítico, tudo o que negros e negras produziam, inclusive no âmbito da academia, era tido como romance afro-brasileiro, fruto da invisibilidade, mas, com o passar do tempo, teve de ser reconhecido como produção técnica e política para a necessária mudança de paradigmas, ainda em curso. O direito à informação, que é passo inicial de qualquer trabalho, aponta, portanto, que a clareza e a decodificação desses retratos numéricos sejam, antes de tudo, uma premissa para os usuários do SUS, pois cabe a eles responder por autodeclaração várias das perguntas que lhes são feitas, por exemplo, quando sujeitos de pesquisa, e está assegurado também o seu direito de questionar, quaisquer que sejam os momentos ou estratégias do processo em que eles são a fonte, mesmo que fora dos limites do SUS, o que na prática é ignorado constantemente. O princípio colocado aqui para pesquisas científicas com o obrigatório uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é o mesmo para a cessão de informações em casos como o cadastro junto ao Programa Saúde da Família, na porta de casa, ou qualquer outro, afinal, sou eu quem dá a informação, portanto tenho que ser real, claro e objetivo, e é ele, o pesquisador, quem pergunta, então tem que me devolver o resultado de suas produções, inclusive conforme a minha linguagem. Partindo da ideia de que o sujeito cognoscente não mentirá ou não se omitirá ao fornecer a informação sobre si e que o pesquisador não mentirá ao analisar a informação fornecida, reafirma-se então um dos aspectos legais desta matéria, mas, para além do direito garantido em leis, normas e diretrizes, é preciso refletir sobre como esse direito está preservado, ou quais são as ações esperadas para que a garantia do direito à informação não seja apenas um objeto de discussão sem desdobramento.

Para a comunidade científica mundial, está colocada a certeza de que a informação é livre, deve circular, não pode ser barrada e, se for alterada, iremos constatar ou não a sua veracidade *in loco*, no campo, quando laboratório, sujeitos e responsáveis se encontrarão no espaço coletivo de avaliação dos processos, o que não é constante em se tratando, por exemplo, de pesquisados e pesquisadores, em São Paulo, à luz da ideia de ética profissional. A sociedade civil, para além de

suas lideranças chaves, deve, então, reconhecer o direito à informação como um dos principais direitos humanos, portanto, direito seu e, assim, garantir a sua voz e a presença de seu porta-voz também nesse enigmático universo. Para a eficácia do serviço público de saúde, nossos atos institucionais terão de ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, é fundamental: fortalecer a democracia participativa, garantindo o pleno exercício do controle social da Política de Comunicação, Informação e Informática em Saúde; melhorar a qualidade da informação e por meio desta aprimorar a gestão do SUS para que ofereça serviços de saúde com maior qualidade; garantir transparência na tomada de decisão dos gestores do SUS; agilizar o acesso aos serviços de saúde (na Atenção Básica, na Secundária e Terciária); democratizar as informações que desvendam as relações entre o sofrimento de saúde e as condições de vida e sua distribuição pelo lugar onde as pessoas vivem.

O término de atividades previstas em processos de trabalho destinados ao estudo sobre o outro muitas vezes põe fim também às relações políticas ou sociais, tão necessárias para o entendimento de que aquela informação vai nortear, continuamente, o comportamento individual ou coletivo, e, a partir daqui, quero seguir olhando para algumas das lições aprendidas no Grupo de Valorização do Trabalho em Rede – GVTR durante o processo de mobilização e organização da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde no Estado de São Paulo e também para as lições aprendidas na Fundação Osvaldo Cruz na ocasião em que representava a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – Conselho Nacional de Saúde. Ter sido coordenador adjunto da 13ª Conferência Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, em nome do Conselho Municipal de Saúde, também foi fundamental para agora escrever estas linhas. Nessas funções e lugares foi possível aprender que a informação, lida, analisada e decodificada

[...] é a representação de uma situação, que foi selecionada, tratada, resumida e organizada a partir de determinados interesses e visões de mundo: 1. Por alguém (profissional/gestor da informação), de acordo com sua visão de mundo e domínio tecnológico; 2. Por uma instituição, de acordo com os interesses e objetivos que estão em disputa pela direcionalidade da política institucional, refletindo determinadas relações de poder e produção de saber [...] (Moraes, 2007).

Como sugere Moraes (2007), a informação encontra-se disponível, ou não, para divulgação e análise, para ser enfim utilizada:

- Para apoiar a decisão e/ou o exercício do controle social;
- Reduzindo a incerteza da ação, conforme a correlação de forças políticas e econômicas que estão presentes no processo desta decisão.

Como e quando essa informação é veiculada, como ela contribui ou altera os cenários específicos tem muito a ver com o *ethos* colocado no grupo que a usa. No entanto, em se tratando, por exemplo, das comunidades tradicionais de terreiro, é fundamental observar que a oralidade é uma característica central, seus valores e princípios não estão *biblicizados*<sup>1</sup> e nem sempre são respeitados por todos, salvo alguns (pois é enorme o conjunto de diferenças étnicas, políticas e educativas), padronizados noutra dinâmica, assegurada também pelo processo histórico, pois a diversidade de clãs, ensinamentos, posturas e políticas, alteradas pela demonização dos credos étnicos afro-brasileiros, é relida a todo momento pelo diálogo entre a tradição e a modernidade, e essa releitura demarca o território ancestral que no Brasil já não parece, para alguns, ter tanto significado. Porém, são vigilantes as matriarcas e os anciões das mais de trinta diferentes tradições para garantir o elo entre o passado e as novas tecnologias, mas também para questionar o que é ou não é aplicável na manutenção da tradição. Essa é a visão de mundo das comunidades tradicionais, assegurada em meio às novidades do mundo moderno e aos desafios da globalização, questões essas em que o acesso à informação, via oralidade, é que faz toda a diferença. Como lidar, então, com a multiplicação da informação, ora escrita, ora falada, ou representada por gráficos e pelas estatísticas, nesse cenário constantemente ameaçado pelas novas tecnologias e a globalização?

Olhando para as questões de acesso à informação, vejo com bons olhos o estudo dos três casos que se seguem. Tomo-o emprestado também de Moraes, por entender que representa, e bem, boa parte dos casos que acontecem cotidianamente em todo o território nacional:

- Hospital Universitário em Marília/SP – 37% já consultaram resultados de exames de pacientes que não estavam sob seus cuidados

---

<sup>1</sup> Nem bíblicos, nem dogmáticos; nem para todos e não estanque, pois a releitura dos fatos e dos dogmas tem se transformado cada vez mais em uma característica, que por sua vez vai questionar se o grupo é tradicionalista ou “tradiccionista” (definido como tradição que se altera a todo momento) ou se há diálogo ou ruptura entre a tradição e a modernidade.

e 30% conhecem pessoas que acessaram exames de pessoas conhecidas ou para outra finalidade que não o cuidado de saúde.

- Inglaterra – hospital de mais de 1.000 leitos: 72% da equipe de enfermagem acessou indevidamente o sistema, colhendo informações de pacientes que não estavam sob seus cuidados profissionais: curiosidade!

- Brasil: Cartão Nacional de Saúde – 44 municípios-pilotos: em 2002, foram relatadas diversas situações, tais como: empréstimo de cartões dos profissionais; compartilhamento de senhas de acesso; esquecimento de “fechar” o BD após consulta; troca de cartões do usuário; comentários dos agentes comunitários de saúde com “vizinhos” sobre diagnóstico de pacientes (Moraes, 2007).

Para Moraes (2007),

o respeito à privacidade e confidencialidade dos dados, além de constituir dever dos profissionais – Código de Ética e a Constituição da República – é um desafio contemporâneo da sociedade brasileira [...] Expressão de um ato da vontade dos cidadãos, conselheiros de saúde, profissionais e gestores, em torno da compreensão das consequências do rompimento da confiança construída, ao longo da história, na relação do sistema de saúde com o paciente: curiosidade – interesses econômicos [...] Fruto da compreensão sobre os riscos e benefícios do uso da TI, em um mundo cada vez mais controlador – The Big Brother – onde as informações constituem-se em um dos mais sutis e estratégicos dispositivos de um “Estado Controlador”.

Portanto, é preciso entender que o direito à informação está relacionado à necessidade de incorporação do respeito à

[...] cultura institucional do SUS, além do princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão em seu contato com o sistema de saúde são dele e não da instituição, da equipe ou do médico: prontuário eletrônico do paciente (PEP), por exemplo. Vale, portanto, a recomendação de que haja adoção em larga escala na saúde do uso de certificados digitais emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil (Moraes, 2007).

E para tanto é fundamental que haja, na agenda do controle social, a defesa da privacidade como questão estratégica para o respeito à dignidade na assistência à saúde, pois “o respeito à dignidade humana (construída historicamente) constitui o limite à ação do Estado” e, portanto,

[...] o desafio é inscrevê-lo na prática da Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde como conquista da sociedade: entendo também que garantir o acesso às informações é necessário, mas não suficiente para que a sociedade exerça um controle social sobre a Política de Informação, Comunicação e Informática em Saúde hoje existente nas diferentes esferas de governo. Assim é urgente a inversão do atual modo de fazer a gestão das Informações em Saúde governamentais: hoje o Estado tem o direito de perguntar aos indivíduos e o indivíduo tem o dever de responder. O que se quer é que o Estado tenha o dever de responder às necessidades de informação da sociedade e que o cidadão tenha o direito de perguntar e de participar do processo de gestão da informação (Moraes, 2007).

Ao pensar os vários fatores que vão além da produção de dados em pesquisa, entende Lopes (2005) que do ponto de vista da pesquisa acadêmica, é preciso considerar que o racismo nem sempre se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações. Desse modo, não basta que os estudiosos apresentem aos seus pares, análises das diferenças numéricas com significância estatística. Seus estudos devem considerar o conjunto de fatores históricos, sociopolíticos, econômicos e culturais que contribuem para a existência, manutenção ou ampliação dos diferenciais no interior dos grupos ou intergrupos. É preciso analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e não-negros numa dada condição social, considerando sexo, idade, região de moradia, educação formal, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, denominação religiosa, capacidades e incapacidades, rede social e comunitária, possibilidades de acesso aos serviços e aos bens sociais. Nesse sentido, a ausência de relevância estatística na distribuição e comportamento das variáveis por raça/cor não isenta o pesquisador da responsabilidade de reiterar tanto a natureza perversa do racismo, como sua capacidade e aptidão em criar e/ou perpetuar diferenciais nas condições gerais de vida nos grupos e intergrupos. É de sua responsabilidade indicar brechas a serem exploradas por outros estudos que adotem abordagens qualitativas ou quantitativas.

Nesse sentido, é fundamental que a gestão da informação e o processo de definições das políticas públicas de saúde levem em consideração a importância do sujeito, no que se deve considerar a integralidade como aspecto central; é fundamental que a lógica do racismo não mais seja norteadora do direito à informação (o que implica alterar as relações de poder), nem tampouco do direito à saúde e do acesso a bens e serviços; que o racismo institucional deixe de ser determinante nesse processo, cujo tempo urge diante da necessidade de resposta qualificada a partir de todos os atores (alterando, por exemplo, os dados de mortalidade materna com recorte étnico-racial); que as instituições públicas ou privadas, de ensino ou não, e os profissionais das diversas áreas possam envidar esforços continuamente, para que a informação gere política factível, de fato, assim atendendo aos anseios da população; que a sociedade civil organizada possa contar com a tradução das informações, na perspectiva da gestão participativa, visando assim a plena execução de seu trabalho; que cada ator “pesquisado” tenha, nesse ínterim, a clareza do que está fazendo ao responder às perguntas que lhe são dirigidas (o que implica dizer, por exemplo, que formulário é este, para onde ele vai, para que ele serve); que as informações sobre “o eu” sejam respeitadas como minhas e, então, observada a importância do sigilo; que a informação geral em saúde seja entendida como um bem, de interesse público, salvo dados específicos, que dizem respeito unicamente ao sujeito; que o acesso à informação seja ressignificado, tal como o amplo conjunto de direitos previstos pelo arcabouço legal e as convenções internacionais; que a gestão da informação seja acompanhada, monitorada e avaliada com a plena participação da sociedade civil. E, por fim, partindo da máxima de que “informação é poder”, é urgente que o Estado brasileiro reconheça como nova, porém possível realidade, *o direito, acesso e decodificação da informação para a eficácia da participação e do controle social das políticas públicas.*

## *Referências bibliográficas*

- Lopes F. Para além da barreira dos números. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5): 1.595-1.601.
- Monteiro CR. Aids e equidade [monografia na internet]. São Paulo; [s.d.] [acesso em 3 abril 2009]. Disponível em: [http:// www.dst aids.prefeitura.sp.gov.br](http://www.dst aids.prefeitura.sp.gov.br)
- UNICAMP. Humanização e promoção da saúde espiritual, física e social. In: Relatório Final do 4. Seminário Paulista da Rede Nacional de Religiões Afros Brasileiras e Saúde; 2008 São Paulo, BR. São Paulo: FOP; 2008.
- Moraes IHS. Rio de Janeiro: DCS/ENSP/FIOCRUZ; 2007.
- Muniz E. Histórico da implementação do quesito cor: um relato de experiências exitosas de parcerias envolvendo sociedade civil organizada, governo e agências internacionais: implementação do quesito cor no Programa Estadual DST/HIV/AIDS. In: Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília (DF): Funasa/MS; 2005.





# DIREITO À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: ENFRENTANDO O RACISMO E A DESIGUALDADE SOCIAL

Maria do Carmo Sales Monteiro\*

Neste texto pretendo discorrer sobre algumas ideias que compartilhei com o grupo de usuários e trabalhadores que participaram do processo de formação do projeto-piloto “Humanização do nascimento e parto: questões étnicas, raciais e de gênero”. O tema que me coube foi “Direito à saúde, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), participação e controle social”. Os participantes, na sua maioria, eram membros engajados nos movimentos de saúde já de longa data, o que propiciou um debate rico e encorajador. Debatem os temas refletindo sobre os significados de cada palavra escrita na legislação do SUS e revisitamos o texto do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o que foi motivo de emoção para alguns que tiveram a oportunidade de participar desse momento histórico. Foi um trabalho denso e cheio de surpresas, pois, quando revemos conceitos à luz da história da qual fizemos parte, nos surpreendemos com o presente. As questões que se colocavam para o grupo eram sobre a inoperância dos conselhos gestores, a cooptação da população, a falta de participação de usuários e trabalhadores e principalmente o questionamento sobre a existência de uma política específica para a saúde da população negra.

---

\* Enfermeira especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, especialista em formação pedagógica para Educação Profissional de Nível Técnico na Área da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública, técnica do Núcleo de Educação do Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFOR) – Secretaria Municipal da Saúde da Cidade de São Paulo, membro titular da Comissão Municipal de Saúde da População Negra de São Paulo, membro titular do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População Negra. E-mail: carmoenf@superig.com.br

Foi assim que caminhamos por essas indagações, sem a pretensão de responder a elas, mas apenas analisando-as sob vários prismas, buscando revisitar conceitos e refletir sobre palavras comumente usadas. Pareceu espantoso ao grupo lembrar que o direito à saúde enquanto direito social é recente na história da humanidade, e, embora atualmente ele seja inquestionável e garantido pela constituição, é também inquestionável que esse direito tem sido cotidianamente violado para uma grande parcela da população. Quando olhamos para essas pessoas excluídas dos direitos sociais, logo identificamos pobres, negros e índios. São aqueles que na história ocuparam o lugar dos escravizados e atualmente são os desempregados, a chamada classe trabalhadora desqualificada ou pouco qualificada, de baixa escolaridade, baixa renda e moradores dos espaços marginais da sociedade. Esse é o grupo social a quem o SUS atende na sua maioria, também agora chamado de SUS dependente.

O SUS também se destaca ao incorporar como princípio e diretriz a participação e o controle social à gestão do sistema. A questão é analisar como essa participação tem garantido o direito à saúde para a parcela da população violada nos seus direitos.

Grupos submetidos a opressão têm dificuldade em reconhecer seus direitos e ocupar espaços de participação. Certamente descendentes de negros e índios têm assento nos conselhos de saúde, são usuários, trabalhadores e gestores da saúde; por que, então, a questão étnica e racial não é tema de discussão? Por que se sabe tão pouco sobre o impacto do racismo na saúde da nossa população? Por que os representantes da população nos conselhos, negros ou não, são muitas vezes os primeiros a negar a necessidade de políticas específicas para a população negra? Por que se argumenta que a Constituição garante os direitos iguais? Também é importante analisar os mecanismos que reproduzem as desigualdades sociais nos conselhos de saúde e mantêm as estruturas de poder nas mãos das classes privilegiadas.

Muitas questões ficam por ser respondidas e muitas outras ainda por ser formuladas. A percepção do racismo institucional e as formas perniciosas de cooptação da população e dos trabalhadores refletem a forma de se fazer saúde sem respeito à diferença e sem reconhecer a violação dos direitos de toda uma população alijada e excluída do sistema. Qual o papel dos movimentos sociais, de usuários, trabalhadores e gestores para de fato alcançar o objetivo maior já traçado desde a 8ª Conferência e já garantido pela Constituição? Como reconhecer esse papel em nossa sociedade, que ainda se nega a admitir as formas de racismo que mantêm negros e índios no mesmo lugar subalterno?

Dessa forma, elenco neste texto alguns tópicos que ainda pedem reflexão e

aprofundamento, assuntos como direito e participação à luz de uma sociedade democrática, pluriétnica e profundamente marcada pela exclusão, pela desigualdade e pelo racismo.

### *Direito à saúde – conquista de quem?*

Embora hoje em dia banalizemos a palavra “direito”, pois parece que a lei já o garante, o tema sobre os direitos humanos nunca foi tão discutido quanto neste início do novo milênio. Os direitos foram conquistados um a um ao longo da história da humanidade e ainda estamos na luta pelo reconhecimento e pela garantia de serem respeitados igualmente para todas as pessoas. Para entender a gênese dos princípios do Sistema Único de Saúde é necessário analisar alguns aspectos relacionados aos direitos humanos.

Após a Segunda Guerra Mundial, na metade do século XX, amplia-se o debate sobre os direitos humanos e o reconhecimento dos direitos sociais, incluindo a saúde. Mas é em meados do século XVIII e no século XIX que se conquistam primeiramente os direitos civis (liberdade de ir e vir, livre pensamento, direito à propriedade e à justiça) e depois os direitos políticos (participar do poder político, tornar-se membro do governo, escolher o governo, votar). Sem a atribuição da liberdade civil a todos os homens e sem o reconhecimento por parte do Estado da igualdade entre todos, não seria possível atribuir-lhes direitos políticos. Categorias sociais privadas de liberdade civil, como escravos e servos feudais, jamais tiveram acesso a direitos políticos. Em meados do século XX – quando supostamente não temos escravos nem servos feudais e se consolidam os direitos civis – a discussão sobre cidadania é estimulada na mesma linha do reconhecimento dos direitos humanos. Marshall, citado por Saes (2003)<sup>1</sup>, propõe uma definição para cidadania como “participação integral do indivíduo na comunidade política, acesso ao mínimo de bem-estar a todos os indivíduos e acesso a todos os níveis de participação no padrão de civilização vigente”.

É na sociedade capitalista, caracterizada pelas desigualdades sociais, que se constrói o ideário de igualdade entre os homens e de democracia que culmina na criação de direitos, portanto, é um processo conflituoso pautado nas lutas dos

---

<sup>1</sup> Décio Azevedo M. Saes (2003) faz uma crítica a essa definição de cidadania no artigo “Cidadania e capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania” e propõe outra definição: “Cidadania civil é a corporificação da forma-sujeito de direito, em direitos específicos e legalmente consagrados, como a liberdade de ir e vir, a liberdade de adquirir ou dispor da propriedade e a liberdade de celebrar contratos, direitos esses indispensáveis à reprodução do capitalismo”.

movimentos sociais. No entanto, Marshall (citado por Saes, 2003) afirma que os direitos civis não só não estariam em conflito com as desigualdades sociais como seriam absolutamente necessários para a reprodução da relação social desigual típica do capitalismo: a relação entre capitalista e trabalhador assalariado. Na verdade, o reconhecimento dos direitos permite que se mantenha um mínimo de bem-estar social para os trabalhadores sem que se altere a estrutura social.

Em 1948 a ONU elabora a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>2</sup>. Destaca-se o artigo 1º, que estabelece a igualdade de direitos, e o 25º, que destaca um vasto repertório de dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial a saúde:

Artigo 1º: Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 25º: Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

Também em meados do século XVIII e no século XIX é que se desenvolvem, paradoxalmente, as teorias do darwinismo social e o “racismo científico”, que defendem a ideia de raças como entidade biológica; tais teorias serviram para justificar o racismo “cientificamente”. É assim que, em plena luta por direitos e liberdade, que os não brancos são mantidos excluídos desse universo por serem classificados como sub-humanos, portanto aos negros é negada sua humanidade e assim se justifica o exercício do domínio sobre os povos africanos. Somente em meados do século XX é que essas teorias começam a ser contestadas (Hasenbalg, 1982). Ainda assim, em 1948 a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* com certeza ainda não se aplicava aos negros em nenhuma parte do mundo. Os países da África somente começam a conquistar sua libertação do jugo colonialista a partir da década de 1960.

No Brasil, em meados do século XVIII, XIX e nas primeiras décadas do século XX, estamos vivendo o regime da escravidão, a abolição, pós-abolição

---

<sup>2</sup> Disponível em: [http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_convencoes.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_convencoes.php).

e o incentivo à imigração dos trabalhadores europeus. Enquanto na Europa lutava-se pelos direitos civis, no Brasil o regime da escravidão submetia a mão de obra africana a mecanismos repressivos, justificando a não integração social da população negra, nas fases colonial, imperial e, principalmente, pós-abolição e republicana. Assim se constrói o preconceito racial no Brasil:

[...] mantendo falsos juízos de valor sobre a população negra relativos a sua estética, seu conhecimento e seu desempenho intelectual, forjados num contexto histórico extremamente inóspito, ou seja, com violência física e desvantagem social e econômica. O preconceito, a discriminação racial e o racismo têm o papel de integrar a população negra de forma subalterna na sociedade de classes. Historicamente, a formação social brasileira se estruturou combinando capitalismo e escravidão, o que implicou relações sociorraciais desiguais entre negros, indígenas e brancos (Santos, 2005).

