



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

01/07/2015 - 15ª - Comissão de Assuntos Sociais

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Declaro aberta a 15ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

Bom dia a todos e a todas.

Antes de iniciarmos os trabalhos, proponho dispensa da leitura e aprovação da Ata da reunião anterior.

Os Senadores que aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública, em atendimento ao Requerimento nº 11, de minha autoria, com o objetivo de avaliar o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Eu vou explicar um pouco por que pedi esta audiência. Nós sabemos que existe o pacto, que foi assinado há dez anos. Então, precisamos saber avaliar o que mudou dos indicadores em relação à época em que ele foi firmado, quando todos os Estados aderiram. Havia muitas ações importantes no sentido da prevenção tanto da morte das mães no parto, como das crianças recém-nascidas.

É uma pauta feminina, faz parte da nossa pauta na Procuradoria da Mulher. Nós temos uma pauta e nos encontramos uma vez ao mês, pelo menos, em uma audiência pública. E é uma pauta da ONU, dentro dos Objetivos do Milênio, também há a questão da mortalidade materna. Então, justifica-se fazer a audiência. Não é para culpar ninguém; nós queremos só saber o que avançou e o que é preciso repactuar.

Então, convido para a mesa os nossos convidados, a Drª Rurany Ester Silva, Coordenadora Geral da Saúde da Mulher, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República. *(Pausa.)*

A Drª Thereza de Lamare, Diretora Substituta do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. *(Pausa.)*

A Drª Jurema Pinto Werneck, médica, Coordenadora Geral da ONG Criola. Bem-vinda! *(Pausa.)*

E o Dr. Francisco de Assis de Oliveira Costa, Secretário de Saúde do Estado do Piauí, do meu Estado. *(Pausa.)*

Eu quero só comunicar que, a princípio, dez minutos, prorrogáveis por mais cinco, na apresentação. Depois, temos debate e há participação.

Vamos começar com a Drª Rurany, que é da Presidência da República, pela hierarquia. E a Secretaria que, certamente, está colhendo esses dados com mais atenção até.

Então, Drª Rurany.

A SRª RURANY ESTER SILVA - Quero agradecer o convite, em nome da SPM, e dizer que é um prazer; cumprimentar a Mesa, cumprimentando a Senadora Regina Sousa.

Esta é uma pauta muito importante para nós, mulheres, discutir morte materna, avaliar a morte materna no Brasil é muito importante. Por isso trouxe aqui alguns marcadores importantes na saúde da mulher, na saúde integral das mulheres.

Em 1983, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e as suas ações programáticas.

Este é meio cortado, acho que não está centralizada a figura.

Ele foi publicado em 1985, pelo Ministério da Saúde.

Em 1986, nós tivemos a primeira conferência e única sobre saúde e direito das mulheres. Eu chamo a atenção porque foi a única, não se fez mais nenhuma conferência de saúde das mulheres neste País.

Em 1998, foi a criação do Sistema Único, pela lei... Em 1990, teve a sanção da Lei nº 8.080 que regulamentou o Sistema Único de Saúde, consagrando os princípios finalísticos da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira.

É importante ressaltar que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi antes do SUS, mas dentro da perspectiva também da integralidade da saúde da mulher.

Em 1994, houve a Conferência de População em Desenvolvimento no Cairo, que foi um símbolo para a introdução da saúde e direitos reprodutivos, como direitos humanos e direitos das mulheres.

Em 1995, também, houve a IV Conferência Mulher das Mulheres, em Beijing, que reforçou toda a questão dos direitos humanos das mulheres, os direitos reprodutivos, a produção do desenvolvimento humano, o bem-estar, reforçou as políticas de educação, respeito ao meio ambiente, o empoderamento das mulheres e a equidade de gênero e também reforçou muito o combate à violência contra as mulheres.

Em 1998, houve a Organização da Atenção às Mulheres em Situação de Violência, o sistema de referência à gestante de alto risco, impondo limites a pagamento por parto cesárea, e também na atenção básica, começou a investigação dos óbitos maternos.

Em 2000, houve a Metas do Milênio, e também tinha o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e tinha o Sistema SisPreNatal nessa época.

Pode passar.

Em 2003, houve a criação da Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República e em 2011 ela passou a ter *status* de ministério.

Em 2004, foi transformado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com linhas de ações, com plano de ação e, aí, surgiu o Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o pacto está inserido no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, como estratégia dentro da assistência obstétrica.

E também foi publicada a Norma Técnica de Atenção e Humanização ao Aborto.

A gente chama atenção para isso porque são dois momentos importantes para a saúde da mulher até porque o aborto é a quinta causa de morte materna.

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e a Lei do Acompanhante, e são muito poucos os hospitais que até hoje tem implantada essa lei, que é uma lei importante para dar qualidade e assistência às mulheres no momento do parto.

Em 2004, 2007, 2011, houve a Conferência Nacional das Mulheres. É importante porque elas visam a reduzir a desigualdade de gênero e propor mudanças e propostas para serem implementadas pelo Governo para as mulheres.

O Capítulo III do último plano trata da saúde integral das mulheres e direitos sexuais reprodutivos.

Em 2007, houve o Pacto para Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Em 2008, houve a regulamentação da Vigilância do Óbito Materno e o Pacto para Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal na Amazônia Legal.

Em 2009, a qualificação das maternidades.

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 11.459, em 11 de julho de 2011. É uma estratégia também do Ministério da Saúde para qualificar a atenção dispensada às mulheres no Sistema Único de Saúde.

Em 2013, foi lançado Programa Mulher Viver sem Violência, que tem a Casa da Mulher Brasileira, a ampliação dos Centros de Atendimento de Referência, adaptação dos IMLs e hospitais de referência que atendem as mulheres em situação de violência, os Centros de Atendimento às Mulheres na Fronteira.

Eu dei esse panorama porque é importante a gente saber que hoje essa política não veio assim, veio de uma luta do movimento feminista, do movimento de mulheres, dos trabalhadores da saúde. Isso é muito importante para a gente focar e dizer por quê.

Agora, o Brasil no cenário internacional assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, em 2008, e dentro dele está a redução da mortalidade materno-infantil e de criança menores de cinco anos.

Em 2004, foi lançado o pacto, no âmbito da Presidência da República, como estratégia da Política de Saúde Integral à Saúde da Mulher na atenção obstétrica. Foi firmado o Pacto de Redução da Morte Materna e Neonatal. O foco do pacto foi articular os atores sociais, mobilizar a sociedade civil e os profissionais de saúde em torno da melhora da qualidade de vida das mulheres e das crianças.

A redução da morte materna foi assumida como meta nesse ano, de redução das desigualdades regionais, coordenada pelo Ministério da Saúde.

A Rede Cegonha foi implantada em 2011 como estratégia também, traz a iniciativa de mudar a qualidade da atenção no serviço de saúde, o cuidado da gravidez, parto e nascimento, e a atenção integral à criança com foco nos primeiros anos de vida, especialmente a neonatal.

(Soa a campanha.)

A SR^a RURANY ESTER SILVA - Já? *(Risos.)*

A SR^a RURANY ESTER SILVA - Eu só estou chamando a atenção para isso, eu pus aqui, mas nem vou aprofundar.

Aqui está o pacto, as estratégias de implementação, que era articulação muito forte do controle social com os governos, estaduais e municipais, a estratégia de redução da morte materna e neonatal era a expansão da atenção básica, a qualificação do pré-natal, e muitas outras.

E o importante é que focava algumas questões ligadas à saúde integral das mulheres, como o cuidado com a saúde da mulher trabalhadora, o cuidado com a saúde das mulheres negras e indígenas, a saúde das mulheres portadoras de transtorno mental, a saúde das mulheres privadas de liberdade e o fortalecimento e premiação de hospitais que tinham uma qualificação importante na atenção às mulheres.

E também tinha um eixo de monitoramento e implementação do pacto nos Estados e municípios, era uma pactuação, e esse monitoramento era feito entre a sociedade civil e os profissionais de saúde.

A Rede Cegonha também tem todas essas práticas, tem a qualificação do pré-natal, que era a ampliação dos exames, o teste de HIV, a qualidade da atenção ao parto e nascimento, a classificação, o acolhimento de risco nas portas de entrada; a questão da implementação dos Centros de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, que também já existia no pacto, e ampliação da qualificação dos enfermeiros obstetra e obstetrix. E o terceiro é o Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança - nesse momento, é importante ressaltar que há um foco muito grande na saúde da criança. E também toda a questão do sistema logístico: o transporte sanitário, regulamentação, a questão do Samu, qualificação do Samu e ampliação dos leitos obstétricos.

A Thereza de Lamare deve aprofundar essas questões.

Aqui vou apresentar um pouco a razão da morte materna e vocês vão ver que, em 2004, houve uma queda bastante acentuada, 2005, 2007, e ela vem caindo em média 8%, 9% ao ano; este ano, diminuiu a queda, não aumentou a queda, então, foram 5%.

Aqui a morte materna nos hospitais do Sistema Único de Saúde. A gente vai ver que a maioria das mortes maternas ocorre em hospitais privados ou conveniados pelo SUS.

Aqui é a mortalidade por causa direta e indireta. Vocês vão ver que as mortes evitáveis são maiores do que as mortes ditas não evitáveis, que são as indiretas, são mortes que a gente pode interferir e não deixar as mulheres morrerem.

Aqui as causas das mortes: em primeiro lugar, hipertensão; segundo, hemorragia; infecção puerperal, 7%; depois abortos; depois doenças cardiovasculares e doenças na gravidez e outras causas.

Aqui a mesma coisa, só que uma comparação de ano a ano, você vai ver que está decrescendo ano a ano.