No entanto, negras e negros nunca deixaram de lutar pela liberdade, justiça e igualdade desde o período da escravidão, por meio das revoltas, formação de quilombos, campanhas, ações judiciais e lutas cotidianas empreendidas até a atualidade que sempre caracterizaram a mobilização social de combate ao racismo, à exclusão e à desigualdade social.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi fonte de inspiração para a maioria das modernas constituições de sociedades capitalistas. A ideia de reduzir os conflitos sociais entre grupos com interesses contrários por meio do reconhecimento dos direitos sociais e da igualdade entre os seres humanos foi fundamental para que os direitos sociais fossem garantidos em um patamar mínimo (estado de bem-estar) e também possibilitou a luta contra a desigualdade social, travada por grupos organizados da sociedade.

Também no Brasil a Constituição de 1988 é profundamente influenciada por esse ideário e igualmente foi fruto de uma longa e disputada luta pelos direitos sociais. No Título II, DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS, declara:

Capítulo I: DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS:

Artigo 5º – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

Capítulo II: DOS DIREITOS SOCIAIS: Artigo 6º – declara o direito a saúde, educação, trabalho, lazer, segurança e previdência social, e nos artigos 7º a 11º declara os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais.

Na sociedade brasileira o estado de bem-estar mínimo não incluiu a maior parte da população marginalizada e encastelada na condição de miséria, e os direitos conquistados pelos trabalhadores também não incluiu de forma igualitária a maioria das trabalhadoras e trabalhadores negros. Essa população carente de serviços se submete ao Estado numa relação de gratidão e não no exercício da cidadania (Brasil, 1988).

Especificamente em relação à saúde, o texto constitucional foi fruto também de extensos debates com participação da sociedade civil organizada, militantes, trabalhadores da saúde, profissionais e intelectuais, o que possibilitou a aprovação dos artigos 196º a 200º sobre a saúde; assim se conquista a famosa frase *Saúde é direito de todos e dever do Estado* e se estabelecem as diretrizes do SUS, posteriormente regulamentado na Lei n. 8.080 de 1990:

Artigo 196º: A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 198º: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II) Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III) Participação da comunidade

As lutas sociais que culminaram no texto constitucional que garante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram sua expressão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; o tema central do evento foi “Saúde como direito”, o qual mobilizou amplamente diversos setores da sociedade e consolidou o movimento da Reforma Sanitária. No relatório final dessa conferência estão descritas todas as bases para a construção do SUS defendidas na Constituição de 1988.

Vale a pena revisitar o conceito de saúde descrito no relatório final:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas



de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis [...] (Brasil, 1986).

O movimento da Reforma Sanitária possibilitou a construção do SUS com esse novo e ampliado conceito de saúde, não mais como apenas um estado de bem-estar social, mas como um processo dialético e conflituoso da luta pelos direitos sociais.

A aprovação da Constituição brasileira abriu uma nova era, com novos desafios, agora de efetivação dos direitos garantidos pela Carta Magna. Em 1988 os brasileiros acompanharam a ferrenha discussão da Assembléia Constituinte, as disputas e negociações dos diversos segmentos da sociedade, os interesses e necessidades muitas vezes antagônicos expressos pelas reivindicações dos grupos sociais organizados. Em relação à saúde, lá estavam os representantes do movimento da Reforma Sanitária para defender a saúde como direito e a exigência “do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais” e da participação e controle da população na gestão e avaliação das políticas de saúde.

O gosto da vitória que a sociedade brasileira pôde sentir com a promulgação da Constituição em 5 de outubro de 1988, hoje, mais de vinte anos depois, tem um gosto amargo de tarefa não concluída, pois os novos direitos – individuais, sociais e coletivos e os direitos trabalhistas – ali conquistados não foram garantidos e correm risco de retrocesso. Em relação à saúde, já naquela época havia a preocupação de se manter o debate permanente na busca de formas concretas para garantia dos direitos à saúde, particularmente em relação à organização social e ao papel dos profissionais da saúde, como alerta o texto de Dallari:

[...] Fica evidente a dificuldade que existe para a garantia do direito quando se considera a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito à saúde que depende daquele frágil equilíbrio entre a liberdade e a igualdade, permeado pela necessidade de reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento. Encontrar o meio de garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo ineludível aos atuais constituintes brasileiros. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito. É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem a garantia do direito à saúde. Considerando especialmente a essencialidade da participação popular para a compreensão do direito à saúde [...] (Dallari, 1988).

Ainda em meio a lutas e reivindicações, em 1990, à luz desse ideário finalmente se conquista a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8.080) que regulamenta o SUS.



### *O direito à saúde – igualdade versus equidade*

Igualdade é um dos princípios e diretrizes expressos na Lei n. 8.080/90, e aparece no Capítulo II da seguinte forma:

Artigo 7º: igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Direito, igualdade e cidadania são os pressupostos do SUS. Igualdade sem preconceito é um assunto que interessa à população negra, mas a sociedade brasileira é excludente, opressora e injusta. O reconhecimento dessa desigualdade permitiu que se construísse outro conceito, o da equidade, como um dos princípios do SUS:

Equidade em saúde: igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com a necessidade de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário (Brasil, 2005).

Tratar com equidade os diferentes significa dar mais a quem precisa mais.

Está implícito nesse princípio não só o propósito da justiça, mas também atender a necessidade de buscar o bem-estar mínimo para uma parcela considerável da população brasileira. Ainda assim, o reconhecimento dos direitos não altera a desigualdade social, mas permite mediar os conflitos entre os interesses dos grupos dominantes e o restante da população. O paradoxo que denuncia a característica excludente da sociedade capitalista está na lei que reconhece saúde como determinante das condições sociais, mas não atende à necessidade de compartilhar riquezas, poder e posse com igualdade.

Em relação à população negra, tratar com equidade é reconhecer a complexidade dos problemas de saúde que afetam esse grupo social relacionados à pobreza e ao racismo estrutural que caracterizam as relações sociorraciais:

Relações sociorraciais: explica o cotidiano da população negra na sociedade brasileira, marcado por grande desigualdade social combinada com a discriminação racial. O pressuposto explica a peculiaridade do racismo no Brasil, que combina diferenciação na estratificação social com práticas discriminatórias, em uma dinâmica que acentua ora a pobreza do negro, ora a desvalorização de sua condição étnica. Isso significa dizer que o racismo no Brasil incide na população negra brasileira determinando duas condições sociais, a pobreza e a discriminação racial.

Assim, destacamos que as desigualdades na área da saúde, às quais a população negra está submetida, resultam não só das desigualdades sociais inerentes à sociedade capitalista, mas também do racismo estrutural.

O racismo, definido como um conjunto de ideias, crenças e práticas que se baseiam na superioridade de um grupo populacional em detrimento de outro, produz desvantagens raciais que geram um acúmulo de condições sociais desfavoráveis no que diz respeito ao acesso a bens materiais e culturais, ao trabalho, a educação e saúde, a condições de habitação dignas, entre outros. Além disso, expõe esta população, sistematicamente, a vários fatores de risco social que afetam diretamente a saúde (Criola, 2005).

## *Direito à saúde para a população negra – a construção de uma política*

A população negra tem as maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas, mortes por causa evitável e menor esperança de vida. Reconhecer as disparidades em saúde relacionadas à questão racial foi um longo processo de luta; em 2005 o Ministério da Saúde lança uma publicação analisando o perfil de saúde da população brasileira utilizando o quesito raça/cor. Os resultados dessa pesquisa comprovam a gravidade das condições de saúde da população negra (Criola, 2005):

- 62% das mulheres brancas referem sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto somente 37% das pardas obtiveram esse número de consultas;
- A hipertensão arterial durante a gravidez estava entre as principais causas de morte materna, sendo mais frequente entre as mulheres negras;
- O risco de uma criança negra morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias foi 60% maior que o risco de uma criança branca;
- O risco de morte por desnutrição foi 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre as brancas;
- O risco de um homem negro morrer por causas externas é 70% maior quando comparado com um homem branco.

Essa e muitas outras pesquisas comprovam as iniquidades em saúde a que está submetida a população negra. Essa realidade representa um imenso desafio nessa luta de construção do SUS e aponta a necessidade de se enfrentar o racismo institucional. Entende-se racismo institucional

[...] como a impossibilidade das instituições oferecerem serviços com equidade às pessoas em função de sua origem racial, produz falta de acesso, comportamentos discriminatórios e formulação de políticas que não atendem aos interesses da população negra, aumentando a situação de desvantagem deste grupo populacional (Criola, 2005).

Há séculos que existe no Brasil mobilização social, combate ao racismo, exclusão e desigualdade social. No campo da saúde essas lutas culminaram na

conquista da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em novembro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. Ao aprovar essa política o Ministério da Saúde

[...] reconhece os processos históricos de luta e resistência desta população desde o período colonial, até os dias de hoje. Reconhece que as condições sociais nas quais os(as) negros(as) vivem, e o racismo a que estão submetidos(as) são determinantes da sua situação de saúde. E, ainda, reconhece o racismo institucional como produtor e reproduzidor de práticas discriminatórias que resultam na oferta de serviços de baixa qualidade aos grupos raciais discriminados (Criola, 2005).

Porém, a efetivação dessa política não será fácil; reorientar o SUS para efetivação dos seus princípios e superação das desigualdades raciais em saúde não depende unicamente das instâncias governamentais, mas principalmente da participação, da mobilização e do controle da sociedade organizada, dos usuários, intelectuais, trabalhadores e demais segmentos que desempenham um papel na gestão e avaliação do SUS.

### *Participação e controle social – desafios para um novo SUS*

A exigência em dizer o que se entende por participação torna-se oportuna pelo fato de que a palavra participação foi utilizada por ditaduras militares, governos populistas, tecnocratas, instituições internacionais que promovem golpes de estado em países que tentam se libertar de sua tutela, organizações governamentais e civis, nacionais e internacionais, de diferentes e antagônicas orientações ideológicas (Sales, 2004).

Participação social é outro princípio do SUS igualmente garantido na Constituição de 1988 e na Lei n. 8.080/90. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao discorrer sobre o conceito de saúde como direito, afirma que é condição para garantia do direito à saúde que o Estado assegure os meios de efetivar uma política de saúde consequente e integrada, mas para que se garanta essa política é necessário que haja “o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população” (Brasil, 1986). Afirma ainda que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir, entre outras coisas, “participação da população na organização, gestão e controle dos

serviços e ações de saúde” (idem). Desse texto complexo e polêmico acabou por ser incorporada no texto da Constituição, no artigo 198º, como uma das diretrizes do SUS, apenas a frase “participação da comunidade”. O texto da Lei n. 8.080 coloca, da mesma forma, como princípio e diretriz a frase “participação da comunidade”. Ainda em meio a disputas polêmicas e amplas negociações, em 1990, complementando a Lei n. 8.080, é aprovada a Lei n. 8.142, de 1990, que dispõe sobre como se dará essa “participação da comunidade” na gestão do SUS e sobre o funcionamento das instâncias colegiadas, as conferências de saúde e os conselhos de saúde. Essa lei também trata da transferência de recursos financeiros, tem apenas sete artigos e apenas o 1º artigo discorre sobre a questão da participação da comunidade:

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990

Art. 1º: O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I) a Conferência de Saúde, e

II) o Conselho de Saúde.

§ 1º – A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º – O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º – A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.



§ 5º – As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.

Observa-se que o texto da 8ª Conferência Nacional de Saúde fala em “participação e controle da população”, mas no texto da Constituição e na Lei n. 8.080 aparece apenas “participação da comunidade”. Já na Lei n. 8.142, que discorre de forma sucinta sobre o caráter permanente e deliberativo do Conselho de Saúde e sobre sua atuação – “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” –, igualmente importante é o 4º parágrafo, que garante a paridade dos usuários tanto nos conselhos de saúde como nas conferências.

Atualmente substituem-se os termos “comunidade” e “população” pelo termo “social”, que tem um sentido mais amplo, designando vários setores da sociedade, e não só o usuário, mas também o trabalhador da saúde, as instituições de ensino e de saúde, grupos organizados, movimentos e entidades sociais e também o gestor. Os textos oficiais e resoluções do Conselho Nacional de Saúde sempre enfatizam os termos “participação” e “controle social”.

Mas o que é participar? Participar é ter igualdade de poder, ter domínio dos recursos, ter capacidade de construção conjunta. O direito à participação não é uma concessão, é algo conquistado, a luta “popular” é a luta pela participação, é a luta pelo poder. Por isso é tão importante a Lei n. 8.142 do SUS, que garante de maneira sucinta e sem delongas a paridade na representação dos usuários. Essa é uma conquista de poder da população usuária do SUS organizada nos movimentos de saúde, principalmente das periferias das grandes cidades.

Os conselhos de saúde são cada vez mais alvo de críticas: cooptação da população, inoperância, ilegitimidade nas formas de representação social, disputas por interesses privados em detrimento dos interesses coletivos etc. Muitas dessas críticas são procedentes, pois ainda estamos aprendendo a exercer a gestão com participação e controle social; de forma alguma os equívocos cometidos na instalação e no funcionamento desses conselhos deslegitimam o mecanismo de gestão.

Os conselhos de saúde legalmente têm o poder de tomar decisões para implementação das políticas de saúde definidas nas conferências de saúde. Poder é a capacidade de influenciar o pensamento e a ação de indivíduos e grupos sociais. O poder dos conselhos de saúde, definido pela lei, configura o campo de disputa dos segmentos representados no conselho e seus diversos interesses, muitas vezes antagônicos. Assim, no interior desses espaços de decisão se reproduz

a estrutura de poder da sociedade. De qual sociedade estamos falando? Uma sociedade capitalista, portanto fundada na desigualdade e exclusão social, uma sociedade de origem escravocrata que consolidou o enriquecimento da classe dominante à custa de mão de obra escrava e que, portanto, mantém entranhada nas relações sociais os mesmos valores construídos nas relações entre senhor e escravo, uma sociedade que reproduz valores de superioridade/inferioridade sociais, claramente definidos a partir de quesitos como cor, etnicidade, cultura e renda, mas que não se percebem como racistas, uma sociedade que valida a percepção de um grupo social, econômico ou político como superior a outros, referendando a verticalidade do poder. São essas desigualdades que se expressam no cotidiano dos conselhos por meio dos processos de decisão.

Aponto aqui dois mecanismos presentes na estrutura de poder da sociedade que dificultam a participação e o controle social de forma horizontal e igualitária. Primeiro a desvalorização, desqualificação e inferiorização a que são submetidos os conselheiros representantes de usuários e trabalhadores que pertencem a classes sociais ditas populares – consideradas pelos demais segmentos como inferiores, ignorantes, de baixa escolaridade e baixa renda, necessitando ser tuteladas a fim de fazerem as escolhas corretas. Conforme Valdir C. Oliveira (2006):

As profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por consequência, a prática do controle público. Com isso estamos querendo dizer que as assimetrias sociais e simbólicas da sociedade têm forte impacto nos processos comunicacionais dos conselhos tendo em vista a origem social dos conselheiros, os diferentes interesses dos quais são portadores e a maneira como eles entendem as questões da saúde e do controle público.

[...] Sendo as relações simbólicas e sociais assimétricas, a compreensão, o peso e o entendimento das questões colocadas nos conselhos são diferentemente interpretadas por cada segmento ou conselheiro. A participação de cada um é proporcional apenas àquilo que se coloca dentro do seu horizonte social de entendimento, ou seja, aos marcos cognitivos que delimitam e facilitam o nosso entendimento do mundo e das coisas e que nos permitem interpretar e codificar as mensagens sociais em termos individuais ou coletivos.

Segundo, a questão da opressão *versus* submissão. Na história da humanidade sempre existiram pessoas e grupos sociais vítimas da tirania, que

vivem até os tempos atuais sob opressão de pessoas e grupos dominantes. A sociedade utiliza muitos mecanismos para manutenção dessa situação de opressão, principalmente por meio da imposição de valores que levam as pessoas a alimentarem a crença de que ser o opressor é ter poder, exercer opressão é exercer poder e também que a atitude de submissão pode ser protetora, pois quem se submete sobrevive. Não se submeter e superar a opressão sem se tornar igualmente um opressor significa, muitas vezes, enfrentar imposições e verdades estabelecidas pelos grupos dominantes. Submissão não combina com participação, pois participação é o poder de definir para onde se quer ir e de que jeito, e não apenas implementar objetivos já definidos pelos grupos dominantes. A utilização dos instrumentos de participação, sem garantia do exercício do poder, pode ser uma forma sofisticada quase imperceptível de manter pessoas e grupos sob a imposição de valores dominantes, ou seja, manter a opressão usando mecanismos democráticos (Sales, 2004).

Esse é o desafio do SUS; é nesse contexto que a participação popular ganha importância, porque os diversos grupos sociais submetidos a constante opressão têm interesses e valores a defender. Expressar seus conflitos, suas necessidades e desejos é um direito universal, e criar espaços públicos onde esse direito possa ser exercido por pessoas e grupos pode ajudar a desenvolver a cooperação social. Através da participação é possível que se expressem os grupos sociais mais vulneráveis, os mais oprimidos e os menos ouvidos (Barbosa, 2004), portanto é preciso persistir nos mecanismos de participação e controle social duramente conquistados e aprender a se fazer representar, negociar interesses coletivos e partilhar soluções.

## *Conclusão*

Destaquei ao longo do texto as características de desigualdade, opressão e exclusão social da sociedade brasileira, mas também somos uma sociedade plural, com imensa diversidade cultural, somos um povo com história de lutas e resistência cheia de criatividade e beleza.

Reconhecer que podemos incorporar ao conceito de saúde processos que expressem a riqueza cultural dos muitos modos de pensar e sentir saúde, incluir nas relações sociais e de poder a possibilidade do diálogo e da escuta, possibilita o surgimento de novas ideias e caminhos para superação dos problemas de saúde que hoje enfrentamos. Reconhecer que o saber milenar de índios e africanos também corre em nossas veias e dar espaço à manifestação desses saberes nos

processos de elaboração e definição de políticas públicas pode representar a descoberta de novos caminhos na conquista dos direitos sociais. Esse é o grande desafio, pois entender cidadania e participação como a conquista de poder e fazer valer em pé de igualdade outros saberes que não somente os de matriz europeia significa não mais aceitar formas de integração social que mantenham pobres, negros e índios em posição subalterna, passiva, reprimida e silenciosa, meramente reprodutora dos valores dominantes.

O caminho de consolidação do direito à saúde e da participação e controle social do SUS exige um estado de permanente vigilância para escaparmos das armadilhas neoliberais que na atualidade buscam violar direitos adquiridos. Manter-se alerta, denunciando as desigualdades nas relações de poder que vulnerabilizam, inferiorizam, racializam e tornam invisíveis determinados grupos sociais. Atentar para os mecanismos de manutenção e reprodução das desigualdades sociais que desqualificam e anulam negros, índios, nordestinos, pobres, mendigos, trabalhadores braçais, caiçaras, pescadores... É assim que o racismo e o preconceito se manifestam, fazendo todos aceitarem como natural a pobreza e a vulnerabilidade das pessoas ignorantes, sem escolaridade e sem renda, portanto inferiores e culpadas pela sua própria situação e não merecedoras de políticas sociais de amparo.

Garantir o que já foi conquistado: o entendimento da saúde e da doença como um processo e não como um estado, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, as diretrizes e princípios do SUS garantindo especialmente a participação e controle social no SUS. Combater as formas sutis de retroceder nos direitos à participação, superar os obstáculos criados pela herança de um passado colonial e de uma história marcada por ditaduras e autoritarismos. Finalmente, respeitar os processos locais de identificação dos problemas de saúde e busca de soluções, que a saúde seja conceituada em cada comunidade, e que os conselhos possam ter representados todos os grupos sociais presentes na comunidade.

As possibilidades, conquistadas ao trilhar este caminho, fazem com que cada passo, embora difícil, evolua em direção a um SUS mais democrático e participativo. São os diversos segmentos sociais, em toda a sua diversidade, que podem estabelecer um campo de diálogo onde caibam todas as perguntas provocadoras e soluções inovadoras. A renovação do SUS, a partir da consolidação de mecanismos de participação que combatam a exclusão, o preconceito e o abuso de poder, propicia a construção de um modelo de atenção à saúde respeitoso, acolhedor, solidário e equânime.

## Referências bibliográficas

- Barbosa MIS. Participação social: partindo do eu para tecer o nós. *Rev Educação AEC* 2004; 33: 26-37.
- Brasil. Relatório Final da 8. Conferência Nacional de Saúde [evento na internet]; 1986; Brasília (DF), BR. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Universidade de Brasília; 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> [Acesso em s.d.]
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> [Acesso s.d.]
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> [Acesso s.d.]
- Criola. Participação e controle social para equidade em saúde da população negra. Rio de Janeiro; 2005.
- Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 1988; 22(1): 57-63. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=pt.doi:10.1590/S0034-89101988000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008&lng=pt.doi:10.1590/S0034-89101988000100008)> [Acesso em 31 de mar 2009]
- Hasenbalg C. Raça, classe e mobilidade. In: Gonzalez L, Hasenbalg C. Lugar de negro. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1982.
- Moura EC. Direito a saúde: o papel de diferentes sujeitos sociais no exercício da cidadania. *Saúde e Sociedade* [periódico na internet] 1996; 5(1):101-119. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901996000100005&lng=pt.doi:10.1590/S0104-12901996000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000100005&lng=pt.doi:10.1590/S0104-12901996000100005)> [Acesso em 31 mar 2009]

- Oliveira VC. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de Saúde. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social [monografia na internet]. Brasília (DF); 2006 [acesso s.d.]. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01\\_miolo.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea01_miolo.pdf)>
- ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_convencoes.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_convencoes.php)>
- Saes DAM. Cidadania e capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania. *Crítica Marxista*. 2003; 16:9-39.
- Sales IC. Uma noção mais precisa de participação. In: Ministério da Educação. Caderno de referência: programa de capacitação dos conselheiros municipais de educação. Brasília (DF): MEC; 2004.
- Santos GG. A cultura política da negação do racismo institucional. In: Santos GG, Silva MP. *Racismo no Brasil: percepções da discriminação e do preconceito racial no século XXI*. São Paulo: Perseu Abramo; 2005.



# DOENÇA FALCIFORME NO BRASIL

Joice Aragão de Jesus\*

A Doença Falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no mundo. A causa da doença é uma mutação no gene que produz a hemoglobina A (HbA) originando uma outra mutante denominada hemoglobina S (HbS), que é uma herança recessiva. Existem outras hemoglobinas mutantes como, por exemplo: C, D, E, etc., que em par com a S constituem-se num grupo denominado de Doença Falciforme: Anemia Falciforme (HbSS), S/Beta Talassemia (S/b Tal.), as doenças SC, SD, SE e outras mais raras. Apesar das particularidades que distinguem as Doenças Falciformes e de graus variados de gravidade, todas essas doenças têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes. Por ser uma alteração da Hemoglobina a DF compõe o grupo das Hemoglobinopatias.

Dentre as Doenças Falciformes a de maior significado clínico é a Anemia Falciforme determinada pela presença da Hb S em homozigose (HbSS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S.

A presença de apenas um gene para hemoglobina S, combinado com outro gene para hemoglobina A possui um padrão genético AS (heterozigose) que não produz manifestações da doença e é identificado como “Portador do Traço Falciforme”.

Essa mutação teve origem no continente africano e pode ser encontrada em várias populações de diversas partes do mundo. Apresenta altas incidências na

---

\* Coordenadora da Equipe da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme do Ministério da Saúde.



África, Arábia Saudita e Índia. No Brasil, devido a grande presença da população africana desenraizada de seus países para o trabalho escravo e constituindo também a base da formação da nossa população, a Doença Falciforme faz parte de um grupo de doenças e agravos relevantes que afetam a população afrodescendente. Por esta razão, a Doença Falciforme foi incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra do Ministério da Saúde e está no regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na portaria 2048 de 03 de setembro de 2009 nos artigos 187 e 188 que definem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme.

As pessoas com Doença Falciforme apresentam anemia crônica e episódios de dor severa, decorrentes do processo de vaso oclusão causado pela forma de foice que as hemácias assumem, em situações de crise, impedindo que elas circulem adequadamente podendo haver interrupção de fluxo sanguíneo e morte de tecidos e órgãos. A vulnerabilidade a infecções, o seqüestro esplênico, a síndrome torácica aguda, o priapismo são algumas das intercorrências frequentes nessas pessoas. A hemácia falciforme tem vida muito curta e com isso produz várias alterações fisiológicas nos órgãos.

O diagnóstico precoce na primeira semana de vida, realizado pelos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) nos estados, conforme definido no regulamento do SUS na Portaria do programa Nacional de Triagem Neonatal GM/MS Nº 2048 nos artigos 322 , 323 e 324 de 03 de setembro de 2009, é fundamental para a identificação, quantificação e acompanhamento dos casos, bem como para o planejamento e organização da rede de atenção integral. Esse exame é público e gratuito nas unidades de saúde mais próxima da moradia do recém nascido e deverá ser realizado na primeira semana de vida com metodologia de eletroforese em HPLC ou focalização isoelétrica. A eletroforese de hemoglobina comum, exame realizado nas unidades de atenção básica é utilizado para o diagnóstico da Doença Falciforme a partir dos 04 meses de vida. O programa de triagem neonatal ( teste na primeira semana de vida) é dividido em três fases :

**Fase I:** realiza os teste para Hipotireoidismo e Fenilcetonúria.

**Fase II:** Fase I +hemoglobinopatias ( Doença Falciforme)

**Fase III:** Fase I + Fase II + Fibrose Cística.

No nosso país, 11 estados já realizam a Fase II são eles RS, RJ, SP, MG, BA, AL, PE, MA, AC, RO, GO, MS; 04 já estão na fase III são eles SC, PR, MG e ES. Assim temos 15 estados que já fazem triagem neonatal para DF no Brasil.

Os medicamentos que compõem a rotina do tratamento da Doença Falciforme e integram a Farmácia Básica do SUS são: ácido fólico (de uso contínuo), penicilina oral ou injetável (obrigatoriamente até os 5 anos de idade), antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios (nas intercorrências). A hidroxiureia é um medicamento usado segundo um protocolo e tem tido um impacto significativo na melhora das crises de dor dessas pessoas contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida e longevidade.

Outro importante fator de redução da mortalidade por infecções, pois as crianças com Doença Falciforme possuem um risco aumentado em 400 vezes em relação à população em geral, é um rigoroso programa de vacinação que alie o estabelecido, no calendário nacional, ao programa especial para *Haemophilus Influenzae*; Hepatite B (recombinante); *Streptococcus Pneumoniae* (polissacáride e heptavalente) associado à profilaxia com *Penicilina*.

Historicamente, os hemocentros e hospitais especializados em hematologia têm sido referência para o tratamento das doenças hematológicas o que inclui as pessoas diagnosticadas com Doença Falciforme.

Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal apresentam a magnitude da questão de saúde pública a ser enfrentada no Brasil sobre a proporção de nascidos vivos diagnosticados com Doença e Traço Falciforme.

**Quadro 1.** Proporção de nascidos com Doença Falciforme nos Estados que realizam o teste do pezinho:

| <b>DOENÇA FALCIFORME</b>                   |  |
|--|--|
| <b>Estados</b>                             | <b>Proporção de Nascidos Vivos/Ano</b> |
| Bahia                                      | 1: 650                                 |
| Rio de Janeiro                             | 1: 1200                                |
| Pernambuco, Maranhão, Minas Gerais e Goiás | 1: 1400                                |
| Espírito Santo                             | 1: 1800                                |
| Rondônia                                   | 1: 2540                                |
| Acre                                       | 1:3840                                 |
| São Paulo                                  | 1: 4000                                |
| Mato Grosso do sul                         | 1: 8360                                |
| Rio Grande do Sul                          | 1: 11000                               |
| Santa Catarina e Paraná                    | 1: 13500                               |

**Quadro 2.** Proporção de nascidos com Traço Falciforme nos Estados que realizam o teste do pezinho:

| TRAÇO FALCIFORME                           |                                 |
|--|---------------------------------|
| Estados                                    | Proporção de Nascidos Vivos/Ano |
| Bahia                                      | 1:17                            |
| Rio de Janeiro                             | 1:21                            |
| Minas Gerais, Pernambuco, Maranhão         | 1:23                            |
| Espírito Santo, Goiás                      | 1:25                            |
| São Paulo, Rondônia                        | 1:35                            |
| Acre                                       | 1:40                            |
| Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina | 1:65                            |
| Mato Grosso do Sul                         | 1:70                            |

Esses dados refletem a necessidade de reorganização, estruturação e qualificação da rede de assistência.

As pessoas com e traço falciforme necessitam apenas de orientação e informação genética, já as pessoas com doença falciforme necessitam de assistência prestada por equipe multiprofissional qualificada, é de fundamental importância o acompanhamento e tratamento clínico.

---

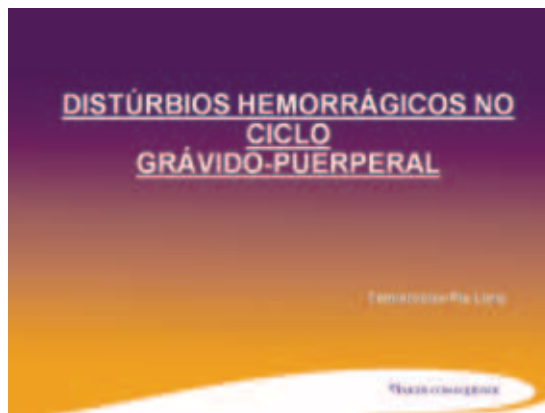
Nota dos organizadores

A gestante com doença falciforme deve ser acompanhada com atenção diferenciada, pois a “gestação pode agravar a doença, com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises dolorosas” (Zanette AMD. Gravidez e contracepção na doença falciforme. Rev bras.hematol. 2007;29(3):309-12.

# DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL

Temistocles Pie Lima

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.



## ORIGEM

- FETAL
- MATERNA

NAS CER CORDELLOS

## IMPORTÂNCIA

- UMA ENTRE AS DUAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA NO MUNDO
- PRIMEIRA CAUSA DE MORTE MATERNA NA ÁFRICA (33,9%) E NA ÁSIA (30,8%)
- SEGUNDA CAUSA DE MORTE MATERNA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

NAS CER CORDELLOS

## DEFINIÇÃO

- CRITÉRIOS VARIÁVEIS
  - >500 mL em partos vaginais e >1.000 mL em partos abdominais
  - >1.000 mL ou necessidade de transfusão em partos vaginais e >1.500 mL ou necessidade de transfusão em partos abdominais
  - Queda superior a 10 pontos no hematócrito
  - Classificação de ACS – ATLS (4 classes)

NAS CER CORDELLOS

## DEFINIÇÃO

- AVALIAÇÃO DAS PERDAS SANGÜINEAS
  - Estimativa visual
  - Pesagem de compressas/gazes
  - Laboratório
  - Sistemas de coleta do sangue perdido
- PECULIARIDADES DA GESTANTE
  - Hipertensão fisiológica
  - Hipotensão relativa patológica (DHGG)

NAS CER CORDELLOS

## DEFINIÇÃO

“Sangramento exagerado ou inoportuno que exige algum tipo de diferenciação na assistência obstétrica”

NAS CER CORDELLOS

## INCIDÊNCIA

- PARTOS VAGINAIS
  - 3% A 4%
- PARTOS ABDOMINAIS
  - ELETIVOS
    - + 4,84%
  - NÃO ELETIVOS
    - + 0,75%

NAS CER CORDELLOS

## CLASSIFICAÇÃO

- GESTACIONAL (ANTEPARTO)
  - Primeira metade
  - Segunda metade
- INTRAPARTO
- PUERPERAL

TEMISTOCLES

## FATORES DE RISCO

- NÃO OBSTÉTRICOS
- OBSTÉTRICOS

TEMISTOCLES

## FATORES DE RISCO

- NÃO OBSTÉTRICOS
  - Distúrbios da coagulação
    - Doença de von Willebrand
    - Hepatopatias
    - Leucoses/linfomas/infiltrações medulares
  - Hipertensão arterial
  - Medicamentos
    - Anticoagulantes
    - Antibióticos
  - Neoplasias
    - Leucemias
    - Câncer do útero
  - Insuficiência renal crônica
  - Êmbrão congelado

TEMISTOCLES

## FATORES DE RISCO

- OBSTÉTRICOS
  - Inserção placentária anômala
  - Corioamnionite
  - Macrosomia fetal
  - Gestação múltipla
  - Polidrâmnio
  - Antecedente obstétrico de sangramento
  - Sangramento durante a gestação
  - Iniciação do trabalho de parto

TEMISTOCLES

## FATORES DE RISCO

- OBSTÉTRICOS
  - DHEG
  - Prematuridade
  - Óbito fetal
  - Antecedente de retenção placentária
  - Apresentações fetais compostas
  - Anestesia peridural geral

TEMISTOCLES

## DIAGNÓSTICOS

- ABORTAMENTO
- PREENHIZ ECTÓPICA
- MOLÉSTIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL
- ATONIA UTERINA
- PLACENTA PRÉVIA
- DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

TEMISTOCLES

## DIAGNÓSTICOS

- LACERAÇÕES DO CANAL DE PARTO
- EMBOLIA ÂMNIO-CASEOSA
- RETENÇÃO DE LÓQUIOS
- INVERSÃO UTERINA AGUDA
- RUPTURA UTERINA
- RUPTURA HEPÁTICA
- RUPTURA DE ARTÉRIA OVARIANA
- RUPTURA DE SUPRA-RENAL

NASCER COM EQUIDADE

## ABORTAMENTO

- AMÉRICA LATINA E CARIBE APRESENTAM OS MAIORES PERCENTUAIS DE MORTE MATERNA ASSOCIADAS AO ABORTAMENTO
- INCIDÊNCIA DESCONHECIDA
- AUMENTO NO NÚMERO DE CASOS ASSOCIADOS A INFECÇÃO INTRA-UTERINA
- CONDUTA ATIVA FRENTE AO SANGRAMENTO EXAGERADO

NASCER COM EQUIDADE

## PRENHEZ ECTÓPICA

- 95% SÃO TUBÁREAS
- FREQUÊNCIA VARIÁVEL E CRESCENTE (5% A 15%)
- FATORES DE RISCO
  - LT
  - Antecedente de PE
  - DP
  - Uso de DIU
- SANGRAMENTO INTRAPERITONEAL POR VEZES INTENSO SEM PERDAS EXTERNAS SIGNIFICATIVAS

NASCER COM EQUIDADE

## PRENHEZ ECTÓPICA

- QUADRO CLÍNICO VARIÁVEL
- CONDUTA
  - Expectante
  - Clínica (MTX)
    - Ausência de sangramento intraperitoneal
    - < 3,5 cm
    - Ausência de PE
  - Cirurgia e laparoscopia ou laparotomia
    - Sangramento
    - Sangramento
    - Sangramento

NASCER COM EQUIDADE

## MOLÉSTIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

- TÍPICA DE PAÍSES POBRES
- INCIDÊNCIA VARIÁVEL (1:200 A 1:2.500)
- MAIS COMUM NOS EXTREMOS DA VIDA REPRODUTIVA
- QUADRO CLÍNICO
  - Sangramento de 1º metade da gravidez (?)
  - Ausência de BCF nos quatro trimestres

NASCER COM EQUIDADE

## MOLÉSTIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

- CONDUTA
  - Imediata
    - Esvaziamento (sem prole constituída)
    - Histerectomia (com prole constituída)
  - Mediata
    - Castrorceptivo (com óstio)
    - Controle dos níveis de HCG
    - Exame definitivo para sangrio especializado

NASCER COM EQUIDADE



## ATONIA UTERINA

- RESPONSÁVEL POR 75% A 90% DAS HEMORRAGIAS PUERPERAIS
- CONDUTA
  - Massagem uterina
  - Uterotônicos
    - + Oxitocina
    - + Derivados do Ergol
    - + Prostaglandinas
  - Resposta sintomática
    - + Tratamento com glicose
    - + Nitroato de glicerol
    - + Logunina de ceto-ésteres
    - + Metilxantinas (ergot)

BRUNO CHAGAS

## PLACENTA PRÉVIA

- INCIDÊNCIA DESCONHECIDA (0,3% A 1,7%)
- ASSOCIAÇÃO COM GRAUS VARIÁVEIS DE PENETRAÇÃO NA PAREDE UTERINA (PARTICULARMENTE NAS PORTADORAS DE CICATRIZES PRÉVIAS)
- QUADRO CLÍNICO
  - Sangramento indolor no 3º trimestre de gestação
  - Localizados ultra-sonográficos
- CONDUTA OBSTÉTRICA
  - Entre 30 e 34 (37 a 38 S)

BRUNO CHAGAS

## DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

- INCIDÊNCIA DESCONHECIDA (<1%)
- FATORES DE RISCO
  - Estados hipertensivos
  - Traumas
  - Polidramio
  - Tabagismo/alcoolismo
- QUADRO CLÍNICO
  - Sangramento associado à dor
  - Hipertensão arterial

BRUNO CHAGAS

## DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

- CONDUTA
  - Obstétrica
    - + Ruptura de membranas
    - + Utilização do parto pela via mais rápida
  - Correção dos distúrbios associados
    - + Hemorragia uterina
      - Histerectomia
    - + Anemia (glicocálcio venoso arterial)
    - + Hipócalcemia

BRUNO CHAGAS

## MEDIDAS GERAIS

- ACONSELHAMENTO/INTERVENÇÃO PRÉ-GESTACIONAL PARA AS MULHERES QUE POSSAM APRESENTAR CONDIÇÕES DE RISCO PARA UMA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.

BRUNO CHAGAS

## MEDIDAS GERAIS

- PRÉ-NATAL ADEQUADO
  - Busca ativa dos fatores de risco para hemorragias obstétricas
  - Correção/controlar daquelas situações em que isso é possível
  - Encaminhamento, para serviços de maior complexidade, dos casos que possam exigir uma atenção especializada

BRUNO CHAGAS



## MEDIDAS GERAIS

- INCENTIVO AO USO SISTEMÁTICO DE UTEROTÓNICOS (OCITOCINA/PROSTAGLANDINAS?) NO MANEJO ATIVO DO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## MEDIDAS GERAIS

- POSSIBILIDADE DE ACESSO A TÉCNICAS ESPECÍFICAS (CATETERIZAÇÃO DE ARTÉRIAS HIPOGÁSTRICAS) PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE PLACENTAÇÃO ANÔMALA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## MEDIDAS GERAIS

- DEFINIÇÃO DE CENTROS SECUNDÁRIOS/TERCIÁRIOS PARA ATENDIMENTO DOS CASOS DE RISCO PARA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA
  - Grade de referência pré-estabelecida
  - Fornecimento de recursos técnicos e pessoais
  - Reciclagem/qualificação dos profissionais que atuam em centros desta subárea

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## MEDIDAS GERAIS

- DISPONIBILIZAÇÃO DE HEMODERIVADOS PARA AS UNIDADES OBSTÉTRICAS, DE TAL FORMA QUE O ACESSO A TAIS PRODUTOS SEJA FEITO DE MODO RÁPIDO E CONFIÁVEL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO INSEGURO E REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Cristião Fernando Rosa

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.



## Justificativa para Elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento

### Magnitude do Aborto:

- Prática de aborto traduz inequívoca expressão das desigualdades sociais no Brasil
- Aspectos culturais, religiosos e legais inibem as mulheres de declarar seus abortamentos
- Apesar da precariedade das estatísticas sobre agravos resultantes dos abortos clandestinos, alguns dados são reveladores da gravidade do problema.
- Em pesquisa realizada em 2000 (www.ipas.org.br):
  - 20% das mulheres declararam já terem realizado aborto, sendo 35% com citotec, 28% em clínicas, 23% com remédios caseiros e, 13% com parteiros
  - 28% não procuraram médico antes ou depois o aborto

BRASIL/ORGANIZAÇÃO

## Justificativa para Elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento

### Dados sobre Abortamento:

Procedimentos Hospitalares do SUS: Curetagem pós-aborto

| Região   | 2000    | 2001    | 2002    | 2003    | TOTAL     |
|----------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Norte    | 11.813  | 13.918  | 11.547  | 11.437  | 183.441   |
| Nordeste | 83.056  | 87.790  | 91.735  | 96.983  | 478.280   |
| Sudeste  | 99.287  | 97.569  | 111.473 | 95.258  | 559.774   |
| Sul      | 77.087  | 77.077  | 75.525  | 77.546  | 122.133   |
| C. Oeste | 21.137  | 15.541  | 17.531  | 8.676   | 85.450    |
| TOTAL    | 228.992 | 241.801 | 267.755 | 134.700 | 1.349.678 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS em Aracaju (2003)

BRASIL/ORGANIZAÇÃO

## Justificativa para Elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento

### Dados sobre Abortamento:

- Curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado na rede pública, superada apenas pelos partos normais
- O Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) informa o número de internações para curetagens pós-aborto e a frequência de óbitos nos serviços públicos

BRASIL/ORGANIZAÇÃO

## Justificativa para Elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento

### Mortalidade:

- O Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/MS) consolida o registro do abortamento em declaração de óbito, neste caso, com grande sub-notificação em todo país
- Os dados dos procedimentos de histerectomias (retirada do útero) no sistema de informação do SUS(SIH), demonstram:
  - No ano de 2002, na faixa etária de 15 a 19 anos, foram realizadas um total de 85 histerectomias e na de 20 a 29 anos, 3.147;
  - Nos anos 1998 e 1999, faixa etária de 20 a 29 anos foram realizados 3.204 e 3180 histerectomias, respectivamente
- A região Nordeste detém em 1998, o maior número de procedimentos, com 1.279 histerectomias na faixa etária de 20 a 29 anos (Aracaju, 2003)

BRASIL/ORGANIZAÇÃO

## Justificativa para Elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento

### Mortalidade:

- A pesquisa de Laurenti e colaboradores encontrou entre as mulheres gravídas no momento da morte, 20,8% de gravidezes que terminavam em aborto; logo, o aborto foi uma das principais causas diretas de morte materna dessas mulheres.
- A mesma pesquisa demonstra uma razão de 74 mortes de mulheres por cem mil nascidos vivos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal
- Estudo realizado por La Guardia e colaboradores (Aracaju, 2003) no Rio de Janeiro estimou que 60% das mortes maternas classificadas como "infecção" estavam associadas com o aborto.

BRASIL/ORGANIZAÇÃO

## Justificativa para Elaboração da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento

### Gravidez por Violência:

- Pesquisa realizada pela OMS, em São Paulo e na zona da mata em Pernambuco, refere que 29% das mulheres que sofreram abortamento tinham história de violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Porém, entre as mulheres que relataram violência, somente 16% em São Paulo e 11% em Pernambuco buscaram serviços de saúde.
- Existe grande discriminação e desumanização do atendimento dos serviços públicos às mulheres em situação de abortamento, que produz:
  - Uma recusa da internação em certos hospitais;
  - Longa espera para atendimento

BRASIL/ORGANIZAÇÃO



### Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

**:: Plano Internacional ::**

- Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993) ⇒ direitos das mulheres são parte integral dos direitos humanos universais
- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e Conferência Mundial sobre Mulher, Beijing (1995) ⇒ direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos

### Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

**:: Plano Internacional ::**

- **A saúde reprodutiva inclui o direito de mulheres e homens:**
  - disfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco;
  - possuir uma liberdade para decidir fazer ou não, quando e com que frequência;
  - informação e ao acesso a métodos seguros, eficazes e reversíveis de planejamento familiar de sua escolha;
  - acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e ao parto sem riscos.