Aqui, a gente trouxe a morte materna por raça, cor: 60% das mortes são de mulheres negras, somando as pretas e pardas, 60% das mortes são de mulheres negras neste País. Então, a morte materna tem idade, geralmente, são mulheres de 25 a 30 anos, são mulheres de cor negra, são mulheres pobres.

Aqui a mesma coisa, com outro gráfico, só que ano a ano. Este gráfico não está aparecendo porque está mais deslocado para lá, mas você vai ver que tem aumentado a morte materna, mas ela tem subido em relação às mulheres negras. A qualificação da investigação do óbito tem demonstrado isso. Todos aqueles óbitos que não eram identificados como morte materna, a maioria deles é em mulheres negras.

Essa aqui é a investigação do óbito. A gente vai ver que melhorou muito neste País.

Aqui, por faixa etária. Você vai ver que a hipertensão é causa de morte em todas as faixas etárias, e infecção puerperal também em jovens.

Aqui é o risco de morrer das mulheres. São aqueles partos com complicações, que levam a uma morbidade grave nas mulheres, que é uma coisa preocupante, porque normalmente as mulheres ficam com sequelas, traumas e muitas questões. É importante a gente focar isso. A mulher não morre, mas tem muitas sequelas na vida dela. E aí vem da qualidade da atenção dispensada.

Aqui são os óbitos maternos em proporção.

Muito obrigada. E fico à disposição.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Drª Rurany.

Só para orientar todo mundo, aquele relógio lá marca o tempo e vai baixando. Então, dá para ir controlando, porque, infelizmente, aqui tem um tempo...

A SRª RURANY ESTER SILVA (*Fora do microfone.*) - É que, se olhar pra lá e olhar pra cá...

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Assim, olhar de vez em quando, para ver se...

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Não é o Presidente que toca a sirene. Ela é programada, não é, Senadora?

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - É programada. Mas a gente sempre tem uma tolerância. Você fez os 15 minutos tranquilamente.

A SRª RURANY ESTER SILVA (*Fora do microfone.*) - Obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Vamos passar a palavra para a Drª Thereza de Lamare, que é do Ministério da Saúde, Diretora substituta do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde.

A SRª THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO - Bom dia a todos e todas. Bom dia, Senadora Regina Sousa. Eu queria parabenizá-la por essa iniciativa e quero cumprimentar a todos os colegas aqui de Mesa: a Rurany, representando a Secretaria de Política para as Mulheres; a Jurema Werneck, médica, coordenadora da ONG Criola; o Secretário de Saúde do Piauí e os demais participantes desta Comissão.

Em nome do nosso departamento, da nossa Diretora, Drª Aparecida, e também do Ministério da Saúde, eu gostaria de apresentar alguns resultados do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. E, como Rurany disse, eu queria, já de antemão, pedir desculpas por alguns eslaides serem parecidos, porque há uma sintonia muito grande das falas, tendo em vista que muitos dados são do próprio Ministério da Saúde.

Então, a gente vai buscar apresentar outras e aprofundar algumas questões relacionadas ao pacto.

Bom, a primeira questão importante a ser colocada é qual é esse contexto da morte materna no Brasil, que eu acho muito importante para a gente trabalhar políticas públicas e também avaliar como é a proposta da Senadora. Então, temos algumas questões importantes.

A morte materna é produzida por uma multiplicidade de variáveis: tem um alto grau de evitabilidade, como a Rurany colocou - em torno de 92% são evitáveis. Infelizmente, ainda perdura no Brasil um modelo de atenção ao parto e ao nascimento não respaldado por práticas recomendadas pelas evidências científicas, então a gente ainda trabalha muito com modelos que não estão baseados em evidências e que prejudicam o nascimento; desafios na integração e na resolutividade da rede de atenção; não valorizar as queixas das mulheres e falta de protocolos pactuados; e a própria violência institucional e de gênero, que indica a necessidade de uma mudança de cultura institucional nas relações entre sujeitos nos cotidianos dos serviços. Ou seja, é necessário que cada vez mais os nossos serviços estejam adequados, preparados para atender às mulheres, todos os usuários do Sistema Único de Saúde na sua condição de como eles aparecem no serviço.

E uma outra questão muito importante é o racismo institucional, que também acaba interferindo nesse processo do cuidado, especialmente em relação às mulheres negras.

Então, esse é um aspecto muito importante. Como a Rurany havia apresentado, esse eslaide acaba ficando um pouco menor e mais apresentado a todos, mostrando aí que essa grande marca mais escura, amarronzada, junto com a mais clara, mostra as mortes maternas, segundo raça e cor, mostrando claramente uma diferenciação importante da morte materna, quando falamos de raça e cor.

As principais causas de mortalidade a Rurany já colocou, e pego aqui o aspecto da neonatal, que são os problemas respiratórios e circulatórios, prematuridade e baixo peso, infecções perinatais e asfixia perinatal. Nesse contexto que eu havia colocado das más práticas, isso acaba influenciando muito a mortalidade neonatal, tendo em vista as cesáreas programadas, que acabam trazendo a prematuridade e acabam fazendo uma série de consequências no nascimento da criança. Então, há uma insegurança na hora do nascimento.

Aqui, nós já colocamos as principais determinantes em relação à mortalidade materna. Então, nós temos desde questões sociais até também, em muitos lugares, uma baixa qualidade da assistência prestada. Então, isso tem sido o foco do Ministério da Saúde junto com secretários municipais e estaduais de saúde, no sentido de nós melhorarmos essa atenção ao pré-natal, a atenção ao planejamento familiar, porque tudo isso começa desde o momento em que o casal, estejam eles unidos ou não, tem a decisão de ter filhos, incluindo aí a população adolescente também.

Então, aqui é um pouco uma linha histórica, uma série histórica das políticas implementadas. Então, como a Rurany colocou, não começou de agora. O Brasil já tem uma preocupação muito grande - o Ministério da Saúde - em relação à morte materna. Então, induzi ali, em roxo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, que foi em cima do contexto dos ODM, quando, à época, o Presidente Lula propôs que toda a sociedade se unisse, para que pudéssemos fazer um grande pacto na sociedade brasileira para a redução das desigualdades e iniquidades sociais. Obviamente, coube ao Ministério da Saúde - junto com os vários parceiros, as sociedades científicas, as organizações não governamentais e os movimentos sociais - fazer um grande movimento pela redução da mortalidade materna e neonatal.

Então, em 2004, nós tínhamos um cenário de razão de morte materna de 74,5 mulheres e 14,3 crianças que morriam até os primeiros 28 dias de vida. Essa proposta do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna foi muito exitosa - a própria ONU parabenizou o Brasil por essa iniciativa -, e essa realidade mobilizou, à época, bastante a sociedade, todos os Estados, todos os Municípios se envolveram nessa agenda.

Então, o objetivo era exatamente melhorar a atenção obstétrica e neonatal, fazendo essa grande mobilização social, ou seja, envolver toda a sociedade, para que nós pudéssemos discutir, questionar, interrogar se o modelo de parto, nascimento no Brasil estava adequado e se esse caminho que a sociedade estava trilhando era o melhor caminho para um nascimento, um parto seguro, humanizado, em que as mulheres tivessem prazer, em que as mulheres estivessem junto com os seus parceiros e os seus companheiros e pudessem ter um parto digno e de acordo com que a realidade permite, a própria Organização Mundial da Saúde.

Os principais princípios eram o respeito aos direitos das mulheres e crianças, ter uma política de Estado que tivesse claramente um objetivo de onde queríamos chegar, a sustentabilidade desse processo e envolver a sociedade civil nesse movimento, que é fundamental para exatamente termos essa troca e essa responsabilidade de, ao cumprir, ao estabelecer quais são as políticas sociais, saber se elas, de fato, estão atingindo, se as usuárias estão, de fato, cumprindo aquilo que era o objetivo central.

Os resultados principais - vou colocar bem rapidamente -: adesão de praticamente todo o Brasil. Investimos muito na qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Como eu falei lá no cenário anterior, há uma necessidade muito grande de qualificar esses profissionais, de trabalhar esse novo modelo da atenção ao parto e nascimento e não se esquecer das parteiras tradicionais. No Brasil, nós ainda temos muitas parteiras, nós temos cerca de 50 mil, 60 mil partos que são feitos pelas parteiras tradicionais.

Nós temos comunidades indígenas. Então, não podemos desconhecer realidades regionais, culturas regionais, que são muito importantes e que trazem para nós também conhecimentos importantes de como parir no Brasil, quando nós estamos falando não apenas no hospital.

Sabemos que já avançamos muito cientificamente, tecnologicamente. Hoje praticamente todas as crianças nascem no hospital, mas infelizmente ainda temos a realidade...

(Soa a campanha.)

A SRª THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO - ... de um número muito alto de cesarianas.

Trabalhamos muito também envolvendo a mortalidade materna nesse contexto maior, envolvendo também as questões relacionadas à violência doméstica, à violência sexual, à vigilância do óbito materno e neonatal, que também avançou muito no Brasil. É uma coisa muito importante, para que nos possamos melhorar as políticas de saúde, conseguirmos identificar aquele óbito, por que aconteceu aquele óbito, e fazer o caminho para trás, fazer o caminho inverso e tentar identificar onde foi o erro, onde aconteceu o descompasso, enfim, e hoje nós já avançamos bastante.

Investimos também muito na questão dos leitos de UTI, na ampliação das equipes de saúde da família. Todos aqui sabem da importância de quanto a saúde mais perto de casa, melhor. A Comissão Nacional de Monitoramento do Pacto também

foi muito importante. Hoje isso tudo na Rede Cegonha, como a própria Rurany colocou, veio se fortalecendo, então esse gráfico mostra que nós temos reduzido a mortalidade materna: estamos em 61,5. Não atingimos a meta prevista, mas o importante é que o Brasil tem mantido a redução da mortalidade materna, e obviamente temos que intensificar as ações para a redução.