Fonte: Art. 13, Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994.

### Conferência do Cairo

**Programa de Ação – Parágrafo 8.25  
Setembro de 1994.**

*“Em nenhum caso o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e relevantes organizações inter-governamentais e não governamentais são instados a fortalecer seu comprometimento com a saúde das mulheres, a considerar o impacto na saúde do aborto inseguro como um grave problema de saúde pública, e reduzir o recurso ao aborto através da expansão e da melhoria dos serviços de planejamento familiar.*”

### Conferência do Cairo

**Programa de Ação – Parágrafo 8.25  
Setembro de 1994.**

*“A prevenção da gravidez indesejada precisa receber a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade do Aborto. As mulheres com gravidez indesejada devem ter pronto acesso a informação confiável e aconselhamento compassivo. Quaisquer medidas ou mudanças relacionadas ao Aborto dentro do sistema de saúde somente podem ser determinadas em nível nacional ou local, de acordo com o processo legislativo nacional.*”



## Conferência de Cairó

### Programa de Ação – Parágrafo 8.25 Setembro de 1994.

*Nas circunstâncias em que o Aborto não seja contrário à lei, deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de Qualidade para o atendimento de complicações advindas do Aborto, O aconselhamento, a educação e os serviços de planejamento familiar pós-aborto devem ser prontamente oferecidos, no sentido de ajudar a mulher a evitar sua repetição."*

...//

UNIVERSIDADE

## Conferência Cairó + 5

### Artigo 63, iii

"em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis".

UNIVERSIDADE

## Marcos Conceitual da Atenção Humanizada ao Abortamento

1. "Aconselhamento" - Acalmar, Apoiar, Informar e Orientar.
2. Serviços de Emergência - capacitados com referências éticas para o tratamento com qualidade das complicações de abortamentos espontâneos ou de Abortos inseguros.
3. Serviços de Atenção Integral a Saúde Reprodutiva - "Links" ou vínculos de integração entre o atendimento de emergência ao abortamento e os ambulatórios ginecologia
4. Parceria entre a Comunidade e os Prestadores de Serviço
5. Planejamento Reprodutivo Pós-Aborto

UNIVERSIDADE

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### Plano Nacional ::

#### Constituição Federal

• "Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações" (art. 3.º, I)

• "Fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedado qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas" (art. 226, parágrafo sétimo)

UNIVERSIDADE

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### Plano Nacional :: Código Penal, doutrina e jurisprudência

• Não é crime e não se pune o abortamento praticado por médico (CPL, se:

- não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I);
- a gravidez resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher, ou se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II).

• Malformação fetal grave irreversível e incompatível com a vida

UNIVERSIDADE

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### Plano Nacional ::

• Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes

### Código Civil

UNIVERSIDADE

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ∴ Sigilo Profissional:

• **Constituição Federal:** "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação" (art. 5º, XI)

• **É crime:** "revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem" (Código Penal, art. 154).

BRUNO MAGALHÃES

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ∴ Sigilo Profissional:

É anti-ético: "Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente."

"Parágrafo único- Permanece essa proibição:

- Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido
- Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento."  
( Código de ética médica, art. 102)

BRUNO MAGALHÃES

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ∴ Sigilo Profissional:

• **Estatuto da criança e do adolescente:**

- **Considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 anos e antes de completar 18 anos; e**
- **Deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade**

BRUNO MAGALHÃES

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ∴ Sigilo Profissional:

- **Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao ministério público, pois o sigilo é dever legal e ético, salvo para proteção da paciente e com o seu consentimento expresso.**
- **O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético- profissional contra quem revelou informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.**

BRUNO MAGALHÃES

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ∴ Sigilo Profissional:

- **É anti-ético:** " Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente."  
( Código de ética médica – art. 103)

BRUNO MAGALHÃES

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ∴ Sigilo Profissional:

- **A assistência a menor de 18 anos em abortamento deve, pois, submeter-se ao princípio da proteção integral.**
- **Se a revelação for feita para preservá-la de danos, estaria afastado o crime de revelação de segredo profissional.**
- **A revelação do fato também pode acarretar prejuízos mais graves ( afastamento do serviço de saúde e perda de confiança nos profissionais que a assistem)**
- **A decisão, qualquer que seja, deve estar justificada no prontuário da adolescente.**

BRUNO MAGALHÃES

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ● **Objecção de consciência**

#### ● **Não cabe objecção de consciência:**

- i) Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
- ii) Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça e quando a mulher puder sofrer danos à ou agravos à saúde em razão da omissão do médico(a);
- iii) No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência

OBJETIVOS

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ● **Referências da Bioética no Abortamento:**

#### ● **Atenção Humanizada ao Abortamento pressupõe:**

- **Autonomia:** direito da mulher decidir sobre seu corpo e sua vida;
- **Beneficência:** maximizar o benefício e minimizar o dano;
- **não-maleficência:** redução dos efeitos adversos das ações;
- **Justiça:** profissional de saúde deve ser imparcial nas suas atuações com mulheres.

OBJETIVOS

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ● **Consentimento informado na interrupção legal da gravidez::**

- O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento.
- Mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e expressão da vontade, é necessário o consentimento de representante legal (curador e / ou tutor).

OBJETIVOS

## Aspectos Ético-Profissionais e Jurídicos do Abortamento

### ● **Consentimento::**

- De acordo com o Código Civil arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 - Código Civil:
  - A partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha;
  - A partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela;
  - Antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

OBJETIVOS

## Acolher e Orientar

● **Acolhimento e Orientação** são elementos importantes para atenção de qualidade e humanizada à mulher em abortamento

● *Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência.*

● Acolhimento é tarefa da Equipe de Saúde

OBJETIVOS

## Acolher e Orientar

### ● **É responsabilidade da Equipe de Saúde:**

- Respeitar a fala da mulher
- Organizar o acesso da mulher
- Identificar as necessidades e riscos à saúde
- Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis
- Garantir a privacidade no atendimento
- Realizar procedimentos técnicos de forma humanizada

OBJETIVOS



## Acolher e Orientar

### • É responsabilidade dos Profissionais de Saúde Mental e Serviço Social:

- Prestar apoio emocional imediato, e longo prazo se necessário.
- Identificar as reações do grupo social (familiares,...)
- Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos.

SAÚDE INTEGRAL

## ATUAÇÃO EMOCIONAL DA PACIENTE



## Atualização de "emergência" na Assistência ao Abortamento

### Em que consiste:

- *Estabelecer empatia com a paciente, providenciando apoio emocional, antes, durante e depois do procedimento*
- *Identificar os sentimentos e necessidades de informações da paciente em relação ao aborto e seu significado pessoal*
- *Fornecer informações necessárias para que compreenda sua condição, assim como o tratamento médico, para que possa tomar decisões informadas sobre planejamento familiar*
- *Respeitar os valores da paciente sem prejudicá-la nem julgá-la*

SAÚDE INTEGRAL

## Aconselhamento de "emergência" no procedimento de AMIU

### Para que oferecer aconselhamento de emergência?

- *Para ajudar a paciente a entender seu problema de saúde, aceitar seus sentimentos, diminuir a ansiedade e ter confiança em si mesma*
- *Ajudá-la a tomar decisões informadas sobre futuras gerações*

SAÚDE INTEGRAL

## Interações entre as pacientes e os profissionais de saúde

- *Respeito pela habilidade e direito das mulheres tomarem decisões e fazerem escolhas conscientes sobre sua própria saúde e fertilidade*
- *Ausência de atitudes tendenciosas por parte do profissional de saúde ou coerção ao conduzir o tratamento*
- *Oportunidade para as mulheres expressarem seus pontos de vista, preocupações e dúvidas*
- *Atenção às preocupações manifestadas pelas mulheres*

SAÚDE INTEGRAL

## Interações entre as pacientes e os profissionais de saúde

- *Respeito e apoio emocional às mulheres e sua situação pessoal, ao mesmo tempo em que as suas necessidades médicas são satisfeitas*
- *Atitudes não condenatórias*
- *Uma atmosfera de confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres*
- *Respeito às necessidades das mulheres de manter a confiabilidade*

SAÚDE INTEGRAL



## Serviço de Emergência Tocoginecológica

- Aumentar a disponibilidade de Serviços de alta qualidade e capacitados no tratamento ao Aborto Inseguro e Espontâneo com referenciais ético-legais e bioéticos.
- Norma Técnica – Atenção Humanizada à mulher em situação de Abortamento.
- Estabelecimento de protocolos clínicos para tratamento cirúrgico e farmacológico do Aborto .
- Utilização de técnicas versáteis, seguras e de menor custo

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

• Abortamento é interrupção da gravidez até 20ª-22ª semanas, com o produto da concepção < 500g

• Abortamentos podem ser classificados em:

- Ameaça ao Abortamento
- Abortamento Completo
- Abortamento Inevitável/ Incompleto
- Abortamento Retido
- Abortamento Infectado
- Abortamento Habitual
- Abortamento Eletivo Previsto em Lei

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

### 1. Ameaça de Abortamento

- Sanguramento genital de pouca a moderada intensidade
- Colo uterino encontra-se fechado
- Útero com medida-se normal
- Não existe indicação de internação hospitalar

### 2. Abortamento Completo

- Ocorre em gestações com menos de oito semanas
- Perda sangüínea e dores diminuem com expulsão do material
- Conclusa de observação com atenção ao sangramento e infecção
- Se mulher desejar interromper perda sangüínea, deve ser realizada AMBU, e na falta desta, a curetagem uterina

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

### 3. Abortamento Incompleto

- Sanguamento é maior que na ameaça ao abortamento, e dilata com saída de coágulos ou restos ovulares
- Dores intensas e sifício cervical interno encontra-se aberto
- Indica-se a AMBU em gestações com menos de 12 semanas
- Indica-se em algumas situações misoprostol na dose de 200mcg/12/12 horas, via vaginal, podendo estar associado a indução com ocitocina

### 4. Abortamento Retido

- Pode haver o abortamento retido sem sinais de ameaça
- Pode ser tratado com misoprostol em gestações com menos de 12 semanas e entregar a técnica de AMBU

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

### 5. Abortamento Infectado

- Associada a manipulação da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras
- Infecções polimicrobianas
- Manifestações clínicas: elevação da temperatura, sangramento genital, dores abdominais
- Exames necessários: hemograma, urina tipo I, coagulograma, hemocultura, cultura da secreção vaginal, raios-x do abdome, ultra-sonografia pélvica, tomografia
- Esvaziamento uterino (gestações até 12 semanas) com AMBU

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

### 6. Abortamento Habitual

- Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana
- Necessário o encaminhamento das pacientes para tratamento especializado

### 7. Abortamento Eletivo Previsto por Lei

- Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida a opção de escolha da técnica: abortamento farmacológico ou medicamentoso, procedimentos aspirativos (AMBU ou elétrica) ou dilatação e curetagem.

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

### • Técnicas de Esvaziamento Uterino:

- Os métodos aceitados para o primeiro trimestre da gravidez são: aspiração intra-uterina (manual ou elétrica), abortamento farmacológico e curetagem uterina
- No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método único, podendo ser complementado com curetagem ou aspiração uterina

#### CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO MÉTODO

- Disponibilidade de métodos no serviço
- Capacitação dos serviços para cada método
- Condições clínicas, psicológicas e sociais da mulher

Ministério da Saúde

## Atenção Clínica ao Abortamento

### • Os Métodos •:

- **Abortamento Farmacológico:** é utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento
- **Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU):** utiliza cânulas de Karmans Easy grip, com diâmetros de 4 a 12m, acopladas a seringa com vácuo, promovendo retração de restos ovulares
  - Nos casos de abortamento infectado AMIU é técnica eleta, sendo o procedimento recomendado pela OMS e FIGO
- **Curetagem Uterina:** dilatado o colo uterino por dilatadores Deminon ou velas de Hegar, introduz a cureta e promove a raspagem da cavidade uterina, extraíndo-se o material
  - Pode provocar acidentes, como perfuração do útero

Ministério da Saúde

## Serviços de Saúde Reprodutiva

- Aprimorar os Sistemas de Referência e Contra-referência e mecanismos de acompanhamento (*consulta de Revisão*)
- Acessibilidade a outros serviços de Saúde reprodutiva pelas mulheres
- Prevenção, educação e triagem em DST/HIV
- Referência a serviços de apoio médico-psico-social nos casos de violência sexual
- Diagnóstico e tratamento para os casos de Infertilidade
- Educação sexual, nutrição e higiene
- Referência para prevenção do Câncer Ginecológico

Ministério da Saúde

## Parceria entre a Comunidade e os Prestadores de Serviço

- Promoção de serviços baseados nos direitos humanos, e que satisfaçam as prioridades e necessidades das comunidades e das mulheres
- Educação sobre planejamento familiar
- Mobilização da comunidade, a fim de assegurar às mulheres em situação de emergência obstétrica o atendimento oportuno
- Acesso a populações especiais – adolescentes, vítimas de violência, trabalhadoras do sexo, deficientes físicas e mentais, escolas, clubes.

Ministério da Saúde

## Planejamento Reprodutivo Pós-Abortamento

- Informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase imediata após o abortamento ⇒ necessário o uso de anticoncepção
- Informar todos os métodos anticoncepcionais aceitos no Brasil
- Orientar a mulher sobre o planejamento de uma nova gravidez

Ministério da Saúde

## Planejamento Reprodutivo pós-Aborto

- Evitar a repetição de Abortos Inseguros
- Proteger das consequências físicas e psicológicas do processo
- Retardar ou praticar o espaçamento entre gestações
- Ajudar as mulheres a atingirem suas metas reprodutivas

Ministério da Saúde

### Rompendo o ciclo do abortamento realizado sob condições de risco



### Bibliografia

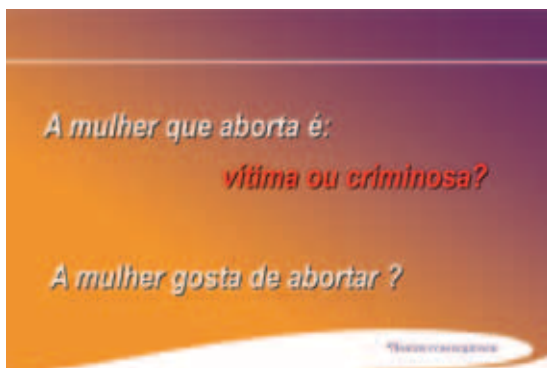
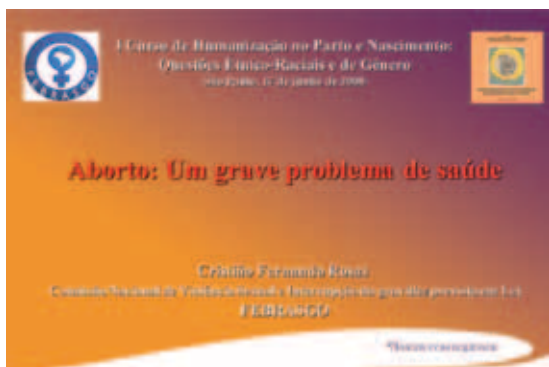
- Artigo: M.L.O (2003) *Impacto da Gravidez Indesejada na Saúde da Mulher*. Artigo apresentado no Seminário Os Novos Desafios da Responsabilidade Política, CEPIA, Rio de Janeiro, 19-21 de Setembro de 2003.
- Ministério da Saúde (2004), *Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento*, Ministério da Saúde, 10 de Agosto.
- [www.ipus.org.br](http://www.ipus.org.br)
- [www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)

BRASIL/IBRCEL/MS

# ABORTO: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE

Cristião Fernando Rosa

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.



## O QUE SIGNIFICA ESTAR **CONTRA** OU A **FAVOR** DO ABORTO?

HÁ PESSOAS QUE ESTÃO "A FAVOR" DO ABORTO?

© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

## ESTAR A FAVOR OU CONTRA O ABORTO

É um falso dilema

- Não existem pessoas **a favor** do aborto

© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

## A DIFERENÇA ESTÁ NA SOLUÇÃO DO PROBLEMA DO ABORTO

- Existem pessoas que crêem que a solução é condenar a mulher que aborta
- Outras que crêem que condenar a mulher que aborta não é a solução e tem um custo muito alto

© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

## O Dilema Ético do Aborto

- ✓ Existem **circunstâncias** em que o aborto aparece como um **mal menor**
- ✓ As **circunstâncias** em que se aceita o aborto são **distintas** em diferentes sociedades e mudam ao longo da história

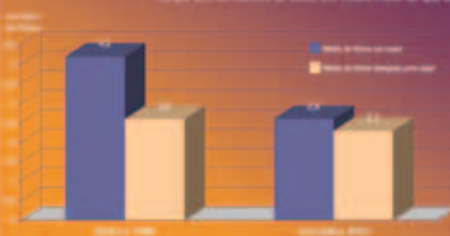
© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

Por que as mulheres recorrem ao abortamento ?

© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

Por que as mulheres recorrem ao abortamento ?

Porque 80% das mulheres de 15-49, em média, preferem não engravidar



Fonte: Demographic and Health Survey, 2008

© 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100





### Por que as mulheres recorrem ao abortamento ?

Porque existem relações sexuais não voluntárias

- Violência sexual
- Coerção nas relações sexuais
- Gravidez forçada

Fonte: Longtin & Lussier, 1998

### Por que as mulheres recorrem ao abortamento ?

Porque falham os métodos anticoncepcionais falham

1. 69% das gestações devido a falha dos métodos anticoncepcionais com uso perfeito
2. 80% das gestações devido a falha dos métodos anticoncepcionais com uso típico ou habitual

Fonte: World Health Organization, Reproductive health surveys, population health systems, 2002

### Aborto inseguro

"Procedimento para interromper uma gravidez não desejada realizado por pessoas que não tenham as habilidades necessárias ou em ambientes que não cumpram com as mínimas requisitos médicos, ou ambas as condições"

Fonte: World Health Organization, Unsafe Abortion, 1998

### O abortamento inseguro é um grave problema de saúde pública?

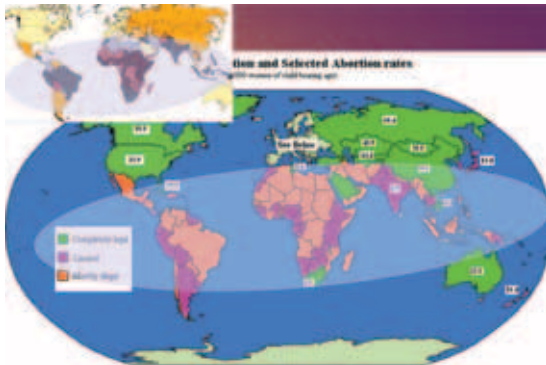
Fonte: World Health Organization, Unsafe Abortion, 1998

## Aborto inseguro é um grave problema de saúde pública

•Pela sua magnitude

•Por suas consequências

Universidade



### Dados mundiais sobre o abortamento inseguro

- 216 milhões de gestações / ano
- 75 milhões de gestações não desejadas
- 46 milhões de abortos induzidos / ano (22%)
- 26 milhões de abortos inseguros / ano
- 57 mil mulheres morrem por aborto inseguro / ano
- milhões de mulheres com graves complicações reprodutivas

Fonte:  
World Health Organization, Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems, 2012  
WHO Health Department, Unsafe Abortions, 1990

Universidade

### A magnitude do aborto

•26 % de todas as gravidezes terminam em aborto no mundo

•Uma de cada quatro gestações é voluntariamente interrompida cada ano

Fonte: Institute, Singh and Haas (1998).

Universidade

### Abortamento inseguro na América Latina

- 182 milhões de gestações / ano
- 38% são planejadas
- 4 milhões de abortamentos
- 21 - 24 % das mortes maternas

Fonte:  
World Health Organization, Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems, 2012  
WHO Health Department, Unsafe Abortions, 1990

Universidade

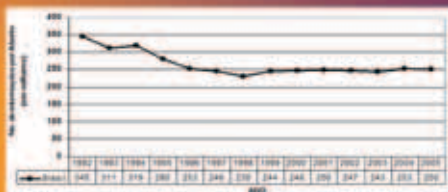


## Abortamento inseguro no Brasil

- 2,07 abortos por 100 mulheres de 15 a 49 anos
- Parte das mulheres jovem menores de 20 anos e primigestas
- 20% das mortes maternas no Maranhão (1987 - 1991)
- Salvador - 1ª causa de morte materna desde 1995
- 2ª causa de morte maternas em São Paulo - 5,5%
- 3ª causa de morte maternas de internação
- 2ª intervenção cirúrgica mais realizada
- 350 mil internações pelo Sistema Único de Saúde para tratamento das complicações do abortamento

Fonte: Ministério da Saúde Brasil - IMSUS/USF Brasil - 2001  
Alan Guttmacher Institute, 1994

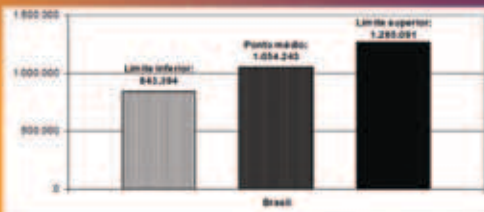
## Numero de internações no SUS por abortamento (em milhares) Brasil - 1992 a 2005



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

© Editora Manole

## Estimativas do número de abortos induzidos Brasil - 2005

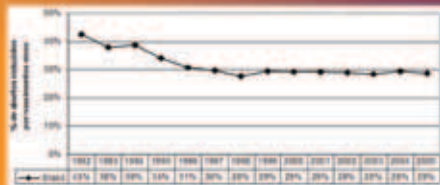


Fonte: Instituto de Medicina Social (IMS) e IPAS Brasil - 2007

© Editora Manole

## Estimativa da razão de abortos induzidos por 100 nascimentos vivos

As estimativas da razão de abortos induzidos por 100 nascimentos vivos foram calculadas pelo cálculo: estimativa do número de abortos induzidos X 100 / (taxa anual de natalidade X população residente estimada pelo IBGE)

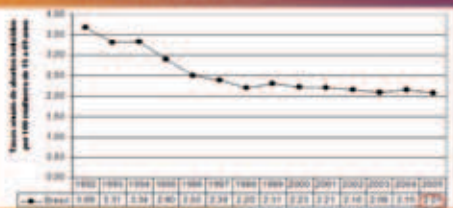


Fonte: Instituto de Medicina Social (IMS) e IPAS Brasil - 2007

© Editora Manole

## Estimativa das taxas anuais de abortos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos

As estimativas das taxas anuais de abortos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos foram calculadas pelo cálculo: estimativa do número de abortos induzidos X 100 / a população de mulheres de 15 a 49 anos



Fonte: Instituto de Medicina Social (IMS) e IPAS Brasil - 2007

© Editora Manole

## Taxas anuais de aborto induzido por 1000 mulheres de 15 a 49 anos por Unidade da Federação



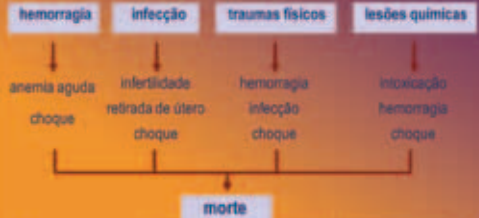
## Aborto inseguro é um grave problema de saúde pública

•Pela sua magnitude

•Por suas consequências:  
Complicações e Mortes Maternas

WORLD ORGANIZATION

## Consequências do abortamento inseguro



Fonte: *World Health Organization, Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence and Mortality in 2000*, 4th ed., Geneva, 2004.

WORLD ORGANIZATION

## MORTES MATERNAS NO MUNDO

Entre 530 e 580 mil Mortes Maternas por ano

•13 a 15% devido a Aborto inseguro

•98% das mortes por aborto ocorrem em países menos desenvolvidos

•500 mortes maternas por aborto / dia

•1 morte a cada 7 minutos (3 mortes nesta apresentação)

World Health Organization, *Unsafe Abortions*, 1998

World Health Organization, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidelines for Health Systems*, 2001

WORLD ORGANIZATION

## MORTALIDADE POR ABORTO INSEGURO POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, POR REGIÃO



(1) Espanha, Japão, Austrália e Nova Zelândia. (\*) Desconhecido

Fonte: World Health Organization, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence and Mortality in 2000*, 4th ed., Geneva, 2004.

WORLD ORGANIZATION

## Aborto Seguro x Aborto Inseguro

### Risco de morrer por aborto inseguro

- Mundo desenvolvido - 1/37.007
- Europa Oriental - 1/1.900
- América Latina e Caribe - 1/800
- Ásia e ocidente: Japão, Austrália, N. Zelândia - 1/250
- África - 1/150

Fonte: World Health Organization, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidelines for Health Systems*, 2001

WORLD ORGANIZATION

## Aborto Seguro x Aborto Inseguro

### Taxa de mortalidade por aborto

- Mundo desenvolvido - 0,2 - 1,2/100.000
- Mundo subdesenvolvido (excluíndo a China) - 330/100.000
- África - 680/100.000
- Ásia e ocidente: Japão, Austrália, N. Zelândia - 183/100.000
- América Latina e Caribe - 133/100.000

América Latina - Mortalidade Materna e 1998 (em azul)

Fonte: World Health Organization, 2001

WORLD ORGANIZATION

## Aborto seguro x aborto inseguro

EUA (aborto seguro) → 1 morte materna em 100.000 casos (0,001%)

Países em desenvolvimento → 1 morte materna em 100 casos (1%)

mortalidade materna 1.000 vezes maior

Fonte: Ministério da Saúde - Livro Branco, 2002

\*Universidade

## NÍVEL SÓCIO ECONÓMICO E ABORTO

| NÍVEL ALTO |                                     | NÍVEL BAIXO |  |
|------------|-------------------------------------|-------------|--|
| +          | Gravidez não desejada               | ++++        |  |
| +++        | Aborto se a gravidez não é desejada | +           |  |
| ++++       | Acesso ao aborto seguro             | (-)         |  |
| (-)        | Mortalidade por aborto              | +++         |  |

\*Universidade

## RISCO DE MORTE POR ABORTO SEGUNDO SITUAÇÃO LEGAL DO ABORTO NO PAÍS



\*Universidade

## MORTES MATEERNAS POR ABORTO NO BRASIL

•11% das mortes maternas

•15% das mortes maternas diretas (nas capitais)/2002

Fonte: Lacerd et al. B.M. April 2004

\*Universidade

## Óbitos Maternos Brasil - 2005

| Grupo CIE10   | Óbitos_p Coordinec |
|---|--------------------|
| Doença pelo uso de medicamento (D94)                | 41                 |
| Morb. complic. aborto, distúrbio. feto/plac. fetal  | 2                  |
| Queda de um feto em um aborto                       | 130                |
| Edema pulmonar agudo hipertên. grav. pós-parto      | 414                |
| Distúrbio circulatório sist. coronário e cerebral   | 89                 |
| Acidose metab. aguda fetal (ou neonatal) após parto | 118                |
| Complicação do trabalho de parto e do parto         | 204                |
| Intoxicação pelo uso indevido de medicamentos       | 217                |
| Outros abortos espontâneos (O02.9)                  | 200                |
| Total   | 1620               |

Fonte: Ministério da Saúde - Demoso 2005

\*Universidade

## Número de Mortes Maternas Brasil - 2000 a 2004

| grupos de idade      | óbitos por aborto (2000 a 2004) |
|----------------------|---------------------------------|
| 10 a 19 anos         | 119                             |
| 20 a 29 anos         | 323                             |
| 30 a 39 anos         | 219                             |
| 40 a 49 anos         | 36                              |
| Total (10 a 49 anos) | 697                             |

Fonte: Ministério da Saúde - Demoso 2005

\*Universidade

**Índice de Mortalidade Materna por Complicações de Aborto  
Município de São Paulo – 1993 a 2006**



Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 2007

Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

**Mortalidade Materna por Aborto – Causas  
Município de São Paulo – Trimênio 2004/2006**

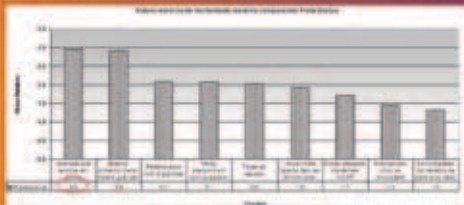
| PATOLOGIA         | 04-06     | %            |
|-------------------|-----------|--------------|
| ABORTO ESPONTÂNEO | 4         | 14,3         |
| ABORTO RETIDO     | 3         | 10,7         |
| ABORTO PILO-OCIDO | 13        | 46,4         |
| CORIOCARCINOMA    | 2         | 7,1          |
| GESTAÇÃO ECTÓPICA | 4         | 14,3         |
| INFECÇÃO OVARIL   | 1         | 3,6          |
| HIPERESTÍMULO     | 1         | 3,6          |
| <b>TOTAL</b>      | <b>28</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, 2007

Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

**ESTIMATIVAS DE RISCOS RELATIVOS PARA ESTAS CAUSAS ESPECÍFICAS,  
COMPARANDO MULHERES PREMIAS COM MULHERES BRANCAS**

Além disso, a idade avançada é que confere maior risco de complicações em todas as causas específicas de mortalidade materna, como demonstrado pela e "Gravidez que termina em aborto" e pela e "Aborto". Outros fatores como a frequência de partos no período, no parto e no pós-parto, são aspectos importantes a serem considerados.

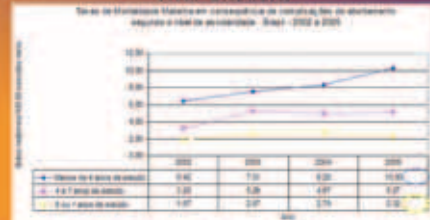


Fonte: Instituto de Mortalidade Brasil 1997 a 2003 Brasil - 2005

Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

**Estimativas das Taxas de Mortalidade Materna em consequência de  
complicações de abortamento segundo o nível de escolaridade:**

**Brasil - 2002 a 2005**



Comparando estas taxas, observamos que mulheres com menos de 4 anos de estudo suportam um risco 5 a 6 vezes maior de mortalidade materna em consequência de complicações de abortamento do que as mulheres que tiveram oito anos ou mais de estudo.

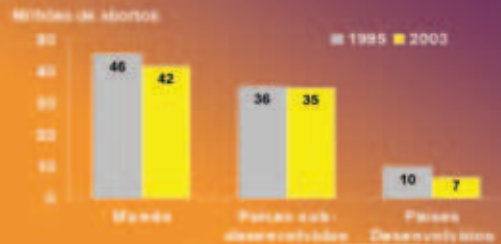
**Aborto inseguro é um grave problema de  
saúde pública**

- Pela sua magnitude
- Por suas consequências:  
Complicações e Mortes Maternas

O que fazer?

Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

**REDUÇÃO NO NÚMERO DE ABORTOS NOS  
ÚLTIMOS OITO ANOS**



Fonte: Singh et al. The Lancet, 375(9395):1338-1342, 2007

Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



## TAXAS DE ABORTO EM DIFERENTES REGIÕES DA EUROPA

Abortos por 1.000 mulheres de 15-44 anos



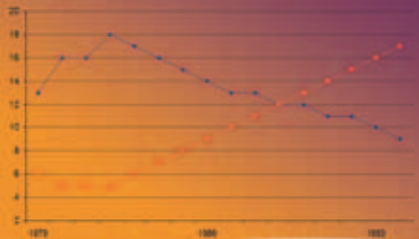
Fonte: Singleton, The Lancet, 370(9205):1336-1342,2007

## MUDANÇAS PERCENTUAIS NAS TAXAS DE ABORTO E USO DE CONTRACEPTIVOS NA RÚSSIA



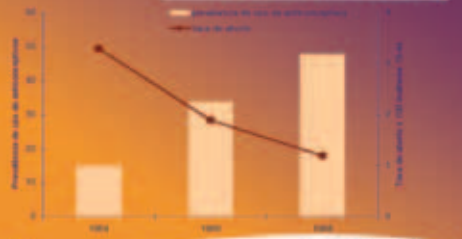
Fonte: Winzler, CF, Recent Trends in Abortion and Contraception-12. Courtes: DHS Analytical Profiles No. 8, Calverton, Maryland: ORC Macro, 2000

## Prevalência do uso de anticoncepcionais orais e taxa de aborto Itália, 1979 a 1994



Fonte: Bergaglio G, Pera S. - Eur J Contracept Reprod Health Care, 1998; 1(1): 38-48

## Prevalência do uso de anticoncepcionais e taxa de abortamento em San Gregório, Santiago de Chile, 1964-1968



Fonte: Fombona et al, 1971

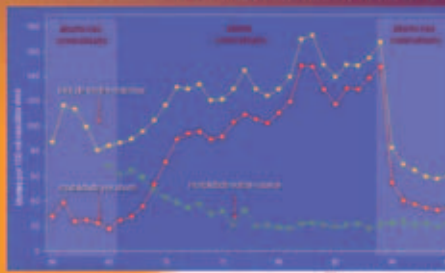
## Efeitos da proibição legal sobre as taxas de abortamento

## TAXA ANUAL DE ABORTOS POR 100 MUJERES EN EDAD FÉRTIL - PAÍSES CON ABORTO LEGAL E ILEGAL

| ABORTO LEGAL       | TASA | ABORTO "ILEGAL" | TASA |
|--------------------|------|-----------------|------|
| Holanda            | 0,33 | México          | 2,33 |
| Canadá             | 1,20 | Brasil          | 3,97 |
| Inglaterra e Gales | 1,42 | Rep. Dominicana | 4,37 |
| EEUU               | 2,73 | Chile           | 4,54 |
| Cuba               | 5,80 | Peru            | 5,19 |

Fonte: Alan Guttmacher, 1984. URL: http://www.guttmacher.org

**Efeito da proibição do abortamento sobre a mortalidade materna e mortalidade por aborto na Romênia (1960-1995)**



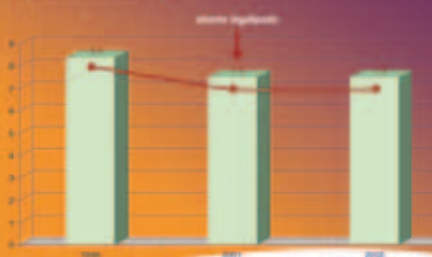
**Evolução da taxa de abortos após a legalização na França**



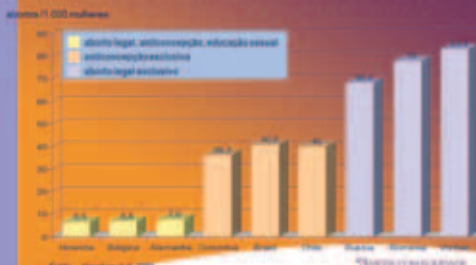
**Evolução da taxa de abortos após a legalização na França e na Itália**



**Evolução da taxa anual de abortamento na Suíça, antes e depois da reforma legal**



**Taxa de abortamento por 1.000 mulheres em idade fértil segundo acesso ao abortamento legal, educação sexual ampla e anticoncepção**



**MORTALIDADE MATERNA NÃO RELACIONADA  
Município de São Paulo – Triênio 2004/2006**

| CAUSA        | 04-06     | %            |
|--------------|-----------|--------------|
| ACIDENTE     | 4         | 13,8         |
| SUICÍDIO     | 9         | 31,0         |
| VIOLÊNCIA    | 16        | 55,2         |
| <b>TOTAL</b> | <b>29</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo/2007

## Violência e Aborto

### A Verdade:

- Grande diferença de Violência sexual: Em São Paulo e na zona da mata em Pernambuco, 29% das mulheres que sofreram abortamento tinham história de violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Porém, entre as mulheres que relataram violência, somente 15% em São Paulo e 11% em Pernambuco buscaram serviços de saúde.
- Há uma grande discriminação e desampliação de atendimento aos serviços públicos às mulheres em situação de abortamento que produz:
  - Uma redução do trabalho em certas regiões;
  - Longa espera para atendimento.

Fonte: Scheper-Lucif et al. - *The South Atlantic*, USP/2007

Universidade

## Morte Materna Não Relacionada - Suicídio Município de São Paulo – Tríduo 2004 a 2006

1. 36 anos - Suicídio intencionalmente por estar grávida de 3 meses;
2. 77 anos - Suicídio por ingestão de Soda Cáustica no parto;
3. 24 anos - Suicídio, história de tentativa prévia por ameaça de aborto com o uso de agulha (Soda - Intoxicação crônica de veneno de rato "Chumbinho");
4. 22 anos - Suicídio - mesmo mecanismo utilizado a promessa de propagação do grupo criminal - "Chumbinho" - intoxicação de alimentos 27 semanas de gestação.

Fonte: Comitê Central de Identificação, Sistema de Identificação de São Paulo/2007

Universidade

## Morte Materna Não Relacionada - Suicídio Município de São Paulo – Tríduo 2004 a 2006

1. 21 anos - Suicídio por ingestão de "Chumbinho", 4 meses e meio de gestação;
2. 22 anos - Suicídio por arma de fogo do marido (Militar), com sobrevivência de tentativa de suicídio, gestação de 25 semanas;
3. 29 anos - Suicídio por ingestão de veneno de rato "Chumbinho", 1º Tris. Gestação;
4. 29 anos - Suicídio por ingestão de veneno de rato "Chumbinho", 1º Tris. Gestação;
5. 36 anos - Suicídio no período de cura por síndrome respiratória por intoxicação crônica (intoxicação) e intoxicação, propagação criminal - Intoxicação pelo consumo.

Fonte: Comitê Central de Identificação, Sistema de Identificação de São Paulo/2007

Universidade

## A proibição legal, moral ou religiosa do abortamento...

- Se mostra incapaz de reduzir a taxa total de abortos, principalmente nos países em desenvolvimento
- Tem impacto direto em aumentar as taxas de aborto clandestinos e inseguro
- Tem elevada eficácia para matar as mulheres...

Universidade

## COMO REDUZIR O NUMERO DE ABORTOS?

1. Ampliar educação em sexualidade/ reprod.
2. Promover conhecimento e acesso a métodos anticoncepcionais
3. Dar proteção social a mulher grávida
4. Leis menos restritivas - Legalização
5. Igualdade de poder entre gêneros

Universidade

## Metas de Desenvolvimento do Milênio – (MDG) 5

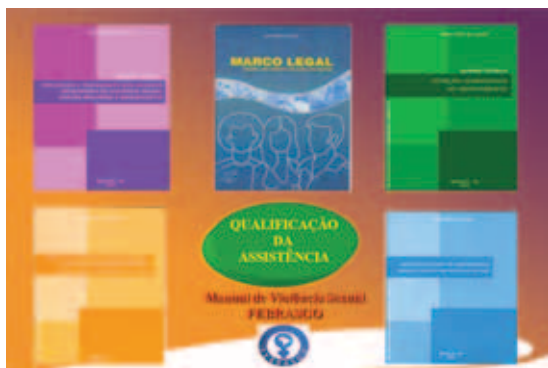
• Reduzir em três quartos, a taxa de mortalidade materna entre 1990 a 2015.

• Redução do abortamento inseguro é tecnicamente a forma mais fácil de reduzir a mortalidade materna de acordo com MDG5.

• Abordagem insegura pode ser reduzida através de ampla educação sexual e em todos os níveis ex. serviços de contracepção de alta qualidade e serviços de abortamento seguro e regulado de gênero.

Universidade





### PROJETO DE LEI Nº 1.135/91

- Art. 1º Toda mulher tem o direito à interrupção voluntária do seu gravidez, realizada por médico e condicionada ao consentimento livre e esclarecido da gestante.
- Art. 2º É sua responsabilidade a interrupção voluntária da gravidez em qualquer das seguintes condições:
- 1 - até doze semanas de gestação;
- 2 - até onze semanas de gestação, no caso de gestões resultantes de estupro contra a liberdade sexual;
- 3 - no caso de diagnóstico de grave risco à saúde da gestante;
- 4 - no caso de diagnóstico de malformação congênita incompatível com a vida no útero materno e no período neonatal.

Fonte: Conselho de Assistência Médica do Município de São Paulo (2007)

### Morte Materna Não Relacionada – Violência Física

Município de São Paulo – Tríplice 2004 a 2006

1. 28 anos - Gestante de 7 meses - Agressão com rotura hepática;
2. 18 anos - Puérpera - Agressão com hemorragia interna;
3. 13 anos - Gestante 27 Sem. - Agressão com rotura hepática e hemorragia retro-peritoneal e renal à direita;
4. 18 anos - Gestante de 32 semanas - Múltiplas escoriações, com hemorragia interna - Agressão ocular dentro da cavidade vaginal;
5. 17 anos - Gestante de 6 meses - Envenenada com as sementes amargas e amareladas - Recife, Pernambuco

Fonte: Conselho de Assistência Médica do Município de São Paulo (2007)

### Morte Materna Não Obstétrica – Violência

Município de São Paulo – Tríplice 2004 a 2006

- Ferimento por Arma de Fogo - 8 (3 por parceiros)
- Ferimento por Arma Branca - 3 (1 com carbonização)
- Acidente de trânsito - 3 (2 atropelamentos)
- Intoxicação - 1

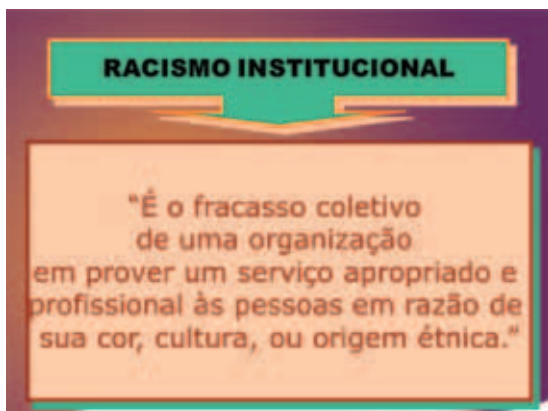
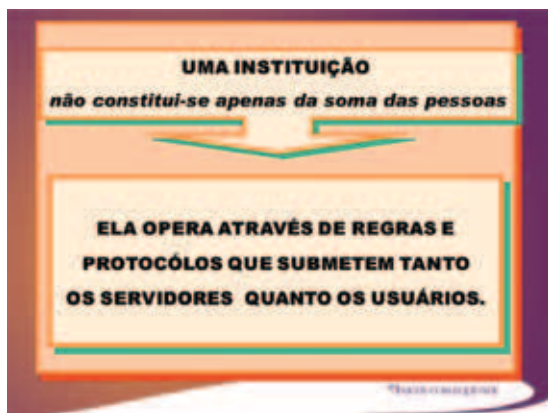
Fonte: Conselho de Assistência Médica do Município de São Paulo (2007)



# RACISMO INSTITUCIONAL

Maria Lúcia Silva

Todas as apresentações estão disponíveis no DVD, assim como o filme com a experiência no Hospital Geral de São Mateus.



## COMO SE MANIFESTA

**Através de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho.**

## COMO SE MANIFESTA

Os comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho são resultantes de preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância.

## Dimensões do Racismo Institucional

**PROGRAMÁTICA**

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

### DIMENSÃO PROGRAMÁTICA

- Falta de investimentos em ações e programas específicos para identificação e abordagem de práticas discriminatórias na instituição;
- Resistências para implantação de mecanismos anti-discriminatórios, de combate e prevenção do racismo, sexismo e intolerâncias e de promoção da equidade.
- Falta de investimentos na formação de profissionais;
- Ausência do recorte étnico/racial no sistema de informações.