Então, é uma responsabilidade de gestores municipais, gestores estaduais assumir esse compromisso do ponto de vista da saúde e também da sociedade como um todo. Vocês estão vendo aí na imprensa a campanha, o nosso Ministro fortemente trabalhando a campanha pelo parto normal, a ANS assumindo essa responsabilidade, porque isso tudo vai te trazer consequências para a realidade da saúde da mulher e da criança.

Então, alguns outros resultados, ações importantes para criança, como a suplementação de vitamina A, qualificação do pré-natal, bancos leite, Samu, qualificar o atendimento do Samu para o transporte neonatal, a qualificação dos profissionais da maternidade, de emergências e urgências obstétricas, a cobertura do SIM e do Sinasc, que são sistemas de informação muito importantes para nós, para poder melhorar a identificação das causas de óbito materno, a vigilância dos óbitos infantis e fetais, produção de conhecimento e pesquisa, também muito importante. Então, foi um conjunto de ações dentro do pacto que foram realizadas e, ao longo dos anos, nós fomos identificando essa queda da mortalidade materna.

Em 2011, então, esse movimento é fortalecido com a Rede Cegonha, nessa mesma direção de melhorar o acesso, a qualidade e o cuidado. Então, nós trabalhamos com uma série de outros dispositivos, inclusive os fóruns perinatais de Rede Cegonha - os Municípios criam esses fóruns onde se reúne toda a sociedade, para poder discutir por que as mulheres estão morrendo naquele Município, o que está acontecendo, onde nós estamos errando. Continuar a mobilização da sociedade civil e dos gestores é muito importante.

Uma vitória muito importante foi a redução da mortalidade infantil. O Brasil, já em 2012, conseguiu atingir a meta quatro dos objetivos de desenvolvimento, de reduzir em dois terços até 2015 a mortalidade infantil. Foi muito importante uma redução de mais de 70%, bem acima dos outros países, das outras regiões do mundo.

Aqui, mostrando a redução da mortalidade infantil. O desafio maior é a redução da mortalidade neonatal, que está muito relacionada a esse modelo de parto e nascimento no País, em que pese nós termos avançado no acesso aos leitos de UTI, de UCI, canguru, uma série de outras modalidades que, na Rede Cegonha, foi possível ofertar para os hospitais, inclusive com aporte de recursos, mas, se nós não melhorarmos o nascimento e o parto neste País, nós vamos ficar numa situação difícil, de ficar aumentando leito de CTI, de UTI, se nós não mudarmos o modelo de parto.

Então, é importante que nos façamos esse movimento também inverso.

Aqui é só para mostrar para vocês os avanços da investigação dos óbitos infantis e de morte materna, mostrando o quanto nós já avançamos, como eu coloquei anteriormente, reforçando que isso é fundamental...

(Soa a campanha.)

A SRª THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO - para que nós possamos ter mais visibilidade do ponto de vista das ações que nós temos que fazer.

Aqui há alguns dados da Rede Cegonha, mostrando a adesão de praticamente 100% dos Municípios brasileiros. A oferta de métodos contraceptivos: hoje todas as mulheres brasileiras que utilizam o SUS têm oferta dos métodos contraceptivos, necessitando avançarmos em alguns métodos, como o próprio DIU e outras ofertas de métodos não hormonais, que são muito importantes também, porque nem todas as mulheres podem usar métodos hormonais. Ofertas de exames para melhorar essa atenção pré-natal e exames de ultrassonografia. Enfim, houve um avanço importante na oferta de métodos, inclusive o exame de eletroforese, que era uma reivindicação muito grande dos movimentos femininos, especialmente do Movimento de Mulheres Negras, no sentido de identificar tão precocemente a anemia falciforme. Então, esse exame hoje é ofertado para toda a rede.

Aqui, eu não vou entrar em detalhes, mas mostrando rapidamente o avanço das metas de qualificação de leitos de UTI neonatal. E aqui, finalizando, questões relacionadas a quais são os nossos grandes desafios, que são fortalecer o trabalho em rede e alterar as práticas de cuidado, tanto ao parto, quanto à atenção neonatal.

Então, nós temos investido muito no sistema, que é o SisPreNatal, que é hoje interligado, em forma de *web*, nos novos exames, ou seja, fazer com que a gestante fique vinculada, saiba onde ela vai ter esse parto, para ela não ficar perambulando, e qualificar essa atenção ao parto e nascimento, garantir o acompanhante de livre escolha. Nós ainda sabemos que isso é um desafio, não são todas as maternidades que permitem, e nós sabemos o quanto isso é importante, nós precisamos mudar essa cultura dentro dos serviços, que faz muito bem, faz bem para a saúde você ter acompanhante de livre escolha da mulher, não importa se é a mãe, a avó, o parceiro, quem ela achar que é a melhor pessoa, com quem ela vai se sentir segura nesse momento.

Por último é o investimento que nós estamos fazendo, muito grande, nas enfermeiras obstétricas, porque nós temos investido muito na questão do Centro de Parto Normal e das Casas de Gestante e Bebê, que são dois dispositivos muito importantes para trabalharmos, melhorarmos esse acesso ao parto normal no País.

Então, eu gostaria de agradecer, Senadora, por esta oportunidade de poder estar aqui falando um pouquinho dos resultados do pacto e também principalmente da continuidade dessas ações que estão sendo feitas atualmente pela Rede Cegonha, junto com todas as secretarias municipais e estaduais de saúde e outros parceiros da sociedade civil também.

Muito obrigada.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Apoio Governo/PP - RS) - Pela ordem, Presidente.

A SR^a REGINA SOUSA (Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Pois não, Senadora.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Apoio Governo/PP - RS) - Cara Presidente, Senadora Regina Sousa, eu quero cumprimentá-la pela iniciativa desta audiência pública, que trata da redução da mortalidade materna, agradecer a presença dos palestrantes, que já ilustraram muito com o que pude ouvir da Dr. Thereza.

Eu quero dizer que eu sou a filha mais velha de nove, e todos os meus irmãos nasceram com uma parteira, graças a uma parteira, no interior do Rio Grande do Sul, em Lagoa Vermelha. Então, essas figuras são figuras notáveis. E em nenhum caso, houve problema, pelas condições de higiene, mesmo no interior, em que não havia energia elétrica. Com muitas carências que se viviam naquele tempo, mas com as precauções tomadas com a limpeza dos materiais, das tesouras, tudo desinfetado, todos nasceram bem, sem problemas. Então, é uma questão até de condição amorosa. É claro que essa é uma situação daquele tempo.

Hoje, as minhas irmãs, os filhos, uns nasceram de parto com a parteira, mas a maior parte delas nasceram com partos no hospital. Por isso, quero ressaltar exatamente esse esforço de dar proteção à mulher.

E a gente também fica porque está muito ligado, não só à mãe, à mortalidade materna, que é uma coisa grave no País, mas também queria ressaltar aqui - fiquei muito feliz, como mulher, não tenho filhos - que há Senadores homens presentes aqui, assistindo, que é uma forma também de compartilhamento de um problema que interessa a toda sociedade brasileira. Hoje, quando a gente vê, no noticiário aqui em Brasília, que uma mãe tem um filho e joga a criança num cesto de lixo, nos comovemos, mas, sobretudo, com a possibilidade de essa criança ser resgatada e ter uma condição de vida numa adoção. Então, também essa questão da primeira infância, do nascimento da criança, tanto quanto à segurança da mãe por uma boa gestação, segura, amorosa, afetuosa, não só saudável do ponto de vista da saúde, da medicação, da alimentação, do neonatal, mas também à criança, porque muitas mães, às vezes, não podem amamentar, então, é a questão do leite materno, os programas também da nutrição da criança, e isso passa pela nutrição da mãe também.

Queria cumprimentá-la por isso e dizer que ontem, na Câmara dos Deputados - tem a ver porque trata da primeira infância, é o começo; a mortalidade da mulher no parto é relacionada também à questão da primeira infância -, foi aberto o 3º Seminário Internacional sobre o Marco Legal da Primeira Infância. Foi também a 6ª Reunião da Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares em Defesa da Primeira Infância na América Latina e no Caribe. Estavam lá várias Deputadas e Deputados, Senadores, também, do México, da Costa Rica, de Honduras, de El Salvador, então, foi realmente muito importante.

E, naquele momento, a reunião foi presidida pelo Deputado Antônio Brito, que é do PTB da Bahia, a Vice-Presidente, a Deputada Cármen Zanotto, que é uma enfermeira muito aplicada, muito dedicada às questões da mulher, e o Secretário da Saúde do meu Estado, João Gabbardo, o que foi solicitado, Senadora Regina Souza - e aí eu peço apoio de Senadores -, é que o Senado acolha o PLC nº 14, que trata de um marco regulatório para primeira infância, então, vêm esses cuidados todos que aqui se complementam com essa política de uma qualidade melhor para a gestante no neonatal, mas também a continuidade da primeira infância.

Lá em Canela, no Rio Grande do Sul, na Serra Gaúcha, há 9 anos se faz a Semana do Bebê, que é também um trabalho muito bem elaborado por um pediatra que inspirou esse processo, e o Deputado Osmar Terra, que é do meu Estado, que tem uma grande vinculação com esse tema, tem participado sempre. Penso que essas iniciativas todas, a cidade faz um desfile do bebê, as mães com seus carrinhos, as crianças. A cidade fica toda enfeitada com berços, com todo tipo de relação, com mamadeiras, chupetas - lá chamamos de bico; a chupeta, lá no Rio Grande do Sul, é bico. Toda dessa agenda relacionada à saúde da mãe na gestação, e também a do bebê.

Queria dizer que espero que nós, aqui no Senado, demos apoio a esse PLC nº 14, que é o marco legal para a primeira infância, que se soma à iniciativa da Senadora Regina Souza.