## Dimensões Interpessoais do RI

**Dirigente e Trabalhador/a**

**Trabalhador/a e Trabalhador/a**

**Trabalhador/a e Usuário/a**

**Usuário/a e Trabalhador/a**

### DIMENSÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Negligência no atendimento profissional (não olhar, não tocar, oferecer menor número de consultas...);
- Utilização de expressões depreciativas em relação ao usuário(a) negro(a);
- Dificuldades em aceitar ser chefiado por profissionais negros(as).
- Invisibilidade da população negra nos materiais educativos e promocionais.

# ANEXOS





# ANEXO 1

## CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

Luís Eduardo Batista<sup>1</sup>,  
Jussara Dias<sup>2</sup>, Maria Lucia da Silva<sup>3</sup>,  
Maridite Cristovão Gomes de Oliveira<sup>4</sup>

### *O Sistema Único de Saúde<sup>5</sup>*

O Sistema Único de Saúde – SUS tem dentre seus objetivos a promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, priorizando as ações preventivas, o controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária. Desse modo, fazem parte do Sistema Único de Saúde as unidades básicas, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa.

O Sistema Único de Saúde garante aos cidadãos o direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas

---

<sup>1</sup> Sociólogo, doutor em Ciências Sociais pela UNESP/Ar, pesquisador do Instituto de Saúde e coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra/GTAE-CPS/SES SP.  
E-mail: lebatista@saude.sp.gov.br

<sup>2</sup> Psicóloga, Instituto Amma, Psique e Negritude. E-mail: diasjd@uol.com.br

<sup>3</sup> Psicóloga, Instituto Amma, Psique e Negritude. E-mail: mluciasilva@uol.com.br

<sup>4</sup> Médica pediatra, diretora técnica de Departamento do Hospital Geral de São Mateus.  
E-mail: maridite@uol.com.br

<sup>5</sup> Informações extraídas dos sites das Secretarias Estadual e Municipal.

pelo gestor público de saúde. O gerenciamento dos serviços oferecidos pelo SUS ocorre principalmente nos municípios, numa perspectiva de articulação e integração permanente com os níveis estadual e federal, nos seus respectivos papéis constitucionais, o que significa o estabelecimento de um sistema sob a responsabilidade das três esferas de governo. Ao assumir o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, inclusive a assistência hospitalar, as secretarias municipais passam a exercer o que é denominado “gestão plena do sistema”.

No Estado de São Paulo, no período de 1987 à 1994, a maioria das unidades de saúde estaduais que prestavam serviços de atenção primária à saúde, foram repassadas para a gerência municipal nos municípios. Em 2001, a cidade de São Paulo, pleiteou a Gestão Plena de Atenção Básica em Saúde, quando a gestão das unidades de atenção primária estaduais também foram transferidas para a gestão do Município de São Paulo.

De acordo com os princípios e as normas do Sistema Único de Saúde – SUS, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) deixou de realizar diretamente as ações de promoção, prevenção ou assistência básica em saúde em unidades básicas de saúde ou por meio de equipes de saúde da família, que foram municipalizadas. Entretanto, ainda desenvolve ações primárias de saúde em unidades de referência técnica, como por exemplo, os Centros de Referência do Idoso – CRI da Zona Norte e da Zona Leste na Capital, o Centro de Referência e Tratamento de aids – CRT. Além da prestação de serviços à população, estas unidades têm o papel de criar novos modelos e estratégias de atendimento para segmentos da população que exigem atenção especial, que possam ser reproduzidas e adaptadas pelos gestores municipais, sendo também um espaço de capacitação para os técnicos das prefeituras.

Além disso, a SES-SP mantém a rede de hospitais e ambulatórios de especialidades estaduais, que são referência regional, especializada ou de alta complexidade do sistema, além de suas autarquias, institutos de pesquisa ligados à saúde e da Fundação para o Remédio Popular – FURP. Desta forma, a rede estadual compreende ao todo 70 hospitais, 47 serviços ambulatoriais especializados ou de referência e 26 laboratórios regionais em todo o Estado.

Desse modo, no Município de São Paulo a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a partir de 2001, é a gestora do Sistema Único de Saúde tendo, entre suas atribuições, a formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população.



Funcionalmente, integram a estrutura do SUS na cidade de São Paulo<sup>6</sup>:  
Conselho Municipal de Saúde  
Gabinete do Secretário  
Autarquias Hospitalares  
Coordenadorias de Saúde das Sub-Prefeituras

Neste trabalho, procurou-se mapear a SMS-SP, utilizando como critério a divisão administrativa da SMS, composta por oito Autarquias Hospitalares, responsáveis pelo apoio administrativo a quinze Hospitais, doze Unidades de Pronto Socorro e cinco Unidades de Pronto Atendimento; cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, a saber: Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-Oeste e sob estas Coordenadorias, 24 Supervisões Técnicas de Saúde (Quadro 1).

**Quadro 1.** Coordenadorias regionais e supervisões técnicas de saúde

|   |
|---|
| <p>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CENTRO OESTE</p> <p>Supervisão Técnica de Saúde Butantã<br/>Supervisão Técnica de Saúde Lapa / Pinheiros<br/>Supervisão Técnica de Saúde Sé</p>  |
| <p>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – LESTE</p> <p>Supervisão Técnica de Saúde Cidade Tiradentes<br/>Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo / São Miguel<br/>Supervisão Técnica de Saúde Guaianases<br/>Supervisão Técnica de Saúde Itaim Paulista<br/>Supervisão Técnica de Saúde Itaquera<br/>Supervisão Técnica de Saúde São Mateus</p>           |
| <p>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – NORTE</p> <p>Supervisão Técnica de Saúde Casa Verde / Cachoeirinha<br/>Supervisão Técnica de Saúde Freguesia / Brasilândia.<br/>Supervisão Técnica de Saúde Pirituba / Perus.<br/>Supervisão Técnica de Saúde Santana / Tucuruvi / Jaçanã / Tremembé.<br/>Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria / Vila Guilherme.</p> |

<sup>6</sup> Informações obtidas no site <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0013>

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – SUDESTE**

Supervisão Técnica de Saúde Ipiranga

Supervisão Técnica de Saúde Mooca / Aricanduva / Formosa / Carrão

Supervisão Técnica de Saúde Penha.

Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana / Jabaquara

Supervisão Técnica de Saúde Vila Prudente / Sapopemba

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – SUL**

Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo

Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro

Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim

Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros

Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro / Cidade Ademar

Além destas há também 31 Supervisões de Vigilância à Saúde, 24 Ambulatórios de Especialidades, 399 UBS's e 193 unidades especializadas em: Atendimento em DST/aids, Saúde do Trabalhador, Centro de Convivência, Atendimentos Médicos Ambulatoriais, Centro de Apoio Psicossocial, Serviço de Atendimento Médico de Urgência, entre outras (Quadro 2).

**Quadro 2.** Rede SUS do Município de São Paulo

|   | <b>Total</b> |
|---|--------------|
| <b>Unidades Ambulatoriais</b>                       |              |
| Unidades Básicas – UBS / AMA                        | 399          |
| Ambulatórios de Especialidades AE/AMA – PAM/<br>NGA | 32           |
| DST/Aids  | 21           |
| Saúde Mental  | 69           |
| <b>Unidades Hospitalares</b>                        |              |
| Hospitais Gerais                                    | 36           |
| Hospitais Especializados                            | 14           |
| PA – PA/UBS – UBS/AMA                               | 29           |
| Pronto Socorro Geral (municipal)                    | 12           |
| Centro de Parto Normal                              | 1            |
| <b>Outros</b>                                       |              |
| Outras unidades especializadas                      | 17           |
| Laboratório   | 9            |
| Saúde do trabalhador                                | 6            |
| <b>Total Geral (555 da gestão direta da SMS)</b>    | <b>621</b>   |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Em dezembro de 1995, por meio de um convênio assinado entre o Ministério da Saúde, a SES-SP e duas instituições sociais sem fins lucrativos, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, o PSF foi implantado no Município de São Paulo sob a denominação de Projeto Qualidade Integral em Saúde – QUALIS. Em 2001, o QUALIS foi municipalizado e passou a contar com 86 equipes e 28 unidades do Programa Saúde da Família – PSF. Ainda que com coberturas distintas nos 96 distritos Administrativos que compõem o Município de São Paulo, em 2006 o PSF passou a contar com 948 equipes além de 59 equipes do Programa de Agentes Comunitários – PACs, num total de 9722 profissionais, sendo 956 médicos, 1020 enfermeiros, 64 dentistas, 1915 auxiliares de enfermagem e 5767 agentes comunitários de saúde<sup>7</sup>.

De acordo com os critérios estabelecidos pelo Programa, cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Sob este enfoque, a atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade.

Para a gestão dos serviços de saúde na capital, em 2005 a SMS estabeleceu parcerias para a construção e implantação de um novo sistema de Tecnologia da Informação e Comunicação da Saúde de São Paulo, composto de diversos módulos, entre eles o SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Atendimento – que permite fazer o cadastro de um novo paciente no sistema da rede municipal, marcar consultas em qualquer unidade que esteja integrada ao sistema e imprimir o cartão provisório do Sistema Único de Saúde (SUS) para esse paciente. Outro módulo é o GSS – Gestão de Sistemas de Saúde, que permite dar a baixa eletrônica automática do remédio retirado em uma unidade básica (Quadro 3).

### **Quadro 3.** Módulos essenciais do SIGA

Cadastro de Usuários (Cartão SUS)

Identifica pacientes univocamente e nacionalmente

Cadastro Municipal de Estabelecimentos e Profissionais (CMESP)

Identificação unívoca do profissional de saúde

Identificação unívoca do estabelecimento de saúde

<sup>7</sup> Informações obtidas no site [http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/prestacao\\_contas/0001](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/prestacao_contas/0001)

Regulação do atendimento  
Distribuição de cotas de acordo com a PPI/FPO  
Agendamento de consultas básicas e de especialidades  
Regulação de consultas de especialidades, exames compl, internação,  
urgência e emergência  
Autorização prévia de APACs e AIHs

Prontuário eletrônico do paciente ambulatorial  
Integra e distribui os dados de atenção  
Implementa inteligência (APACs e Notificações, p. ex.)

Fonte: SMS – Município de São Paulo

Implantados e consolidados todos os módulos, a Secretaria Municipal de Saúde contará com uma importante ferramenta de gestão dos serviços de saúde, a partir do processamento e análise dos dados de forma sistematizada.

### *Caracterização da Rede Hospitalar*

O Município de São Paulo, por meio de legislação específica, estabeleceu a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial. Vinculadas à Secretaria Municipal da Saúde, as Autarquias Hospitalares têm por objetivo a promoção e execução das ações e serviços públicos de saúde de atenção médico-hospitalar, em consonância com os princípios e as normas do Sistema Único de Saúde – SUS (Quadro 4).

#### **Quadro 4.** Distribuição e Composição das Autarquias Hospitalares<sup>8</sup>

**Autarquia Hospitalar Municipal Regional Norte:** Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio; Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio; Hospital Municipal Ignácio Proença De Gouvea; Pronto Socorro Municipal 21 De Junho; Pronto Socorro Municipal Vila Maria Baixa; Pronto Socorro Municipal Dr. Lauro Ribas Braga.

<sup>8</sup> Informações obtidas no site <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>

**Autarquia Hospitalar Municipal Regional Sudeste:** Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro De Saboya; Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro; Pronto Socorro Municipal Dr. Augusto Gomes De Mattos.

**Autarquia Hospitalar Municipal Regional Sul:** Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires Rocha; Pronto Socorro Municipal Balneário São José; Pronto Socorro Municipal Dona Maria Antonieta F. Barros; Pronto Socorro Municipal Dr. José Sylvio De Camargo; Pronto Atendimento Jardim Macedônia; Pronto Atendimento Parelheiros.

**Autarquia Hospitalar Municipal Regional Centro-Oeste:** Hospital Municipal Infantil Menino Jesus; Hospital Municipal E Maternidade Prof. Mario Degni; Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria; Pronto Socorro Municipal Dr. Alvaro Dino De Almeida; Pronto Socorro Municipal Prof. João Catarin Mezomo; Pronto Socorro Municipal Dr. Caetano Virgilio Neto; Pronto Socorro Municipal De Perus.

**Autarquia Hospitalar Municipal Regional Leste:** Hospital Municipal Prof. Dr. Alipio Correa Neto; Hospital Municipal Tide Setubal; Hospital Municipal Prof. Waldomiro De Paula; Pronto Socorro Municipal Julio Tupy; Pronto Atendimento Da. Gloria Rodrigues Santos Bonfim; Pronto Atendimento Atualpa Girão Rabelo; Pronto Atendimento São Mateus.

Hospital Do Servidor Público Municipal

Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mario De Moraes A. Silva

Hospital Municipal Vereador José Storopoli (V. Maria)

Fonte: SMS de São Paulo

Com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, as Autarquias, dão apoio administrativo às unidades de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos), sendo a sua receita oriunda de dotação anual da Prefeitura Municipal, consignada em seu orçamento. Além disso, as Autarquias têm autonomia para utilização/recebimento de recursos provenientes de outras fontes, tais como: prestação de serviços à União, Estado e Municípios, convênios, auxílios e subvenções da União, Estado e Municípios, entre outros,

desde que não impliquem na percepção de honorários profissionais particulares nem em compromissos ou contrapartidas em desacordo com os critérios de universalidade e equidade.

Com relação à natureza jurídica dos estabelecimentos hospitalares, no Município de São Paulo, a participação dos serviços públicos na composição da rede é de 26,53% dos estabelecimentos hospitalares. Quanto ao número de leitos hospitalares, 40,79% destes estão em hospitais públicos, conforme distribuição apontada na tabela a seguir.

Em relação ao alcance de cobertura, ou seja, se a cobertura da instituição é somente municipal e regional ou se atendem as cidades do interior e de outros estados, considerando que a cidade de São Paulo concentra grande número de hospitais especializados com alta tecnologia, alguns destacam-se, em especial os hospitais universitários e de ensino, pelo atendimento não só as demais cidades do Estado, mas de outros estados também.

Na Rede Estadual estão computadas os hospitais e leitos da Rede Federal

**Quadro 5.** Número absoluto e relativo de hospitais e leitos hospitalares por natureza jurídica – Município de São Paulo.

| Rede                    | Hospitais |        | Leitos |        |
|-------------------------|-----------|--------|--------|--------|
|                         | N.        | %      | N.     | %      |
| Municipal               | 15        | 7,65   | 2.666  | 8,75   |
| Estadual <sup>(1)</sup> | 37        | 18,88  | 9.765  | 32,04  |
| Particular              | 144       | 73,47  | 18.044 | 59,21  |
| Total                   | 196       | 100,00 | 30.475 | 100,00 |

Fonte: Fonte: Centro de Informações de Saúde/CIS SES e Coordenadoria de Epidemiologia e Informação CEInfo/SMS.

**Quadro 6.** Rede de Saúde do Município de São Paulo<sup>9</sup>

|  |            |
|--|------------|
| AE – Ambulatório de Especialidades   | 19         |
| AESM – Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental                           | 2          |
| AMA – Assistência Médica Ambulatorial  | 5          |
| CAPS ADULTO – Centro de Atenção Psicossocial Adulto                            | 23         |
| CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas                       | 11         |
| CAPS Infantil/Adolescência/Juventude – Centro de Atenção Psicossocial Infantil | 10         |
| CR INFANTIL – Centro de Referência Infantil                                    | 1          |
| CASA SER – Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva                      | 1          |
| CECCO – Centro de Convivência e Cooperativa                                    | 20         |
| CEO – Centro de Especialidades Odontológicas                                   | 2          |
| COE – Clínica Odontológica de Especialidades                                   | 3          |
| CR DST/Aids – Centro de Referência em DST/Aids                                 | 3          |
| CTA DST/Aids – Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids                 | 8          |
| SAE DST/Aids – Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids                | 10         |
| CRST – Centro de Referência Saúde do Trabalhador                               | 5          |
| HM – Hospital Municipal  | 15         |
| PA – Pronto Atendimento  | 5          |
| PSM – Pronto Socorro Municipal   | 12         |
| UBS – Unidade Básica de Saúde  | 399        |
| UARS – Unidade de Apoio e Retaguarda à Saúde                                   | 1          |
| <b>Total</b>   | <b>555</b> |

<sup>9</sup> Informações obtidas no site <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>



## *Divisão das Regionais de Saúde por Unidades Básicas de Saúde em São Paulo*

As Coordenadorias Regionais de Saúde no Município, num total de cinco, compõe a estrutura organizacional das subprefeituras a partir da vigência da Lei Nº 13.399/2002. No âmbito das subprefeituras, cada Coordenadoria é responsável pelas ações de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, recursos humanos e financeiros da Saúde e atividades afins.

**Quadro 8.** Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo

|   |  |
|---|--|
| <b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CENTRO OESTE</b><br>Coordenador: Antônio Celio Camargo Moreno<br>Rua Catão, 611 – 4º andar<br>CEP: 05049-000 Vila Romana<br>Fone: 3801-3345 / 3871-9208<br>Fax: 3871-9208<br>E-mail: crscentrooeste@prefeitura.sp.gov.br                                   | <b>Composto pelas Subprefeituras:</b><br>Butantã<br>Lapa<br>Pinheiros<br>Sé  |
| <b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – LESTE</b><br>Coordenador: Henrique Sebastião Francé<br>Rua Dona Ana Flora Pinheiro de Souza, 76<br>CEP: 08060-150 Vila Jacuí<br>Fone: 6133-0041 / 6956-2584 / 6297-0227 / 6297-0550<br>Fax: 6133-0041 / 6297-0227<br>E-mail: crsleste@prefeitura.sp.gov.br | <b>Composto pelas Subprefeituras:</b><br>Cidade Tiradentes<br>Ermelino Matarazzo<br>Guaianases<br>Itaim Paulista<br>Itaquera<br>São Mateus<br>São Miguel                           |
| <b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – NORTE</b><br>Coordenador: Vânia Soares Azevedo Tardelli<br>Rua Paineira do Campo, 902<br>CEP: 02012-040 Santana<br>Fone: 6224-6800 / 6224-6836<br>Fax: 6221-0355<br>E-mail: coordenadorianorte@prefeitura.sp.gov.br  | <b>Composto pelas Subprefeituras:</b><br>Casa Verde/Cachoeirinha<br>Freguesia/Brasilândia<br>Jaçanã/Tremembé<br>Perus<br>Pirituba<br>Santana/Tucuruvi<br>Vila Maria/Vila Guilherme |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – SUDESTE</b><br/>         Coordenador: Edjane Maria Torreão Brito<br/>         Rua Padre Marchetti, 557<br/>         CEP: 04266-000 Ipiranga<br/>         Fone: 6163-0622 ramal 231, 253 e 291<br/>         Fax: 6163-0622 ramal 220<br/>         E-mail: crssudeste@prefeitura.sp.gov.br</p>                | <p><b>Composto pelas Subprefeituras:</b><br/>         Aricanduva/Formosa/<br/>         Carrão,<br/>         Ipiranga,<br/>         Jabaquara,<br/>         Mooca,<br/>         Penha,<br/>         Vila Mariana<br/>         Vila Prudente/Sapopemba</p> |
| <p><b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – SUL</b><br/>         Coordenador: Paulo Antonio Milanese<br/>         Pça Floriano Peixoto, 54 – 4º andar<br/>         CEP: 04751-030 Santo Amaro<br/>         Fone: 5687-5730 / 5548-9278 ramal 272<br/>         Fax: 5687-5730 / 5548-9278 ramal 292<br/>         E-mail: crssul@prefeitura.sp.gov.br</p> | <p><b>Composto pelas Subprefeituras:</b><br/>         Campo Limpo<br/>         Capela do Socorro<br/>         Cidade Ademar<br/>         M'Boi Mirim<br/>         Parelheiros<br/>         Santo Amaro</p>   |

**Quadro 9.** Estrutura de Serviços por Coordenadoria Regional de Saúde Município de São Paulo – 2005

| Indicador   | Centro-Oeste | Leste | Norte | Sudeste | Sul   | Total  |
|---|--------------|-------|-------|---------|-------|--------|
| Nº de Hospitais Municipais                        | 3            | 3     | 3     | 5       | 1     | 15     |
| Nº de Hospitais Públicos SUS (inclui municipais)  | 12           | 6     | 8     | 17      | 5     | 48     |
| Nº de Hospitais que atendem SUS (inclui públicos) | 19           | 8     | 13    | 32      | 7     | 79     |
| Nº de PSM+PA                                      | 3            | 4     | 4     | 1       | 5     | 17     |
| Nº de leitos SUS                                  | 6.667        | 2.001 | 2.656 | 4.483   | 1.325 | 17.132 |
| Nº d UBS  | 31           | 108   | 79    | 83      | 89    | 390    |
| Nº de Unidades Especializadas Municipais          | 21           | 30    | 23    | 39      | 25    | 135    |
| % cobertura PSF                                   | 11,1         | 22,7  | 21,0  | 15,9    | 37,9  | 22,8   |
| % Cobertura PACS                                  | 4,0          | 4,3   | 3,7   | 6,5     | 18,0  | 7,7    |

## Morbi-mortalidade dos homens no Estado de São Paulo e região

Os dados de morbidade e mortalidade no Estado de São Paulo foram obtidos no site da Fundação Seade, no Sistema de Microdados do Registro Civil<sup>10</sup>, que utiliza como fonte principal as Declarações de Óbitos emitidas pelos Cartórios de Registro Civil do Estado de São Paulo. Ao analisar o perfil da mortalidade segundo o sexo, destacam-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de óbito para ambos os sexos, com maior incidência entre as mulheres (33,9%). No grupo masculino a segunda maior causa (16,35%) são os óbitos decorrentes de causas externa, valendo destacar que no grupo feminino a participação desta causa é significativamente inferior, ocupando aí o sétimo lugar (4,8%). Os óbitos decorrentes de neoplasias são importantes em ambos os grupos, ocupando o terceiro lugar entre os óbitos masculinos (16,2%) e o segundo lugar entre as causas de óbitos femininos (18,4%). Quanto a outras causas de morte, os óbitos decorrentes de doenças do aparelho respiratório ocupa o terceiro lugar, (11,6%) entre as mulheres e o quarto lugar no grupo masculino (10,3%). (Quadro 10)

**Quadro 10.** Mortalidade Proporcional (%) por principais grupos de causas e sexo, Estado de São Paulo – 2005

| Masculino  |      | Feminino   |      |
|--|------|--|------|
| Causas Capítulo  | %    | Causas Capítulo  | %    |
| Doenças do aparelho circulatório                                 | 27,7 | Doenças do aparelho circulatório                                 | 33,9 |
| Causas externas de morbidade e mortalidade                       | 16,3 | Neoplasias [Tumores]   | 18,4 |
| Neoplasias [Tumores]   | 16,2 | Doenças do aparelho respiratório                                 | 11,6 |
| Doenças do aparelho respiratório                                 | 10,3 | Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de labo | 6,1  |
| Doenças do aparelho digestivo                                    | 6,7  | Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas                   | 5,8  |
| Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de labo | 6,4  | Doenças do aparelho digestivo                                    | 5,0  |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias                       | 4,6  | Causas externas de morbidade e mortalidade                       | 4,8  |

<sup>10</sup> <http://www.seade.gov.br/produtos/mrc/>

|  |              |   |              |
|--|--------------|---|--------------|
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas   | 3,6          | Algumas doenças infecciosas e parasitárias                      | 4,1          |
| Algumas afecções originadas no período perinatal | 2,0          | Doenças do aparelho geniturinário                               | 2,7          |
| Doenças do aparelho geniturinário                | 1,9          | Doenças do sistema nervoso                                      | 2,4          |
| Doenças do sistema nervoso                       | 1,7          | Algumas afecções originadas no período perinatal                | 2,1          |
| Transtornos mentais e comportamentais            | 1,1          | Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 1,0          |
| Demais Causas Definidas                          | 1,5          | Demais Causas Definidas   | 2,2          |
| <b>Total</b>                                     | <b>100,0</b> | <b>Total</b>  | <b>100,0</b> |

A taxa de mortalidade por aids no Estado de São Paulo tem apresentado queda significativa, passando, entre 2000 e 2005, de 11,3 para 8,7 óbitos por 100.000 habitantes. Esta queda inicia-se a partir de 1995, podendo esta realidade ser resultante dos esforços desenvolvidos pelos programas de prevenção e tratamento da aids desenvolvidos no país como um todo.