Cumprimentando, mais uma vez, pelo seu trabalho e pela sua audiência.

Só estou preocupada, Senadora, porque, às 11h, temos uma sessão do Congresso Nacional e, quando aquela sineta soa, temos que sair correndo.

Muito obrigado.

A SRª ANGELA PORTELA (Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Pela ordem, Srª Presidenta.

Também gostaria, assim como a Senadora Ana Amélia, de continuar aqui até o final para ouvir todos os nossos convidados, mas, infelizmente, ou felizmente, terei que presidir uma audiência pública para instruir um projeto de lei do Senador Paulo Paim que trata da criação do Mês da Poesia, Senadora Ana Amélia.

E queria já lhe parabenizar pela iniciativa de solicitar essa audiência pública para que se possa aqui avaliar os resultados da criação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Vemos uma grande movimentação, um grande interesse do Governo Federal, do Ministério da Saúde, com os diversos programas, e aqui queria destacar o Rede Cegonha, que tem sido de fundamental importância para que a gente possa, exercendo essas políticas públicas, em parceria com os Estados e Municípios, reduzir a mortalidade materna e infantil e atingir os objetivos do milênio, que é tão almejado pelo nosso País.

Queria aqui destacar esses programas importantes para que o Ministério da Saúde dê todo esse suporte, essa capacitação, essa orientação na execução das políticas públicas de saúde em nossos Estados e Municípios brasileiros. Sem dúvida nenhuma, é uma meta digna em que todos nós devemos nos empenhar - Poder Legislativo, Executivo, sociedade civil organizada, os comitês de mortalidade materna, que foram criados em todo o País.

É interessante também que a gente tem aqui números para avaliar, nesses últimos anos, a assinatura desse pacto com os Estados e Municípios. Esperamos ter em mãos, após essa audiência, os resultados concretos dessa assinatura, desse pacto que foi feito por todos os Municípios, todos os Estados brasileiros. É interessante para que nós, Senadores, tenhamos condição de avaliar os resultados, as consequências desse pacto assinado por todo o País.

Temos aqui a presença do Secretário de Saúde do Estado do Piauí, a convite da Senadora Regina, e, obviamente, teremos informações sobre como está funcionando esse pacto no Estado do Piauí; e, no meu Estado de Roraima também, temos esse Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materno Infantil e Fetal, que tem funcionado muito bem e temos a grata satisfação de apresentar números muito positivos de redução drástica da mortalidade materna e infantil. É muito bom estarmos aqui discutindo um tema de grande relevância para as nossas mulheres, para as nossas mães e para as nossas crianças.

Quero destacar também o compromisso do Ministro da Saúde, Arthur Chioro, que esteve aqui Comissão de Assuntos Sociais por diversas ocasiões, e tem destacado a prioridade do Ministério da Saúde na redução dos partos cesáreas. Isso passa por uma mudança cultural, uma mudança dos nossos profissionais de saúde para que a gente consiga. O Brasil é campeão em partos cesáreas. E sabemos das consequências de tudo isso, por isso, é muito bom ver o interesse das políticas públicas, exercidas pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Estados e Municípios, tentando diminuir essa quantidade abusiva de partos cesáreas em nosso País.

Muito obrigada, Senadora Regina.

Infelizmente, terei que me ausentar para fazer abertura dessa audiência pública que vai discutir a Semana da Poesia em nosso País.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Senadora Angela.

Passamos agora para a Drª Jurema, que é médica e coordenadora geral da ONG Criola. Acho que ela terá muita coisa a nos dizer, principalmente do item que foi apresentada pelas duas expositoras, que é sobre o aumento da mortalidade entre as mulheres negras.

É um fenômeno que precisamos explicar, saber o que está acontecendo e combater veementemente.

Com a palavra, a Drª Jurema.

A SRª JUREMA PINTO WERNECK - Bom dia. Obrigada, Senadora Regina Souza.

Gostaria de parabenizar a Senadora, parabenizar a Comissão, parabenizar o Senado e a Procuradoria da Mulher, por pautar esse tema, que é fundamental. De fato, mortalidade materna no mundo é problema de saúde pública, desde a década de 30 do século XX. Estamos em 2015, já no século XXI, e continuamos debatendo a tragédia que ainda precisa ser enfrentada.

O Brasil não é um país simples, mas também não é um País pequeno, não é um País pobre, não é um País sem recurso, não é um País sem tecnologia, e, ainda assim, a mortalidade materna é uma tragédia que ainda precisa ser enfrentada.

Como tenho dez minutos, trouxe, nesse primeiro eslaide, para lembrar a definição de morte materna, só para lembrar que morte materna direta está vinculada a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos que envolve isso tudo. Repetindo: intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma articulação desses temas.

Como disse, o Brasil não é um País pequeno, não é um País pobre, não é um País sem tecnologia nem sem recurso.

A morte materna é um problema grave e o tipo de morte materna que mais acontece no Brasil é a morte materna direta, como já foi dito aqui, 92% dos casos poderiam ser evitados, estão aí nesse grupo, e eles ocorrem por intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos relacionados a isso. Isso é muito grave! Isso é muito grave!

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Dr^a Jurema, sou seu colega.

Estou achando o índice de 92%... Dentre os casos, como é que é a estatística desses 92%? Só para que eu possa entender.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - Porque as causas diretas...

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Dentro dos partos, numa cidade ou num Município ou num Estado?

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - É a estatística nacional, 92% das mortes maternas no Brasil poderiam ser evitadas por intervenções adequadas, em tempo, tratamento correto.

É isso mesmo, Senador, é terrível. O senhor, que é profissional de saúde, como eu, vê, é, de fato, isso. E o senhor sabe que parto é uma ação muito simples.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - É. Se o médico não atrapalhar, a criança nasce bem.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - E a estatística está mostrando que o médico está atrapalhando muito, o médico está mais do que atrapalhando, a intervenção médica está sendo iatrogênica, está provocando morte.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Tenho muito respeito pelos obstetras.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - Não sou obstetra.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Não é obstetra? Mas tenho um respeito, mas me chamou a atenção, me chocou como médico.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - E o senhor tem toda a razão.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - É um índice muito alto 92%.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - Inacreditável.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - É extremamente alto.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - Exatamente.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Estou só interrompendo no momento exato em que se está citando a estatística. Não sei, o Conselho Federal de Medicina, os conselhos conhecem essa estatística?

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - Todo mundo conhece essa estatística, infelizmente.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Infelizmente.

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - E agradeço profundamente o senhor ter sublinhado esse dado, nesse momento, porque, sim, o seu destaque é fundamental. De fato, é incompreensível que uma tecnicidade tão simples provoque tanta tragédia, que a ação do profissional de saúde provoque tanta tragédia.

Não precisava ser assim, não precisa ser assim. É verdade que o profissional de saúde que é iatrogênico não está só. O serviço e o sistema falham em abrir espaço para esse tipo de intervenção inadequada.

Precisa responsabilizar profissionais de saúde? Precisa, mas não só, porque a gestão falha, se o profissional de saúde pode agir dessa forma tão intempestiva, tão equivocada e tão iatrogênica, há responsabilidades partilhadas em diferentes níveis. Sim, é realmente chocante, concordo com o senhor.

Da perspectiva de direitos humanos, há outra forma de classificar a morte materna. Como causas institucionais, que está associada a leis, serviços ou políticas ineficazes; causas socioeconômicas, que não são apenas socioeconômicas, todos os dados mostram que as altas taxas de morte materna entre mulheres negras e mulheres indígenas expõem algo para além das

causas econômicas, mas as sociais ligadas ao racismo; e as causas médicas, que seriam aquelas tão afeitas simplesmente à ação profissional.

Aqui é para lembrar a taxa, só para sublinhar, aqui só estou sublinhando, Senadora, o que a senhora destacou: as mulheres negras estão morrendo mais do que todo mundo. Apesar de morte materna ser um problema de saúde pública desde a década de 30 do século XX; apesar de o pacto, assinado em 2004, assinalar a necessidade de atenção específica para mulheres negras e mulheres índias, apesar de tudo o que veio depois, a morte materna segue altíssima em mulheres negras e mulheres índias e parece que não temos soluções à vista.

Novamente sublinhando, 60% dos casos de morte materna são em mulheres negras; 60% dos casos - isso, nacionais, vai variar de Estado por Estado, Município para Município, há casos muito mais graves do que esse, isso é apenas a média.

Queria trazer, Senadores e Senadoras, dois casos exemplares para entender o que se passa, só para entender o que se passa com a morte de mulheres negras no Brasil. São dois casos e dois casos de repercussão nacional, os dois casos aconteceram no meu Estado, no Rio de Janeiro.

Alyne Pimentel e Rafaela de Souza. A Alyne Pimentel da Silva Teixeira morreu em 16 de novembro de 2001, no sexto mês de gravidez. Ela passou mal no sexto mês e foi procurar assistência na cidade onde vivia, Belford Roxo, e foi pessimamente atendida, não foi atendida adequadamente. A situação se complicou. Depois de muita dificuldade, ela foi transferida para a cidade de Nova Iguaçu, onde também foi pessimamente atendida - se é que se pode dizer que ela foi atendida, uma vez que estava nas escadas, foi, nas escadas do Hospital Geral de Nova Iguaçu, que a tragédia aconteceu.

A história da assistência à gravidez de Alyne Pimentel foi cercada de muitas injustiças, muitas falhas, um excesso de falhas. Isso provocou uma mobilização nacional do movimento de mulheres no Rio de Janeiro, movimento de mulheres nacional, em busca de justiça, reparação e investigação de que falha era essa. Como o Estado brasileiro não produziu as ações necessárias para explicar que situação é essa, que falha é essa, que reparação será possível, esse caso foi levado ao Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher, das Nações Unidas, em Genebra. E, em Genebra, em 2011, o Brasil recebeu - entre aspas, porque o termo não é esse, mas, na prática, é isso - uma "condenação" desse comitê, em relação ao caso de Alyne Pimentel.

Esse caso foi emblemático e obriga o Estado brasileiro, a União, o Estado do Rio de Janeiro e os Municípios lá no Rio de Janeiro, a tomarem medidas diretas, específicas, para evitar que tragédias de desassistência desse tipo, desde não ser atendida até ser mal atendida, não ter ambulância, não ter vaga, não ter UTI, não ter nada do que precisa ter e do que pelas portarias e regulações do SUS deve ter, não ter nada do que acontece.

O Estado brasileiro está sendo obrigado a produzir reparações, mas tem sido muito difícil. Nós que somos do movimento de mulheres, sabemos que tem sido muito difícil a resposta adequada do Estado brasileiro, desde a reparação à família, custou muita negociação, muita intervenção, muita mobilização para fazer a reparação financeira à família.

Ela deixou esposo, filhos - o bebê não morreu, ela já tinha uma filha -, deixou mãe, deixou toda a história, ela tinha 26 anos, deixou toda uma vida. A reparação à família, uma dificuldade para fazer. Fizeram uma placa na maternidade para lembrar, para que não se esqueça, mas a principal reparação é garantir que as mulheres não vão morrer no Rio de Janeiro, as mulheres negras e jovens não vão morrer, no Rio de Janeiro, de morte materna. Essa garantia não foi dada até hoje. Não apenas não foi dada, e encontramos agora, em abril, 25 de abril, no Rio de Janeiro, no Município do Rio de Janeiro, Rafaela Cristina Souza Santos morre de parto em uma maternidade exemplar do Município de Rio de Janeiro. Não é conveniada, não é privada, uma maternidade pública, modelo do Rio de Janeiro, atendida por enfermeiras obstétricas.

E, como disse a mãe de Rafaela, ela fez o pré-natal direitinho, não faltou nenhuma vez, sete consultas de pré-natal, morreu de eclâmpsia, de complicações de eclâmpsia.

Rafaela tinha 15 anos. Essa é a foto dela, parece que tem 13. O senhor é médico, Senador, e sabe que essa gravidez já estava em risco desde o princípio. Todo mundo já sabia, não é? Todo mundo já sabia. E como é que Rafaela morreu? Ela tinha 15 - parece 13, mas tinha 15 anos -, uma jovem negra da Zona Oeste do Rio de Janeiro, pobre, de baixa escolaridade, ela era uma gravidez de risco clássica, mas ela morreu numa maternidade modelo do Rio de Janeiro. Por que estou destacando que é uma maternidade modelo do Rio de Janeiro? Porque as medidas que têm sido tomadas são importantes? São, mas não salvam vidas sempre. Falham terrivelmente. A medicina tem sido iatrogênica, a atuação dos médicos obstetras tem sido iatrogênica, tem participado de forma importante nas estatísticas de morte materna? É verdade, mas ela foi atendida por enfermeiras. Então, há alguma coisa que falha. A situação é mais grave e o olhar atento tem que ser mais profundo.

As medidas que têm sido tomadas não são suficientes, porque não há nada que justifique a morte dessa menina saudável de 15 anos, que fez planos, ela e seu companheiro, para receber seu filho, o filho querido, entendeu? Estava tudo preparado para receber e ela morreu de atendimento ruim.

Sete consultas de pré-natal não foram capazes de...

(Interrupção do som.)

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - A criança viveu, felizmente. Viveu, mas poderia não ter vivido. Agora vai viver sem a mãe.

O que explica viver numa maternidade exemplar se não muitas falhas para as quais não atentaram e não foram resolvidas? Aqui eu trago uma ferramenta - porque a Dr^a Thereza assinalou aqui que um dos principais fatores envolvidos na morte das mulheres e jovens negras no SUS está relacionado ao racismo institucional. Nós já sabemos disso há muito tempo. Nós, da sociedade civil, temos apontado como o racismo é um fator de vulnerabilidade que está associado não apenas às péssimas condições de vida, mas principalmente às péssimas condições de atendimento. As pesquisas de violência obstétrica mostram que as mulheres que mais referem violência obstétrica são as mulheres negras.

Nós já sabíamos disso, há dados sobre isso, há evidências científicas sobre isso, mas não sei se os Senadores e Senadoras repararam que, apesar de o racismo ter sido referido como principal fator de produção de morte materna, ele não foi ligado no que se refere à ação de enfrentamento. O Ministério da Saúde não apontou, nas ações, Thereza, o que está fazendo para impedir que as pessoas morram por causa do racismo. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi aprovada em 2006 e o seu principal objetivo é oferecer ferramentas de impedir que o racismo provoque adoecimento e morte no serviço de saúde. Esse é o principal objetivo.

A Política Nacional de Saúde da População Negra já está no seu segundo plano operativo. Plano operativo, para quem não é da área da gestão de saúde precisa saber, é o planejamento que é feito para que Estados, Municípios e a União combinem, pactuem o que cada um vai fazer. Os dois planos - e o segundo plano se encerra neste ano de 2015 - tinham ações voltadas para a redução da morte materna em mulheres negras. Ainda assim, o Ministério da Saúde, quando fala das ações, não cita que tinha pactuado fazer ações específicas, que eram capacitar trabalhadores da saúde - todos, não são apenas os médicos, mas também e principalmente médicos e médicas - para impedir que o racismo seja um fator de iatrogenia. Os comitês de morte materna têm uma ação voltada para o enfrentamento do racismo. Que se possa ter presença de representantes da sociedade civil, particularmente das organizações de mulheres negras nos comitês de morte materna para facilitar a compreensão dos envolvidos e envolvidas nas ações necessárias, porque enfrentar o racismo não é simples, não é fácil, e nós, que lutamos contra isso há muito tempo, aprendemos e construímos a ferramenta para fazer e estamos à disposição para ensinar. Quarenta por cento dos Estados tinham de ter trabalhadores de saúde capacitados. E no plano mais recente apontava metas específicas de redução entre mulheres negras, porque não dá para dizer que vamos reduzir tanto para todo mundo, porque reduzir tanto para todo mundo acaba igualando, e quem está morrendo mais continua morrendo mais e fica por isso mesmo. E é assim que a gente segue. Infelizmente, é assim que a gente segue.

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Apoio Governo/PP - RS) - Pela ordem, Presidente. Veio na minha mente: qual é a manifestação de racismo nesse caso, Dr^a Jurema? Conte como acontece, porque é uma coisa muito...

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - Eu agradeço, Senadora, porque realmente é muito importante explicar. Vou trazer de volta o caso de Rafaela, que é uma jovem negra, de 15 anos. Ela tinha risco porque era muito jovem; ela tinha risco porque morava na periferia; ela tinha risco porque era negra. E, por ser negra, por duas razões: porque a hipertensão arterial é mais comum em população negra; e a outra razão é porque as pessoas negras recebem menos atenção dos profissionais de saúde, menos exames. É lamentável, e há evidências científicas. Já temos teses de doutorados e pesquisas científicas suficientes demonstrando isso. É terrível, Senadora. É doloroso. É muito difícil.

Menos exames, menos atenção, menos informação. No caso de Rafaela, ela fez sete consultas de pré-natal. Como é que não se detectaram as alterações clínicas que levaram à eclâmpsia no parto? Como não se detectou? Porque não se fez o mínimo. Isso é rotina...

A SR^a ANA AMÉLIA (Bloco Apoio Governo/PP - RS) - A senhora acha que se fosse uma jovem branca, na mesma situação, não teria acontecido?

A SR^a JUREMA PINTO WERNECK - A questão não é só o que eu acho. As pesquisas demonstram isso, infelizmente. Há uma pesquisa de muitos anos atrás, em que o Rio de Janeiro, há cerca de 20 anos, tinha altas taxas de mortalidade neonatal incompreensíveis. A Assembleia Legislativa convocou uma CPI para investigar, e essa CPI encomendou à Fiocruz uma pesquisa na rede para saber por que a taxa de mortalidade neonatal era tão alta. A Fiocruz investigou 15 mil partos nas maternidades do Rio de Janeiro, e essa pesquisa, coordenada pela enfermeira, Dr^a Maria do Carmo Leal, demonstrou exatamente isto: a negligência na atenção às mulheres negras, desde a porta de entrada até a informação básica,

até colocar o estetoscópio de Pinard, até medir a pressão, até dar informação, dizer como acontece o parto, pequenas coisas que salvariam vida.

É lamentável, é terrível, é doloroso, é inaceitável! Racismo é crime. Século XXI e acontece. E acontece nas pequenas coisas, Senadoras. Acontece também nesse momento em que todo mundo sabe disso, inclusive o Ministério da Saúde e não apresentam uma medida objetiva para coibir...

(Soa a campanha.)

A SRª JUREMA PINTO WERNECK - Eu vou correr porque, de fato, tenho de terminar. Aqui é para lembrar que há uma série de medidas que se referem a direitos humanos, direito à saúde, direito a SUS, direito à maternidade saudável. Há uma série de medidas que já são conhecidas para reduzir a mortalidade materna, e enfrentamento à iniquidade de gênero, raça, classe, região e outras, mas, basicamente, enfrentamento ao racismo.

Algumas ações são necessárias. É preciso que as informações desagregadas segundo raça, cor e etnia sejam não só produzidas, mas usadas. Não usadas para citar nas audiências públicas ou quando perguntado, mas usadas como informação para a política, porque as estatísticas estão aí. A informação para a saúde, Senador, é a base. A epidemiologia é fundamental para a definição de ações. Então, precisa usar isso. E não é possível que haja tanto registro de ignorado ainda nos formulários. É inaceitável. Ignorado não existe, principalmente quando sabemos que o ignorado é apenas a omissão da cor negra. São pretas e pardas que estão sendo ignoradas. As brancas, eles notificam. Aquilo que uma pesquisa de um doutorado de São Paulo, Luís Eduardo Batista, chamou de "ideologia dos dados". Branqueiam a pesquisa e não querem dizer que a negligência está relacionada ao racismo, então, escamoteiam que aquela mulher ali era preta ou parda.