A análise dos dados segundo o local de residência indica Barretos como a região com a maior taxa de óbitos masculinos, em torno de 23 por cem mil habitantes, seguida pela região de Santos com aproximadamente 21 e São José dos Campos com 17 óbitos por cem mil habitantes. Em relação aos óbitos femininos, a região de Santos se destaca com taxa em torno de 11 óbitos por cem mil habitantes, seguida de Barretos, com aproximadamente 9 óbitos e Ribeirão Preto com 7 óbitos por cem mil habitantes. Entre as regiões com menor incidência, destaca-se Registro, com a menor taxa de óbitos masculinos, aproximadamente 6 óbitos por cem mil habitantes, e Presidente Prudente com 2,46 óbitos femininos por cem mil habitantes.

**Tabela 11.** Óbitos e Taxas de Mortalidade por aids, por Sexo, Regiões

| Regiões Administrativas               | Óbitos |          | Taxas (2) |          |
|---------------------------------------|--------|----------|-----------|----------|
|                                       | Homens | Mulheres | Homens    | Mulheres |
| ESTADO DE SÃO PAULO (1)               | 2.511  | 1.115    | 13,25     | 5,64     |
| RM de São Paulo                       | 1.188  | 556      | 13,23     | 5,78     |
| RA de Registro                        | 8      | 5        | 5,66      | 3,67     |
| RM da Baixada Santista (RA de Santos) | 155    | 85       | 20,51     | 10,55    |
| RA de São José dos Campos             | 178    | 72       | 17,03     | 6,80     |

|                             |     |     |       |      |
|-----------------------------|-----|-----|-------|------|
| RA de Sorocaba              | 129 | 51  | 9,84  | 3,90 |
| RA de Campinas              | 329 | 113 | 11,64 | 3,94 |
| RM de Campinas (3)          | 103 | 49  | 8,42  | 3,91 |
| RA de Ribeirão Preto        | 89  | 42  | 16,26 | 7,45 |
| RA de Bauru                 | 64  | 32  | 12,91 | 6,36 |
| RA de São José do Rio Preto | 90  | 46  | 13,42 | 6,73 |
| RA de Araçatuba             | 37  | 12  | 10,78 | 3,44 |
| RA de Presidente Prudente   | 32  | 10  | 7,97  | 2,46 |
| RA de Marília               | 44  | 20  | 9,66  | 4,29 |
| RA Central                  | 49  | 31  | 11,01 | 6,89 |
| RA de Barretos              | 46  | 18  | 22,60 | 8,79 |
| RA de Franca                | 47  | 17  | 14,02 | 5,03 |

#### Administrativas Estado de São Paulo – 2003

A partir de dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa de incidência de novos casos de câncer para 2006 no Estado de São Paulo é de 70340 casos no segmento masculino e 68230 entre as mulheres. No grupo masculino os tipos com maior incidência são, respectivamente, pele não melanoma, próstata e traqueia, brônquio e pulmões. No segmento feminino a maior incidência, de câncer de mama, de pele não melanoma e de cólon e reto. Para o Município de São Paulo o padrão de incidência se mantém, com uma estimativa de 21990 novos casos de câncer entre os homens em 2006 e de 23.860 novos casos entre as mulheres no mesmo período. (Quadro 12 e 13)

#### **Quadro 12.** Estimativas das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de

| Localização Primária<br>Neoplasia Maligna | Estimativa de Casos Novos |            |         |            |
|---|---------------------------|------------|---------|------------|
|   | Estado                    |            | Capital |            |
|   | Casos                     | Taxa Bruta | Casos   | Taxa Bruta |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão               | 5.160                     | 25,66      | 1.680   | 30,40      |
| Estômago                                  | 4.650                     | 23,11      | 1.370   | 24,91      |
| Próstata                                  | 13.130                    | 65,30      | 4.230   | 76,67      |
| Cólon e Reto                              | 4.720                     | 23,48      | 1.780   | 32,30      |
| Esôfago                                   | 2.170                     | 10,80      | 590     | 10,70      |
| Leucemias                                 | 1.410                     | 7,02       | 460     | 8,34       |
| Cavidade Oral                             | 3.460                     | 17,20      | 1.070   | 19,45      |

|                            |               |               |               |               |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Pele Melanoma              | 950           | 4,74          | 260           | 4,67          |
| Outras Localizações        | 17.100        | 85,04         | 5.870         | 106,48        |
| <b>Subtotal</b>            | <b>52.750</b> | <b>262,32</b> | <b>17.310</b> | <b>314,01</b> |
| Pele não Melanoma          | 17.590        | 87,50         | 4.680         | 84,99         |
| <b>Todas as Neoplasias</b> | <b>70.340</b> | <b>349,80</b> | <b>21.990</b> | <b>398,95</b> |

Fonte: INCA, 2005.

casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária. São Paulo – 2006

**Quadro 13.** Estimativas das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária. São

| Localização Primária<br>Neoplasia Maligna | Estimativa de Casos Novos |               |               |               |
|---|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
|   | Estado                    |               | Capital       |               |
|   | Casos                     | Taxa Bruta    | Casos         | Taxa Bruta    |
| Mama Feminina                             | 15.810                    | 75,45         | 6.080         | 100,48        |
| Traqueia, Brônquio e Pulmão               | 2.430                     | 11,62         | 860           | 14,16         |
| Estômago                                  | 2.420                     | 11,53         | 850           | 13,98         |
| Colo do Útero                             | 3.910                     | 18,67         | 1.400         | 23,11         |
| Cólon e Reto                              | 5.080                     | 24,27         | 2.020         | 33,31         |
| Esôfago                                   | 520                       | 2,47          | 160           | 2,59          |
| Leucemias                                 | 1.160                     | 5,54          | 380           | 6,35          |
| Cavidade Oral                             | 870                       | 4,17          | 310           | 5,05          |
| Pele Melanoma                             | 1.190                     | 5,69          | 360           | 6,03          |
| Outras Localizações                       | 19.700                    | 94,06         | 7.690         | 127,01        |
| <b>Subtotal</b>                           | <b>53.090</b>             | <b>253,48</b> | <b>20.110</b> | <b>332,14</b> |
| Pele não Melanoma                         | 15.140                    | 72,29         | 3.750         | 61,90         |
| <b>Todas as Neoplasia</b>                 | <b>68.230</b>             | <b>325,79</b> | <b>23.860</b> | <b>394,15</b> |

Fonte: INCA, 2005.

ESTRUTURA DO HGSM  
HOSPITAL GERAL DE SAO MATEUS DR MANOEL BIFULCO

Informações Gerais  
Instalações Físicas para Assistência

### URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

| <b>Instalação:</b>                   | <b>Qtde./<br/>Consultório:</b> | <b>Leitos/<br/>Equipos:</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Consultórios Médicos                 | 7                              | 0                           |
| Sala de Curativo                     | 1                              | 0                           |
| Sala de Gesso                        | 1                              | 0                           |
| Sala de Higienização                 | 1                              | 0                           |
| Sala Pequena Cirurgia                | 1                              | 0                           |
| Sala Repouso/Observação – Feminino   | 1                              | 7                           |
| Sala Repouso/Observação – Masculino  | 1                              | 8                           |
| Sala Repouso/Observação – Pediátrica | 1                              | 6                           |

### AMBULATORIAL

| <b>Instalação:</b>            | <b>Qtde./<br/>Consultório:</b> | <b>Leitos/<br/>Equipos:</b> |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Clínicas Especializadas       | 2                              | 0                           |
| Clínicas Indiferenciadas      | 8                              | 0                           |
| Sala de Curativo              | 1                              | 0                           |
| Sala de Enfermagem (Serviços) | 2                              | 0                           |
| Sala de Gesso                 | 1                              | 0                           |
| Sala de Pequena Cirurgia      | 1                              | 0                           |

### HOSPITALAR

| <b>Instalação:</b>            | <b>Qtde./<br/>Consultório:</b> | <b>Leitos/<br/>Equipos:</b> |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Sala de Cirurgia              | 4                              | 0                           |
| Sala de Cirurgia Ambulatorial | 2                              | 0                           |
| Sala de Recuperação           | 1                              | 6                           |
| Sala de Cirurgia              | 1                              | 0                           |
| Sala de Curetagem             | 1                              | 0                           |
| Sala de Parto Normal          | 1                              | 0                           |
| Sala de Pré-Parto             | 1                              | 6                           |
| Leitos de Alojamento Conjunto | 0                              | 36                          |
| Leitos RN Patológico          | 0                              | 16                          |

### Serviços de Apoio

| <b>Serviço:</b>                       | <b>Característica:</b> |
|---------------------------------------|------------------------|
| Ambulância                            | Próprio                |
| Central de Esterilização de Materiais | Próprio                |
| Farmácia                              | Próprio                |
| Lactário                              | Terceirizado           |



|   |              |
|---|--------------|
| Lavanderia  | Terceirizado |
| Necrotério  | Próprio      |
| Nutrição e Dietética (S.N.D.)                         | Terceirizado |
| S.A.M.E. ou S.P.P.(Serviço de Prontoário de Paciente) | Próprio      |
| Serviço de Manutenção de Equipamentos                 | Terceirizado |
| Serviço Social  | Próprio      |

### Serviços Especializados

| Serviço:                                   | Caract: | Amb.: | Amb.Sus: | Hosp.: | Hosp.Sus: |
|--|---------|-------|----------|--------|-----------|
| Anatomia Patologica/<br>Citopatologia      | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Cardiologia                                | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Centro de Parto Normal                     | Próprio | Não   | Não      | Não    | Sim       |
| Controle e acompanhamento<br>a Gestação    | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Cuidados Prolongados                       | Próprio | Não   | Não      | Não    | Sim       |
| Endoscopia                                 | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Fisioterapia                               | Próprio | Não   | Não      | Não    | Sim       |
| Hemoterapia                                | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Laboratório Clínico<br>(Patologia Clínica) | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Planejamento Familiar/<br>Esterilização    | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Queimados                                  | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Radiologia                                 | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Suporte Nutricional                        | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Triagem Neonatal                           | Próprio | Não   | Não      | Não    | Sim       |
| Ultrassonografia                           | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Urgência                                   | Próprio | Não   | Sim      | Não    | Sim       |
| Uti Móvel                                  | Próprio | Não   | Não      | Não    | Sim       |

### Serviços e Classificação

| Serviço:                                | Classificação:   |
|---|--|
| Anatomia Patologica/Citopatologia       | Anatomia Patologica                                      |
| Urgência                                | Atend Clínico,Cirurgico e<br>Traumato/Orto/Pronto Atendi |
| Cuidados Prolongados                    | Causas Externas  |
| Suporte Nutricional                     | Enteral Adulto   |
| Suporte Nutricional                     | Enteral Pediatrico                                       |
| Anatomia Patologica/Citopatologia       | Exame Citologia  |
| Laboratório Clínico (Patologia Clínica) | Exame de Media Compl 1 Nível                             |
|   | Ref da Noas-M1   |
| Radiologia                              | Exame de Media Compl 1 Nível                             |
|   | Ref Noas M1  |
| Laboratório Clínico (Patologia Clínica) | Exame de Media Compl 2 Nível                             |
|   | Ref da Noas-M2   |
| Radiologia                              | Exame de Media Compl 2 Nível                             |
|   | Ref Noas M2  |

|   |   |
|---|---|
| Laboratório Clínico (Patologia Clínica) | Exame de Media Compl 3 Nível Ref da Noas-M3             |
| Cardiologia                             | Exame Eletrocardiografo                                 |
| Endoscopia                              | Exames Endoscopicos de Via Aereas                       |
| Endoscopia                              | Exames Endoscopicos de Vias Digestivas                  |
| Fisioterapia                            | Fisioterapia em Disf. do Sistema Respiratorio           |
| Controle e Acompanhamento a Gestaçã     | Gestaçã de Alto Risco                                   |
| Controle e Acompanhamento a Gestaçã     | Gestaçã de Baixo Risco                                  |
| Planejamento Familiar/Esterilizaçã      | Laqueadura  |
| Ultrassonografia                        | Media Complexidade 1 Nível Ref                          |
| Ultrassonografia                        | Media Complexidade 2 Nível Ref                          |
| Ultrassonografia                        | Media Complexidade 3 Nível Ref                          |
| Suporte Nutricional                     | Parenteral Adulto                                       |
| Suporte Nutricional                     | Parenteral Neonatal                                     |
| Suporte Nutricional                     | Parenteral Pediatrico                                   |
| Hemoterapia                             | Pré-Transfusã I e II e Transfusã Em Ag Transfusional    |
| Centro de Parto Normal                  | Sem Classificaçã  |
| Uti Móvel                               | Sem Classificaçã  |
| Queimados                               | Trat Queimadura Alta Complexidade                       |
| Triagem Neonatal                        | Tratamento Recem-Nascidos Lab. Prop ou Terc.            |
| Hemoterapia                             | Tri. Cl e Col Pré-Trans Podendo ou Nao Coleta Transf II |
| Hemoterapia                             | Tri. Cli. Col. Pré-Transfusã I e II e Transfusã         |
| Planejamento Familiar/Esterilizaçã      | Vasectomia  |

### Outros:

|                             |                         |   |
|-----------------------------|-------------------------|---|
| <b>Nível de Hierárquia:</b> | <b>Tipo de Unidade:</b> | <b>Turno de Atendimento:</b>  |
| 08-Alta Hosp/Amb            | Hospital Geral          | Atendimento Contínuo de 24 Horas/Dia (Plantão: inclui Sábados, Domingos e Feriados) |

Fonte: Datasus

HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS DR MANOEL BIFULCO

| Leitos                         |                   |            |
|--------------------------------|-------------------|------------|
| Nome Leitos                    | Leitos Existentes | Leitos Sus |
| <b>Espec – Cirúrgico</b>       |                   |            |
| Cirurgia Geral                 | 42                | 42         |
| Ginecologia                    | 4                 | 4          |
| Plástica                       | 16                | 16         |
| <b>Espec – Clínico</b>         |                   |            |
| Nome Leitos                    | Leitos Existentes | Leitos Sus |
| Clínica Geral                  | 40                | 40         |
| <b>Complementar</b>            |                   |            |
| Nome Leitos                    | Leitos Existentes | Leitos Sus |
| Unidade Intermediaria Neonatal | 16                | 16         |
| Uti Adulto                     | 14                | 14         |
| Uti Infantil                   | 5                 | 5          |
| Uti Neonatal                   | 10                | 10         |
| <b>Obstétrico</b>              |                   |            |
| Nome Leitos                    | Leitos Existentes | Leitos Sus |
| Obstetricia Cirurgica          | 36                | 36         |
| <b>Pediatrico</b>              |                   |            |
| Pediatria Clínica              | 22                | 22         |
| <b>Total</b>                   | <b>205</b>        | <b>205</b> |

Fonte: DATASUS



# ANEXO 2



## Hospital Geral de São Mateus

O Hospital São Mateus completa 19 anos de funcionamento, em 13 de março de 2010. Sua história começou na década de 70 com a reivindicação do movimento de saúde de São Mateus. Havia necessidade de serviços públicos de saúde na região e a população organizada foi a luta!

### O Hospital oferece atualmente os seguintes serviços:

- ☞ 205 leitos
- ☞ 3 UTI's: Adulto, Pediátrica e Neonatal
- ☞ 4 salas de cirurgia geral, pediátrica e queimados
- ☞ O ambulatório com 15 (quinze) especialidades
- ☞ Centro de Parto Natural, 8 (oito) suítes privativas, com a presença de um acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto e parto. Temos as doulas que atuam durante todo trabalho de parto acolhendo, massageando e tranquilizando a mulher.
- ☞ Maternidade com 40 leitos, alojamento conjunto, visita dos irmãos na maternidade e o seu bebê já sai do hospital registrado.
- ☞ Adaptação das instalações hospitalares para a acessibilidade dos portadores de necessidades especiais
- ☞ Horário de visita, das 14:00hs as 21:00hs.
- ☞ Realizamos atendimento de urgência e emergência nas clínicas: Médica, Cirurgia geral, Ginecologia-obstétrica, Pediatria e Queimados.
- ☞ Cirurgias infantis com Vídeo laparoscopia

### Nossos Serviços de apoio

- ☞ Endoscopia Digestiva alta
- ☞ Colonoscopia
- ☞ Ultrason com doppler
- ☞ Exames de imagens: Tomografia; RX
- ☞ Exames laboratoriais



Secretaria de Estado  
Coordenadoria de Saúde  
**Hospital Geral de São Mateus**  
Rua: Ângelo de Castro, 1000  
São Mateus/SP – CEP: 13.170-000  
[www.hospitalgeral.org.br](http://www.hospitalgeral.org.br)





Tomografo

TI Adulto

CENTRO DE NATURAL

CPN

do de Saúde  
Serviços de Saúde  
São Mateus  
ndia, 540  
3958-000  
saomateus.com.br

# Hospital Geral de São Mateus





# Conheça alguns dos Projetos

O Hospital Geral de São Mateus foi Piloto na Implantação Projeto **Quesito Cor**, da SES-Secretária Estadual da Saúde. Realizando a pergunta aos clientes: Qual a sua cor? A reflexão favorece uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos.

**Tanatologia** : Estuda a relação do homem com a morte e o processo de morrer. Entende que no momento da finitude o ser humano deve ser cercado de acolhimento, carinho, suporte e atenção.

O **Comitê de Bioética** do Hospital São Mateus é composto por grupo multidisciplinar de profissionais da instituição e representantes da comunidade, com objetivo de refletir sobre os diferentes aspectos envolvidos nos dilemas bioéticos enfrentados pelos profissionais da saúde em seu cotidiano.

O **Fórum Pró Saúde** acontece todas as segundas terças feiras do mês às 14:00hs, no anfiteatro do Hospital São Mateus. A Diretoria se reúne com colaboradores, voluntários e comunidade local para apresentação de planejamento, programas e projetos que estão sendo desenvolvidos na instituição, além de prestar esclarecimentos e ouvir sugestões da população.

O Projeto "**Hospital Amigo do Idoso**" é pioneiro na SES e tem como objetivo tornar o atendimento no Hospital "Amigável" para o idoso. O Hospital conta com o apoio do Comitê de Longevidade e Vida Saudável, formado pela diretoria e colaboradores (HGSM), representantes de Unidades de Saúde da Região, voluntários e comunidade.

## Conquistas

- Arte Terapia
- Ouvidoria Interna e Externa
- NAVVI (Núcleo de Atendimento a vítimas de Violência)
- Acompanhante na UTI

## Instituição

- Quesito Cor
- Tanatologia
- Bioética
- Fórum Pró Saúde

## Saúde do Idoso

- Hospital Amigo do Idoso
- Meditação

Eixo  
HO  
Huma  
Qua

## MISSÃO

Prestar atendimento de saúde à população da região de São Mateus em emergência, maternidade, pediatria, cirurgia e...

# os do Hospital São Mateus

## Saúde da Mulher

- CPN (Centro de Parto Natural)
- Doulas no CPN
- Visita das gestantes na Maternidade e CPN

O **Centro de Parto Natural (CPN)**, com 8 suítes, presta atendimento humanizado com qualidade, a gestante durante o trabalho de parto, permitindo acompanhante a escolha da mulher.

**Doulas**, em grego doula significa *"a mulher que serve"*, atuam durante todo trabalho de parto acolhendo, e tranquilizando a mulher.

## os do GSM nização e idade

## Saúde da Criança

- IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança)
- Brinquedoteca

A **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)** tem por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, contribuindo significativamente para a saúde e desenvolvimento dos bebês.

## Colaboradores

- Terapia Comunitária

Cuidando do Cuidador

A **Terapia Comunitária** é uma importante ferramenta na promoção e manutenção da saúde mental. Acontecem encontros com colaboradores e usuários onde uma pessoa pode apoiar a outra com sua presença e suas experiências de vida.

do HGSM

com qualidade e humanização  
Mateus nas áreas de urgência,  
pediatria, clínica geral, clínica  
queimados.

O **Cuidando do Cuidador** é um programa voltado para o colaborador. O trabalhador de saúde capaz de cuidar de si tem maiores possibilidades de cuidar do outro ao mesmo tempo que consegue manter sua saúde física e emocional.



## ANEXO 3

### ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009

Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social;

Considerando os compromissos sanitários prioritários nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, pactuados entre as esferas de governo na consolidação do SUS, visando qualificar a gestão e as ações e serviços do sistema de saúde;

Considerando o caráter transversal das ações de saúde da população negra e o processo de articulação entre as Secretarias e órgãos vinculados ao Ministério

da Saúde e as instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas à promoção de equidade;

Considerando que esta Política foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde – CNS e pactuada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

Considerando a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, que tem a finalidade de pro-mover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS; e

Considerando o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que cria o Programa Brasil Quilombola, com o objetivo de garantir o desenvolvimento social, político, econômico e cultural dessas comunidades, e conforme preconizado nos arts. 215 e 216 da Constituição, no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT e na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa SGEPE articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

## **JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

### **ANEXO**

## **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

### **CAPÍTULO I**

### **DOS PRINCÍPIOS GERAIS**

#### **1. Princípios Gerais**

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa



nova ordem tem a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4o, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5o, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3o, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; b) a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7o, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da “participação da comunidade” (BRASIL, 1990a, art. 7o, inciso VIII) e principal objeto da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei no 10.678/03, que criou a SEPPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na

implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

## 2. Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

# CAPÍTULO II

## DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

### 1. Diretrizes Gerais:

I – inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II – ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III – incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV – promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V – implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e



VI – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

## 2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

## 3. Objetivos Específicos:

I – garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II – garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III – incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV – identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V – aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI – melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII – identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII -definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX – monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X – incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI – monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII – fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

## CAPÍTULO III

### DAS ESTRATÊGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

#### 1. Estratégias de Gestão(\*):

I – implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II – desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III – fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV – estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V – fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI – fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII – qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios;

VIII – articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com

doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX – inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X – incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI – implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, con-forme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII – elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII – fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV – garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM no 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV – articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI – articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII – apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos Estados e Municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII – estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

\* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

## 2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

### 2.1. Gestor Federal:

I – implementação desta Política em âmbito nacional;

II – definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

III – garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual – PPA setorial;

IV – coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V – garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI – identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII – apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos Estados e nos Municípios;

VIII – garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX – adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

X – estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI – fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII – definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII – apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV – elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV – estabelecimento de parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI – estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII – instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

## 2.2 Gestor Estadual:

I – apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II – definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;

III – coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV – garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V – identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI – implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII – apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII – garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX – estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X – elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI – apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII – fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII – articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições

governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV – instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

### 2.3 Gestor Municipal

I – implementação desta Política em âmbito municipal;

II – definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB;

III – coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV – garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V – identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI – implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII – estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII – garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX – articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X – fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI – elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII – apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII – instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde

# ANEXO 4

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Brasília – DF

2005

***Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela  
Redução da Mortalidade Materna e Neonatal  
Atenção à Saúde das Mulheres Negras***

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



© 2005 Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas  
Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher  
Esplanada dos Ministérios, bloco G,  
6.º andar, sala 629

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2933 / 223 5591

Fax: (61) 322 3912

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Disque Saúde Mulher: 0800 644 0803

Área Técnica de Saúde da Mulher

Coordenadora: Maria José Oliveira de Araújo

*Autora:*

Maria Auxiliadora da Silva Benevides

*Colaboradoras:*

Alaerte Leandro Martins;

Isabel Cristina F da Cruz;

Maria de Fátima Oliveira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras / [Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al.].

20 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0884-6

Obra da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS.

1. Saúde da mulher. 2. Mortalidade materna. 3. Mortalidade neonatal (saúde pública). I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. II. [Benevides, Maria Auxiliadora da Silva. et al.]. III. Título. IV. Série.

NLM WA 309

---

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0010

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Equity Perspective in the National Pact for Reduction of Maternal and Neonatal Mortality. Attention to Black Women's Health Care

Em espanhol: Perspectiva de la Equidad en el Pacto Nacional por la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal. Atención a la Salud de las Mujeres Negras

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Mara Pamplona

Capa e projeto gráfico: Marcus Monici

## Sumário

|   |     |
|---|-----|
| Introdução .....  | 360 |
| As Mulheres Negras no Brasil .....  | 360 |
| As Comunidades Quilombolas .....  | 361 |
| Evolução Diferenciada e Prevalência de Algumas Doenças na<br>População Negra – Repercussões na Atenção Obstétrica ..... | 362 |
| Hipertensão arterial .....  | 362 |
| Diabetes <i>mellitus</i> tipo II .....  | 362 |
| Morte materna em mulheres negras .....  | 363 |
| Anemia falciforme .....   | 363 |
| Discriminação e exclusão .....  | 364 |
| Como O SUS Pode Acolher e Atender com Qualidade<br>Gestantes e Recém-Nascidos(as) Negros(as) .....                      | 365 |
| 1 Ações educativas .....  | 365 |
| 2 Sensibilização e capacitação de profissionais<br>de saúde .....   | 366 |
| 3 “Quesito cor” nos documentos e sistemas de<br>informação do SUS .....   | 366 |
| 4 Pré-natal .....   | 367 |
| 5 Programa de anemia falciforme .....   | 367 |
| 6 Quilombolas .....   | 367 |
| 7 Parcerias .....   | 367 |
| Referências Bibliográficas .....  | 368 |

## ***Introdução***

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como levar em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Portanto, é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o “quesito cor” na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis.

A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incluiu, nas Diretrizes e no Plano de Ação 2004–2007 da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, um capítulo relativo às mulheres negras.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal contém, em suas ações estratégicas, a necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos(as) negros(as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade.

O Ministério da Saúde destaca, neste documento, algumas especificidades da população negra na área da saúde, com olhar especial para as mulheres negras. São apontadas algumas estratégias que poderão ser incorporadas por gestores estaduais e municipais de saúde, na perspectiva da equidade no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

É importante que os gestores desenvolvam ações e atividades considerando o sistema local de saúde e os recursos disponíveis, incluídas aí as parcerias com a sociedade civil.

## ***As Mulheres Negras no Brasil***

Segundo o Censo de 2000, a população de mulheres negras brasileiras é de 36 milhões e vive, em sua maioria, na zona urbana. Conforme o IPEA, a população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras são 30% da população feminina.

A subnotificação da variável cor (“quesito cor”) na maioria dos sistemas de informação da área de saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil.

Por outro lado, os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação:

- . taxa de analfabetismo é o dobro das brancas;
- . são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos;
- . por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério; e
- . maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças.

### ***As comunidades quilombolas***

Comunidades quilombolas são grupos populacionais remanescentes dos antigos quilombos. Apesar de dados oficiais reconhecerem a existência de apenas 743 comunidades quilombolas no Brasil, dados dos movimentos sociais indicam que há cerca de 4.000 grupos distribuídos, sobretudo, nas zonas rurais de todo o território nacional.

Há que se reconhecer que, efetivamente, o SUS ainda não consegue atender da forma necessária e adequada esta população que, em sua maioria, é analfabeta vive em precárias condições. Por isso, o Ministério da Saúde formulou a Política de Saúde para a População do Campo, em que consta o povo negro quilombola.

## ***Evolução Diferenciada e Prevalência de Algumas Doenças na População Negra – Repercussões na Atenção Obstétrica***

### **HIPERTENSÃO ARTERIAL**

---

A principal causa de morte em adultos no Brasil são as doenças vasculares e circulatórias. A hipertensão arterial é mais frequente, se inicia mais precocemente e apresenta uma evolução mais grave na população negra.

No Brasil, as doenças hipertensivas constituem a principal causa de morte materna, responsáveis por um terço dessas mortes. Toda gestante deve ter a pressão arterial verificada sempre que for à consulta de pré-natal. Embora a hipertensão arterial seja uma doença crônica e sem cura, ela é perfeitamente controlável com a educação em saúde – que promova na gestante a adoção de um estilo de vida saudável – e com medicamentos prescritos por médico(a), se necessário.

### **DIABETES MELLITUS TIPO II**

---

A diabetes tipo II – não insulino-dependente é prevalente na população negra. As negras têm 50% a mais de chances de desenvolver diabetes que as brancas. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Mulheres portadoras de diabetes estão mais expostas à gravidez de alto risco.

Embora crônica e sem cura, a diabetes, tal como a hipertensão, pode ser controlada com educação em saúde, que promova na mulher a adoção de hábitos saudáveis, e com os medicamentos prescritos pelo(a) médico(a), quando necessário.

## MORTE MATERNA EM MULHERES NEGRAS

---

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia. São também mortes maternas aquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico. O “quesito cor”, apesar de constar na Declaração de Óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. No entanto, alguns estudos publicados indicam que a morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais freqüente entre as mulheres negras. Eles revelam que a taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. Em razão de serem, em sua maioria, chefes de família sem cônjuge, mas com filhos, a mortalidade materna de negras conseqüentemente relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças.

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

## ANEMIA FALCIFORME

---

A anemia falciforme é a doença genética mais comum do Brasil. Trata-se de uma doença hereditária que apresenta maior prevalência na população negra.

No Brasil, a anemia falciforme afeta milhões de pessoas e apresenta alto índice de mortalidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nascem anualmente no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas e há 30 portadores do traço falcêmico para cada 1.000 crianças nascidas vivas. A OMS também afirma que, no Brasil, 25% dos falcêmicos sem assistência específica morrem antes dos 5 anos de idade. A melhor estratégia para a atenção à anemia falciforme é o diagnóstico e cuidado precoce.

Mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta entre outros). Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo.

## DISCRIMINAÇÃO E EXCLUSÃO

---

A esperança de vida para as mulheres negras é de 66 anos, enquanto que para as mulheres brancas é de 71 anos. Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse.

Assim, as ações de saúde de combate à discriminação e exclusão no que se refere à mulher negra devem ser desenvolvidas integralmente sem desconsiderar o corpo, as relações de gênero (sexualidade) e as relações políticas (emancipação/empoderamento).



## ***Como o SUS Pode Acolher e Atender com Qualidade Gestantes e Recém-Nascidos(as) Negros(as)***

1 AÇÕES EDUCATIVAS – para a gestante, com orientação sobre os riscos, identificação precoce de sintomas e cuidados na hipertensão arterial e na diabetes mellitus. Enfatizar a necessidade da triagem neonatal para hemoglobinopatias, que inclui o diagnóstico da anemia falciforme.

As ações educativas devem ser sistematizadas, visando melhorar a qualidade de vida e preparar a gestante para o parto e pós-parto e para os cuidados consigo e com o bebê.

Cursos para gestantes, realizados preferencialmente em grupo e extensivos à família e/ou companheiro(a), devem contemplar a promoção da saúde e a prevenção dos principais problemas decorrentes das modificações anátomo-funcionais provocadas pela gestação.

Deve ser dada orientação sobre a alimentação; o desenvolvimento do bebê; os cuidados posturais e os exercícios de fortalecimento do períneo; aleitamento materno e preparação do seio e do mamilo para amamentação; as práticas de relaxamento para o pré-natal e o trabalho de parto; as técnicas respiratórias que minimizam a dor; os posicionamentos que auxiliam a dilatação e a saída do bebê; o papel ativo e participante da gestante durante o trabalho de parto; o alojamento conjunto; os cuidados com o bebê, a vacinação e a triagem neonatal.

É também fundamental a orientação para identificação de sinais e sintomas de risco no pós-parto, a realização da consulta de puerpério, o planejamento familiar, a prevenção das DST/aids e câncer e o intervalo interpartal.

2 SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE – Inclusão nas capacitações de profissionais da rede básica e dos serviços de referência e das maternidades, de conteúdos sobre diferenciais étnico/raciais nas condições de vida e na saúde da população.

3 “QUESITO COR” NOS DOCUMENTOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS – A inclusão do “quesito cor” nos sistemas de informação e nos documentos do SUS consta no documento “Compromissos do Ministério da Saúde para com a saúde da mulher”, assinado pelo Ministro Humberto Costa, em 28/5/2003.

É necessária a sensibilização dos (as) trabalhadores (as) da saúde sobre a importância da informação (“quesito cor”) e a capacitação para coleta e registro da informação da população atendida. A coleta da informação sobre o “quesito

cor” deve ser por autodeclaração e com base na classificação racial do IBGE: preto(a), branco(a), pardo(a), indígena, amarelo(a).

4 PRÉ-NATAL – Como preconiza o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), é fundamental garantir que seja aferida a pressão arterial de todas as gestantes em todas as consultas de pré-natal. Atenção especial deve ser dada para qualquer alteração nos níveis pressóricos das gestantes negras, com o devido acompanhamento e encaminhamento para serviços de alto-risco, quando detectadas alterações significativas. Atentar também para resultados de glicemia, garantindo a realização de dois exames de rotina, conforme preconiza o PHPN.

5 PROGRAMA DE ANEMIA FALCIFORME – A doença falciforme não é contra-indicação para a gravidez mas, tendo em mente os riscos, a mulher portadora de doença falciforme deve ser acompanhada por serviços especializados ou conforme o que preconiza o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falcêmicas, do Ministério da Saúde. Os recém-nascidos devem ser submetidos à triagem neonatal, atentando especialmente para a anemia falciforme, e dispor de serviço para atenção precoce aos portadores desta hemoglobinopatia, conforme preconiza o Programa de Anemia Falciforme, criado em 2000 pelo Ministério da Saúde e cuja operacionalização está a cargo dos estados e municípios.

6 QUILOMBOLAS – Investigar se no Município há comunidades quilombolas. Incluí-las nas ações de saúde numa abordagem adequada às suas necessidades e que não esteja descolada da sua realidade sociocultural. Identificar, reconhecer e capacitar as parteiras tradicionais quilombolas, vinculando-as ao sistema local de saúde. Observar que a Portaria n.º 1.434/2004, do Ministério da Saúde, definiu aumentar em 50% o valor dos incentivos das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios com população quilombola.

7 PARCERIAS – Os terreiros e outros espaços de religiões de matriz africana são importantes possibilidades de parcerias para atividades educativas em saúde. O setor Saúde precisa compreender a importância desses espaços, assim como conviver, sem preconceito, com as práticas populares e tradicionais de atenção à saúde, sobretudo no campo do cuidado, adotadas pela população negra.

HUMANIZAR É TAMBÉM NÃO DISCRIMINAR!

## *Referências bibliográficas*

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília, 2004. Mimeo.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004.
- . Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Caderno de textos básicos. Brasília, 2004. Mimeo. Textos elaborados para o Seminário Nacional de Saúde da População Negra.
- OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade: subsídios para o debate. Brasília, 2002.
- . (Org.). Desigualdade racial em números: coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, [2003]. v. 1.
- . (Org.). Desigualdade racial em números: coletânea de indicadores das desigualdades raciais e de gênero no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, [2003]. v. 2.

EDITORA MSCoordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SEMINISTÉRIO DA SAÚDE(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558E-mail: editora.ms@saude.gov.brHome page: <http://www.saude.gov.br/editora>Brasília – DF, fevereiro de 2005OS 0010/2005A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessadagrutuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:  
<http://www.saude.gov.br/bvs>O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúdepode ser acessado gratuitamente na página:  
<http://www.saude.gov.br/editora>



# ANEXO 5

Projeto  
Humanização no Parto e no Nascimento:  
Questões Étnico-Raciais e de Gênero



## I CURSO HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS E DE GÊNERO

maio/junho de 2008

Inscrições de 15 a 30 de abril  
na diretoria do hospital  
**vagas limitadas**



**INFORMAR, DIAGNOSTICAR E INTERVIR: SAÚDE DA  
POPULAÇÃO NEGRA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

**CURSO**



**Realização**  
**Secretaria de Estado da Saúde**

**Grupo Técnico de Ações Estratégicas - GTAE**  
Área Técnica Saúde da População Negra  
Área Técnica Saúde da Criança  
Área Técnica Saúde da Mulher

**Coordenadoria de Recursos Humanos - CRH**

**Fomento de Educação Sanitária e Imunização em  
Massa contra Doenças Transmissíveis - Fesima**

**Hospital Geral de São Mateus**

**Parceria**  
Instituto Amma Psique e Negritude

**Apoio**  
Ministério da Saúde



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



**Projeto**

**Humanização no Parto e no Nascimento:  
Questões Etnico-Raciais e de Gênero**



**CURSO**

**INFORMAR, DIAGNOSTICAR E INTERVIR:  
SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E  
PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Julho - agosto  
2008

## Realização

### Secretaria de Estado da Saúde

Grupo Técnico de Ações Estratégicas - GTAE

Área Técnica Saúde da População Negra

Área Técnica Saúde da Criança

Área Técnica Saúde da Mulher

Coordenadoria de Recursos Humanos - CRH

Fomento de Educação Sanitária e Imunização e  
Massa contra Doenças Transmissíveis - Fesina

Hospital Geral de São Mateus

### Parceria

Instituto Amma Psique e Negritude

### Apoio

Conselho de Defesa e Desenvolvimento  
da Comunidade Negra

Ministério da Saúde



### Projeto

Humanização no Parto e no Nascimento:  
Questões Étnico-Raciais e de Gênero



## I CURSO

# HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO:

## QUESTÕES

# ÉTNICO-RACIAIS E DE GÊNERO

maio - junho  
2008



SECRETARIA  
DA SAÚDE







# ANEXO 6



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GTAE - Grupo Técnico de Ações Estratégicas

Coordenadoria de Serviços de Saúde

HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS

Instituição Parceira: Instituto AMMA Psique e Negritude



### PROJETO

**HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS E DE GÊNERO**

*Experiência-Piloto*

## FICHA DE MONITORAMENTO MENSAL

COLETA DO QUESITO COR/ RAÇA/ ETNIA

Data: \_\_\_\_\_ Local/Setor de atendimento: \_\_\_\_\_

Solicitamos a todas(os) colaboradoras que preencham este formulário para que possamos fazer o monitoramento da coleta do quesito cor/raça/etnia. **ATENÇÃO: não é necessário identificar-se.**

1) Assinale com um X duas das alternativas abaixo que melhor expressem as reações dos(as) usuários(as) quando você pergunta "Qual é a sua cor/raça/etnia?":

Aceitação     Curiosidade     Negação     Crítica     Agressividade     Irritação

Outras. Quais: \_\_\_\_\_

2) De acordo com a sua observação, os usuários têm dificuldades em responder à pergunta "Qual é a sua cor/raça/etnia?"     sim     não

3) Se SIM, assinale com um X duas das alternativas abaixo que melhor expressem tais dificuldades.

não sabe auto-classificar-se     sente-se constrangido     sente-se discriminado

tem receio de ser prejudicado     tem receio de ser discriminado

outras. Quais: \_\_\_\_\_

4) Os usuários que mais reagem negativamente à pergunta "Qual é a sua cor/raça/etnia?" pertencem ao grupo de cor:

branca     preta     parda     amarela     indígena     nenhuma

5) O que você sente ao perguntar ao usuário "Qual é a sua cor/raça/etnia" ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Secretaria de Estado da Saúde

PROJETO

HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO: AS QUESTÕES ÉTNICO-RACIAL E DE GÊNERO

Experiência Piloto: Hospital Geral de São Mateus

COLETA DO QUESITO COR/RAÇA/ETNIA

Monitoramento I

Prezadas (os) Colaboradoras e Colaboradores:

Solicitamos a sua ajuda para que possamos melhorar a coleta do quesito cor/raça/etnia.

Por favor, queira responder às questões abaixo. Não é necessário identificar-se. Obrigada!

| OPINIÃO DOS COLETORES / ATENDENTES SOBRE O PROCESSO DE COLETA NOS SERVIÇOS  | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| Você sentiu dificuldade em coletar o quesito cor/raça/etnia?  |     |     |
| Você ainda sente dificuldade em coletar o quesito cor/raça/etnia?   |     |     |
| Seus colegas sentiram dificuldade em coletar o quesito cor/raça/etnia?  |     |     |
| Seus colegas ainda sentem dificuldade em coletar o quesito cor/raça/etnia?  |     |     |
| Em sua opinião, qual é a maior dificuldade para se perguntar aos usuários "qual é a sua cor/raça/etnia?"  |     |     |
| Assinale com um X , em duas das alternativas abaixo que melhor expressam as reações dos(as) usuários(as) quando você pergunta Qual é a sua cor/raça/etnia?<br>( ) Aceitação<br>( ) Negação<br>( ) Crítica<br>( ) Curiosidade<br>( ) outras: |     |     |
| Os materiais educativos (folheto e cartaz) tiveram efeitos positivos na relação com os usuários? Explique.  |     |     |
| Após a capacitação para a coleta do quesito cor/raça/etnia, qual é o melhor suporte para se oferecer aos coletores / atendentes?<br>reuniões quinzenais ( )      conversas individuais no momento da dificuldade ( )      outro( ) Qual?    |     |     |
| Espaço para Comentários, Sugestões ou Críticas:   |     |     |
| Área ou Setor de Atuação:   |     |     |



Crédito: Sela Murgel

## ***Luiz Roberto Barradas Barata***

Formou-se médico pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1976.

Secretário Adjunto de Saúde do Estado de São Paulo - período 1995 à 2002 e Secretário de Estado da Saúde de São Paulo - período 2003 à 2010.



## ***Marisa "Dandara" Mateus dos Santos***

Integrante do Comitê Técnico Saúde da População Negra.

Ministrou a aula Anemia Falciforme na Gravidez.