É preciso definir metas diferenciadas e tentar alcançá-las, porque as metas diferenciadas foram definidas no plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para esse período e não se buscou alcançá-las.

A Senadora que saiu disse que esperava que a gente alcançasse a Meta do Milênio. Não se vai alcançar basicamente por isto: porque não se fizeram metas diferenciadas para a redução de morte entre mulheres negras. Não se fez, não se alcança. O pacto que foi construído para isso foi jogado no lixo.

(Soa a campanha.)

A SRª JUREMA PINTO WERNECK - É preciso classificar o risco segundo raça, cor e etnia. Por quê? Já se sabe que uma negra e uma índia, na porta do serviço, estão mais vulneráveis por essas razões todas que falei, então, elas precisam ser mais observadas, mais cuidadas. É urgente isso. Isso é básico, e não se faz.

É preciso publicizar os relatórios e ações dos comitês. Eu dou o exemplo do Rio de Janeiro. O comitê de morte materna é uma coisa meio secreta, é muito interno, muito burocrático, muito para dentro, como se a sociedade e a família das pessoas não tivessem direito de saber o que acontece. Os relatórios não são para ninguém, são só internos. Então, o malfeito fica ali mesmo. Eles combinam internamente o jogo. Mas isso é uma situação de obrigação de notificar a sociedade, a população e as famílias envolvidas.

É preciso comunicação adequada com a população, informação para a saúde. Lá no Rio de Janeiro, a gente tem uma propaganda infame da cegonha carioca, que é um homem fantasiado de cegonha. Gastam-se dinheiros absurdos para fazer uma palhaçada na televisão, quando se podia informar adequadamente para a saúde das pessoas. As mulheres veem televisão, os homens veem televisão, as crianças veem televisão. Em vez de verem aquela palhaçada da cegonha carioca, que é uma piadinha sem graça, podiam ter informação coerente e consistente para ajudar a salvar a vida e não se faz.

Eu queria destacar também que é preciso haver medidas coercitivas e punitivas. É preciso impedir que o racismo corra solto no sistema de saúde, porque isso, como a Senadora falou, é inaceitável. E racismo é crime. Então, precisa fazer isso. É basicamente isso.

Eu peço desculpas. Há uma série de medidas que podem ser desenvolvidas, como eu disse, a sociedade civil negra, o movimento negro, o movimento de mulheres negras já têm tecnologia suficiente para informar, têm feito isso o tempo todo e de graça. Não é de graça porque não quer cobrar. Não é de graça porque nós temos o compromisso de salvar nossas vidas, mas as secretarias municipais e estaduais, e mesmo Governo Federal, tendem a ignorar essas tecnologias que a gente oferta, e os dados seguem do jeito que são.

É basicamente isso. E lembrar que o direito à vida, o fim do racismo está na Constituição. A morte das mulheres é uma forma de rasgar essa Constituição. A orfandade dessas crianças é uma forma de rasgar essa Constituição. A tragédia que se instala nas famílias e na comunidade é uma forma de rasgar essa Constituição. Então, é preciso preservar. E dizer que, em novembro, nós, mulheres negras, viremos ao Senado. Esperamos, torcemos, mas gostaríamos de ouvir também do Senado boas notícias em relação à ação, à prevenção da morte materna em mulheres negras, porque o Governo Federal, os governos estaduais e municipais não estão fazendo sozinhos o que precisa ser feito. Acho que o Senado Federal e a

Procuradoria da Mulher e outros setores aqui do Senado têm um papel importante para nos ajudar nessa luta, porque, sozinhos, eles não conseguem.

Obrigada. (*Palmas.*)

Desculpe, Senador, antes de o senhor falar, queria lembrar que eu que trouxe aqui um relatório, Senadora Regina Sousa, feito sobre a morte de Alyne Pimentel. A relatoria de direitos humanos, com apoio do UNFPA, publicou esse relatório que traz um pouco em detalhes o caso Alyne, mas não só o caso Alyne. Nós também fizemos visitas no ano passado, posteriores, para ver o cumprimento das medidas. Aqui traz informações e eu gostaria, se possível, se o senhor autorizasse - a UNFPA cedeu algumas cópias -, de distribuir aqui para os Senadores, por favor.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Senadora Regina, por favor.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Só um instante, Senador, já passo a palavra ao senhor. Eu queria só dizer que o nosso Presidente está aqui e gostaria de convidá-lo a presidir, se assim ele desejar.

O SR. EDISON LOBÃO (Bloco Maioria/PMDB - MA) - V. Exª está presidindo melhor do que eu. Prossiga.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Senador Moka.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Duas coisas. Nós fazemos um monte de coisas ao mesmo tempo aqui, mas eu não gostaria de sair sem, pelo menos, uma forma de encaminhamento. Acho que esta audiência pública teria que terminar com um encaminhamento. Eu gostaria de ir junto com a Senadora Regina, com o nosso Presidente, com os membros aqui, e principalmente convidando a Drª Jurema, tivéssemos uma conversa com o Ministro da Saúde, o Arthur Chioro, em função desse número de 92% de mortes evitáveis. Para quem, como eu, tem uma formação médica - até pelo respeito que eu tenho aos médicos, eu não me considero mais médico, porque estou há muito tempo sem exercer. Sempre que eu falo isso, eu me lembro de que tenho uma filha médica que fala: "Pai, você não fale mais nada de Medicina, porque você não entende mais nada." Então, eu sou muito bem avisado na minha casa.

Mas para levar ao Ministro e pedir uma explicação sobre isso. Eu não posso entender. Durante a minha formação, eu nunca percebi isso, Jurema, nunca percebi um colega médico ter algum tipo de negligência porque sua paciente era negra. Eu, realmente, estou chocado com os números, primeiro com os 92%, a estatística nacional de mortes que poderiam ser evitadas em se tratando das mães. E, agora, esse seu depoimento, que é chocante, uma coisa que chama a atenção. Acho que essa Comissão não pode ignorar isso.

Nós temos que chamar o Ministro Chioro e dizer que isso foi colocado numa audiência pública com a presença da Thereza, que representa o Ministério da Saúde. Quando chegar novembro e vier a Marcha Negra, temos que ter uma resposta para isso, ou pelo menos as providências que foram tomadas.

Acho que, em respeito à Senadora Regina, apenas como contribuição, no sentido de ajudar no encaminhamento.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Senador.

A gente aceita e incorpora a sugestão. Inclusive, a nossa Procuradora da Mulher está aqui presente, Senadora Vanessa, e a gente pode incorporar essa visita ao Ministério da Saúde para tratar especificamente dessa questão. Acho importante incorporar a sugestão do Senador.

A SRª VANESSA GRAZZIOTIN (Bloco Socialismo e Democracia/PCdoB - AM) - Sem dúvida nenhuma, Senadora Regina. Só quero recordar - não sei se a senhora estava presente - de que tivemos uma reunião recente com o Ministro Chioro com a Bancada feminina, em que tratamos do tema também.

Acho que seria importante darmos continuidade através desta Comissão de Assuntos Sociais e Saúde. É algo fenomenal. E eu me recordo de que, na exposição do Ministro, ele dizia ainda... Porque quem aplica a política de saúde são os Estados e Municípios. Então, talvez, necessitaríamos, Senador Moka, quando formos ao Ministro, chamar o presidente do CONASS e do CONASEMS. Seria muito importante. Sentimos falta disso quando da conversa com o Ministro. Acho que poderíamos avançar nesse aspecto, para não ficar, pura e simplesmente, repetindo o diálogo com ele. Ir ao Ministro na presença dos representantes dos secretários estaduais e municipais de saúde para tratar desse tema, que, como V. Exª diz, acho que é muito da gestão, até mais do que falta de recursos ou de qualquer outra questão.

Perfeito. Eu concordo.

O SR. WALDEMIR MOKA (Bloco Maioria/PMDB - MS) - Para mim, não há nada que justifique esse número, e concordo que os Estados e Municípios devam participar, mas a responsabilidade é, sem dúvida nenhuma, do Ministério da Saúde - não tenho a menor dúvida disso.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Senador.

Agora, vamos ouvir exatamente quem executa políticas do Ministério da Saúde, que é o nosso Secretário da Saúde do Piauí, Dr. Francisco Costa.

O SR. FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA COSTA - Bom dia. Saúdo aqui a Senadora Regina Sousa, na pessoa de quem estendo o abraço aos demais participantes desta audiência.

Vamos aqui falar um pouco do que foi contextualizado, de forma abrangente, o contexto nacional, e fazer uma panorâmica também envolvendo o Estado do Piauí e como estamos buscando alcançar essas metas no nosso Estado.

O Estado do Piauí tem 224 Municípios, em que há, aproximadamente, 3,2 milhões habitantes. Tratando especificamente desse objetivo de melhorar a saúde da gestante, o que já foi considerado, a proposta era até 2015 reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna. Infelizmente, caminha-se para não se conseguir esse objetivo. No entanto, estamos em processo de declínio em relação a essa razão.

Fazendo só um comparativo aqui, considerando o Brasil e o Nordeste, nesse contexto, podemos observar que o Estado do Piauí se manteve por muito tempo com um índice muito elevado em relação à razão de mortalidade materna, mas com um predominante declínio, principalmente nos últimos anos. Temos dados preliminares de 2014 que ainda não estão disponibilizados e consolidados no DATASUS, mas temos uma queda significativa já agora neste último ano. E, à frente, a gente considera o que foi mais importante para gerar essa situação.

Temos essa tendência já a partir de 2008, em que há uma queda de 8,3%, com uma redução de praticamente 49%. A gente considera as intervenções importantes que foram feitas para buscar principalmente essa redução a qualificação dos recursos humanos na assistência ao pré-natal, importantíssimo.

A adoção nas maternidades do acolhimento da gestante com a classificação de risco adequada para que tenha uma assistência correta. A aquisição de equipamentos distribuídos nas redes das unidades para dar maior suporte à assistência. A ampliação de exames laboratoriais, tanto nos centros maternos, mas também na própria atenção básica com a ampliação dos serviços da Estratégia de Saúde da Família. E aqui quero destacar de uma forma bem evidente a política que vem, desde 2011, da Rede Cegonha. No Estado do Piauí que tem uma efetividade da aplicação da Rede Cegonha com um foco muito voltado já para a implantação de centro de parto normal, onde já temos centro de parto normal funcionando na capital e já em construção em várias cidades do interior do Estado, com esse foco de ter uma assistência com esse olhar mais humanizado, com essa observância da importância do papel que tem a enfermeira obstetra nesse contexto de atenção ao parto, a própria organização do serviço, a facilidade, a ampliação do acesso à população.

Queria aqui destacar que o percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natal no Estado tem crescido de uma forma significativa. Aqui colocamos um comparativo: em 1995 era o que o Ministério considera como ideal um mínimo de seis consultas no pré-natal para que isso contribua de forma importante nessa assistência durante esse período que antecede o parto, em que saímos de 18,7% a uma assistência agora, em 2014, de 54,9% com a meta que queremos chegar, em 2015, de 65%. Esse incremento de 1995 a 2014 de assistência pré-natal foi de 193,5%, que se conseguiu. A gente tem essa pactuação de chegar a 65% ainda no ano de 2015.

Destacar aqui as ações que estão sendo feitas, além da qualificação em parceria com os Municípios em assistência pré-natal, o acompanhamento sexual e reprodutivo também através das escolas, como já foi colocado um acolhimento com uma classificação de risco, mas de uma forma importante essa vigilância do óbito materno e de mulher em idade fértil, a coleta de exames de rotina, que era muito precária na atenção básica e que hoje facilita o acesso das gestantes principalmente no que diz respeito às sorologias também para as viroses, dentre elas, também destacar o HIV. E a implantação do SisPreNatal, que tem um papel importantíssimo nesse acompanhamento, nesse monitoramento e facilita inclusive o levantamento desses dados para tomada de decisões.

Eu queria destacar aqui também que o percentual de crianças nascidas segundo a faixa etária da mãe, o Estado do Piauí - como é uma tendência do País - cresce, caminha para uma diminuição dos partos nas mulheres na faixa etária da adolescência entre 10 e 19 anos. No comparativo de 1995, a gente observa esse declínio e um acréscimo nas mulheres já na fase adulta. Isso contribui, de certa forma, para diminuir o risco de mortalidade.

Queria destacar que a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos tem contribuído; essa parceria ou expansão através do programa Saúde na Escola também tem sido importante para divulgar essa conscientização na fase da adolescência para evitarmos essa gravidez.

Queria aqui também aproveitar e fazer um contraponto com esse outro objetivo de reduzir a mortalidade da infância. A meta era de dois terços até 2015 e, até que não foi difícil no Brasil de alcançar, mas só para contextualizar o Estado

do Piauí em relação ao Brasil caminha para uma proximidade em relação ao Nordeste, em relação a essa faixa etária de menores de cinco anos, o Estado do Piauí atualmente com 17,5%, dados preliminares de 2014.

Fazer aqui uma evidência para poder justificar a priorização dessa faixa etária, a gente dividindo a proporcionalidade entre onde tem a maior incidência da mortalidade entre menores de um ano e entre um ano e menores que cinco, percebemos que predominantemente a mortalidade ocorre infantil ocorre mesmo em menores de um ano com 85% da predominância para, daí, a gente poder destacar mais a mortalidade infantil, colocando que o componente precoce é o mais frequente - o neonatal precoce só para destacar é aquele que acontece de zero até sete dias de nascido; o tardio é aquele que acontece de oitavo ao vigésimo oitavo e o pós-natal após esse período até um ano de vida.

Esse é um comparativo do Estado do Piauí, uma proximidade muito grande com os dados estatísticos do Nordeste.

Eu queria colocar essa evidência de que, entre a mortalidade infantil propriamente dita, a predominância, como a gente já destacou, acontece no neonatal precoce. Se vocês observarem 56,5%, em 2014, aconteceu até os sete dias de vida do neonato e observando, em segundo lugar, o pós-natal, que é o que acontece após o primeiro mês de vida da criança.

Esse é o perfil aproximadamente do que está acontecendo em nosso Estado.

De uma maneira em geral, destacar que a mortalidade infantil, por essa linha amarela, vocês podem perceber, está em declínio no Estado do Piauí com dados preliminares de 2014. Não foi possível aparecer ali, mas é 15,4%, observando o declínio mesmo o que destaquei que o neonatal precoce é o componente de maior incidência, mas está em declínio também significativo no nosso Estado. Isso a gente pontua principalmente por ampliação de leitos de UTI neonatal, ampliação dos cuidados que estão sendo feitos também nas maternidades de referência.

A gente quer dar um destaque de que a cobertura que hoje é de 98% da Estratégia de Saúde da Família tem um papel fundamental, o próprio programa Mais Médicos foi preponderante porque, por sua vez, ampliou no nosso Estado. São mais de 300 profissionais que chegaram e isso facilitou o acesso de muitas gestantes que não conseguiam acompanhamento médico no seu pré-natal de uma forma adequada.

O programa Bolsa Família destaque não só pelo incremento de renda, mas pela forma de obrigatoriedade que tem pelo programa da necessidade do monitoramento da família com os agentes de saúde. Isso leva a um acompanhamento mais próximo, contribui sem sombra de dúvida para isso.

Destacar algumas estratégias importantes como a Amamenta e Alimenta Brasil, a mulher trabalhadora que amamenta tem um papel importante; a iniciativa o Hospital Amigo da Criança também contribuiu muito nesse papel; a divulgação desse trabalho como a Semana Mundial de Amamentação e o Dia Mundial de Doação do Leite Humano; campanhas como essas que têm buscado sensibilizar e motivar; a implantação, como já destaquei, da Rede Cegonha tem influenciado tanto na redução da morte materna, como também da mortalidade infantil; o Comitê Estadual de Prevenção tanto do óbito materno-infantil muito efetivo no nosso Estado voltado sempre também a essa preocupação da educação permanente com a capacitação na assistência e reanimação neonatal nas várias aqui - as AIDIP neonatal - também têm se configurado como estratégias dessa forma.

No Estado do Piauí, a maternidade Evangelina Rosa, mesmo com suas limitações estruturais, mas é um Estado de referência para o Brasil também pela utilização do método Canguru lá na nossa maternidade de alta complexidade; a implantação e implementação de uma maneira mais efetiva do Programa Nacional de Triagem Neonatal e o Programa de Suplementação de Vitaminas, ampliação e melhoria da cobertura vacinal.

Eram essas as considerações que queria fazer e o Estado pede para fortalecer essa política, está estruturando, no interior do Estado, polos em que tenhamos, na parte assistencial, um cuidado para apresentar mais três centros no interior do Estado para atender o alto risco para que tenhamos lá assistência obstétrica adequada, mas também neonatal, estamos já construindo UTI e o CI neonatal com esse olhar para fazer isso, além da capital do Estado como a nova maternidade de alto risco mas com um olhar muito voltado.

Temos um trabalho muito forte com a ABENFO, numa parceria incentivando a formação de enfermeiros obstetras, buscando levar esses profissionais às pequenas cidades para que, além de garantir o direito de nascer na sua terra, também ter condições de uma assistência adequada na hora do parto e diminuir o que muitas vezes acontece, na maioria das cidades pequenas: ambulancioterapia em que o profissional, as mulheres deixam de ter seu parto em uma unidade municipal e acabam tendo esse parto no trajeto até chegar a uma maternidade de referência, o que pode gerar várias complicações.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Dr. Francisco, a gente tem um tempo meio limitado por conta da sessão do Congresso, mas ainda há tempo para se fazer algum debate e saber se algum Senador quer usar da palavra.

O SR. EDISON LOBÃO (Bloco Maioria/PMDB - MA) - Só para cumprimentar V. Ex^a pela iniciativa desta reunião que foi, sem dúvida, essencialmente útil para o conhecimento daquilo que muitas vezes nós não nos apercebemos.

Os expositores desceram a fundo na questão que é de fundamental importância para o Brasil. Creio que reuniões dessa natureza, e a Comissão de Assuntos Sociais tem a responsabilidade de verdadeiramente cuidar disso, nos acordam para questões essenciais que, até então, ficavam em estado letárgico sem o conhecimento do Senado brasileiro.

Eu agradeço a presença das senhoras e do Sr. Secretário do Piauí - eu sou maranhense, mas morei no Piauí durante muitos anos -, agradeço a vinda aqui e a exposição que fizeram, marcada pelo conhecimento pessoal dessas questões de magna importância para a sociedade brasileira. E a Presidente que exerceu a função no meu lugar, generosamente, indulgentemente e é autora da convocação desta reunião.

A ela os meus cumprimentos e agradecimentos.

A SR^a PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Senador.

Eu vou fazer uma consideração e, depois, passar para a mesa três minutos para suas considerações finais para podermos ir ao Congresso.

Queria dizer que eu nasci pelas mãos de uma parteira que, não por acaso, era minha avó. Minha avó, na minha região, na cidade de União, perto de Teresina, por 50 anos de sua vida foi parteira. É difícil ter alguém com mais de 40 anos na região que não tenha passado pelas mãos dela. O pessoal chegava de madrugada na casa, com cavalo para levá-la e dizia: "Fulana está com dor, é para a senhora ir pegar o menino". Pegar o menino, fazer o parto. Ela deixou quando morreu a primeira mulher na mão dela. Ela fez milhares de partos, mas, quando morreu a primeira mulher, ficou meio nervosa e já estava com idade avançada também e não quis mais fazer partos.

Espantou-me, deixou-me chocada a história... Da mesma forma que o racismo é imperceptível, é suave, chocou-me a questão da mortalidade da mulher negra. Não me chocou nem a questão da morte evitável, porque a gente sabe que existe e que pode ser evitada, mas a questão da crescente mortalidade da mulher negra me deixou chocada e merece realmente uma ação nossa, como Senadores, e o Senador sugeriu inclusive. Vamos pegar todas as sugestões que houver porque a gente sabe que o racismo é suave, é a forma de expressar.

Como ela falou, a partir da chegada na recepção, pode até ser que ela nem chegue ao médico, já é mal recebida por conta da cor e nem vai adiante. Por isso que ele diz: "Me espanta, não percebo nos meus colegas". Pode ser que nem chegue aos médicos, mas a gente também está numa Comissão de combate à violência contra a mulher e, nessa Comissão, a gente também considera a violência obstétrica e já fez uma audiência pública sobre essa situação de não deixar uma pessoa da família ficar com ela: "Ah, não tem lugar". Tem que ficar nem que seja em pé, segurando na mão, enquanto ela está esperando. As piadinhas que dizem enquanto a mulher está gritando de dor, isso é violência também e por aí vai.

Então, a gente está considerando na avaliação de um combate à violência - sou a Relatora e vou apresentar o relatório no começo do ano que vem - e a gente considera a violência obstétrica como também uma forma de violência contra a mulher e vamos considerar também a questão da negritude, porque não é possível o racismo institucional como uma violência.

Eu acho que foi oportuna esta audiência e, como ele disse, não é para culpar ninguém, é para a gente ir descobrindo os problemas porque, às vezes, não percebe e buscar soluções conjuntamente.

A gente passa agora três minutos para cada um fazer as suas considerações começando pela Rurany, da SPM.

A SR^a RURANY ESTER SILVA - Quero agradecer mais uma vez e dizer que a SPM tem trabalhado em conjunto com o Ministério da Saúde buscando formas de vencer, superar e diminuir as mortes maternas.

Temos trabalhado também um pouco a questão da violência obstétrica, vamos implantar e capacitar o pessoal do 180 para atender a essas denúncias que chegam ao 180. Temos trabalhado com os organismos de políticas para mulheres dos Estados e dos Municípios no sentido de acompanharem a implementação da política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e dar um foco à morte materna e trabalhando com ele a questão do racismo institucional para que possam monitorar localmente e ver a qualidade e atenção dispensada às mulheres no seu Município, no seu Estado, como um controle social, mesmo sendo Governo, mas que trabalha com a sociedade como um todo e as mulheres para ampliar o controle social localmente nos hospitais, nas maternidades e nas unidades de saúde.

A SPM se coloca à disposição para qualquer outra medida e temos trabalhado muito e buscado formas de, junto ao Ministério da Saúde, superar essas mortes maternas.

Muito obrigada.

A SR^a PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Apoio Governo/PP - RS) - Muito obrigada Dr^a Rurany.

Agora, Thereza, do Ministério da Saúde.

A SRª THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO - Obrigada, Senadora, agradecendo mais uma vez esse convite e cumprimentá-la também por essa iniciativa.

Quero só chamar atenção para algumas iniciativas em relação à apresentação que fizemos de dados de morte materna, chamando atenção para a questão do racismo e das mulheres negras. Em 2005, até mesmo quando a Jurema coloca a questão da política nacional da população negra, que foi uma iniciativa muito importante do Ministério da Saúde.

Essa questão da atenção às mulheres negras gestantes e tratando isso como uma questão de violência institucional, foi lançada essa cartilha pequena, porém muito importante, de orientação aos gestores em relação a como que o SUS pode acolher e atender com qualidade às gestantes e aos recém-nascidos negros.

Eu acho que é reforçar essas ações, chamar a atenção em relação a essas questões da mesma forma em que a gente colocou da mudança da prática do modelo de atenção. Penso que isso tudo está relacionado à qualidade da atenção que os profissionais de saúde dessem atenção ao parto e nascimento no País, que isso de fato seja uma grande mobilização em que o Senado possa contribuir, em seus Estados, nas suas regiões e fazer com que, de fato, essa mobilização com a sociedade civil, com a sociedade científica, com os governos estaduais e municipais possa avançar para reduzir a morte materna no País e a morte neonatal.

Do ponto de vista do Ministério da Saúde, todas as ações para avançar na redução da morte materna temos feito as ações, obviamente, avançando cada vez mais para que a gente possa cumprir os nossos objetivos do milênio.

Obrigada, Senadora.

A SRª PRESIDENTE (Ana Amélia. Bloco Apoio Governo/PP - RS) - Obrigada, Drª Thereza.

Agora, a Drª Jurema.

A SRª JUREMA PINTO WERNECK - Eu também parablenizo a todas Senadoras e aos Senadores, a Comissão, a Senadora Regina Sousa, a Procuradoria da Mulher por acolher esse tema, por levá-lo adiante, por fazer as articulações necessárias, por permitir a nossa presença aqui também.

Eu queria chamar a atenção que essa cartilha de 2005 incorporou muito das formulações nossas, do nosso trabalho, mas essa cartilha tem dez anos. A sensação que eu tenho é de que pouca gente leu, pelos resultados. Acho que se precisa de um pouco mais do que uma cartilha, não é? Na verdade, precisa-se de muito mais do que de uma cartilha. Eu conheço essa cartilha, reconheço inclusive frases dessa cartilha. Então, eu acho que a gente precisa de muito mais, e o muito mais já está definido, já há políticas específicas, já há tecnologias. O que não está no SUS está na sociedade civil e no movimento social.

Eu reafirmo que o Senado Federal tem uma participação importante nisso, é fundamental para auxiliar a gestão do SUS a compreender os passos que precisam ser dados. É preciso recomendar veementemente ao Ministério da Saúde que, de fato, incorpore na Política de Saúde Integral de Atenção à Saúde da Mulher as ações de combate ao racismo e a Política de Saúde Integral da População Negra. No monitoramento do e-Car em relação à política nessa área, na área técnica da saúde da mulher, não consta nenhuma ação feita, nenhuma ação em relação à Política de Saúde Integral da População Negra. Não há nada no PPA, ou seja, a área técnica de saúde da mulher está ignorando veementemente a política que visa oferecer instrumentos efetivos para além dessa cartilha para poder agir. Olha que a política não é perfeita.

Então, eu recomendo veementemente ao Senado, se posso, que auxilie o Ministério da Saúde a cumprir, com destaque. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi inserida no corpo de uma lei aqui, no Congresso Nacional.

(Soa a campanha.)

A SRª JUREMA PINTO WERNECK - Então, não é apenas auxiliar tecnicamente, mas auxiliar o Ministério da Saúde a cumprir a Lei nº 12.288, de 2010, que garante a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que significa enfrentar o racismo e enfrentar o racismo institucional no SUS.

É isso. Mais uma vez, muito obrigada. Sinto-me de estar podendo participar aqui deste diálogo.

A SRª PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Drª Jurema.

Passo a palavra ao Dr. Francisco Costa, Secretário de Saúde do Piauí.

O SR. FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA COSTA - Minhas saudações. Agradeço a oportunidade de apresentar a contextualização do Estado do Piauí, mas também coloco uma preocupação que temos em relação a essas duas problemáticas que foram aqui colocadas, que eu destaco.

A política que já tem sido abraçada pelo Ministro da Saúde, mas que precisa ser realmente colocada como prioridade, que é a questão do combate ao parto cesáreo, em que essas estatísticas são assustadoras e crescentes. No Estado do Piauí não é diferente; praticamente 52% dos partos que acontecem no Estado são partos cesáreos. É um índice preocupante, alarmante,

e tem que se buscar uma forma mais efetiva. O grande alavancador desse número para o Estado do Piauí é iniciativa privada, que tem esse perfil com um discurso mais voltado, até mesmo, que se observa, de praticidade na preocupação que a maioria dos profissionais não têm de partejar, e a velocidade com que se faz um parto cesariano acaba sendo mais lucrativo. É o que se pode perceber. Então, isso que tem que ser efetivamente combatido.

Saio daqui muito sensibilizado com a fala da Dr^a Jurema, porque a gente, mesmo como gestores, conhecendo a problemática, muitas vezes, não consegue perceber a importância que tem que ser dada a determinados indicadores. Então, em relação a essa política, de forma específica, aqui é defendida, para se buscar a redução da mortalidade materna, com enfoque às mulheres, que são realmente o público mais vitimado, eu concordo, tem que ser priorizado nesse olhar, para que possamos, efetivamente, assim, conseguir baixar esse índice, que ainda é muito alto, que o Brasil ainda não conseguiu atender ao que foi pactuado do objetivo.

Então, agradeço à Senadora Regina Sousa pela oportunidade. Parabênzo pela iniciativa de estar abraçando esse tema como uma prioridade, colocando em discussão para que assim possamos avançar e alcançar o que é o desejo de todos nós aqui, que é essa redução dessas taxas.

A SR^a PRESIDENTE (Regina Sousa. Bloco Apoio Governo/PT - PI) - Obrigada, Dr. Francisco.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada esta reunião.

Obrigada aos participantes.

(Iniciada às 09 horas e 32 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 14 minutos.)