

## Relatório Síntese

### **14ª REUNIÃO PLENÁRIA DA COMISSÃO NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL**

**Local:** Hotel Nacional – Salão Vermelho “B”

Setor Hoteleiro Sul - Quadra 01 - Bloco A - Brasília/DF

**Data de realização:** 17 e 18/06/2010

**Representante Rede IBFAN Brasil:** Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

A **14ª Reunião Plenária da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal** teve extensa programação científica constituída de várias mini-conferências, e mesas redondas.

Enquanto representante da Rede IBFAN Brasil, participei integralmente das atividades que tiveram início dia 17/06/2010 as 9:30 e término dia 18/06/2010 as 17:00 horas. A abertura oficial contou com a presença das seguintes autoridades: Ministro de Saúde - José Gomes Temporão, Ministra da Secretaria Especial de Política para as Mulheres - Nilcéia Freire, Representante da OPAS, Presidente da ABEn Nacional, Maria Goretti David Lopes, Representante da FEBRASGO, Helvio Bertolozzi, Presidente da Sociedade de Pediatria, Eduardo da Silva Vaz, Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde, Télia Negrão.

Diferentemente das outras reuniões, esta foi organizada de modo a trazer informações técnico-científicas e políticas relacionadas ao **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**.

**Adson França:** Iniciou a reunião saudando os convidados, seguindo com uma breve síntese do objetivo principal do evento, de aprofundar tudo que foi feito nos seis (6) anos do Pacto, bem como nas Políticas de Direitos Sexuais Reprodutivos, na Política de Planejamento Familiar e no Pacto de Redução da mortalidade infantil na Amazônia e no Nordeste. Citou ainda a grande visibilidade à mortalidade materna, infantil e neonatal, incorporada à Agenda Oficial do SUS e da Presidência da República.

**José Luiz Telles:** Fez uma apresentação sobre o avanço na institucionalidade das Políticas Públicas que deixaram de ser programas e passaram a ser políticas pactuadas nas instâncias, construídas democraticamente no Sistema Único de Saúde.

**Otaliba Libânio:** Apresentou os dados que compõem o informe do Brasil, do relatório dos objetivos do milênio, com foco no objetivo da redução da morte materna, conjuntamente com a questão da qualidade dos dados e de avanços no campo da vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos.

**Adson França:** Apresentação do Balanço das Políticas Públicas de Saúde da Gestão do Ministro José Gomes Temporão.

**Presença da Ministra Nilcéia Freire e do senhor Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão.**

**Sergio Hofmeister Martins Costa:** Fez uma explanação sobre o Programa de Qualidade, Assistência e Segurança dos pacientes no atendimento hospitalar.

**Marcos Imayo:** Fez breve apresentação sobre o Curso ALSO, firmando a importância da qualificação dos médicos na prevenção da mortalidade materna.

**Ivo Lopes:** Apresentou o trabalho de excelência em humanização realizado no Hospital Sofia Feldman, **hospital** conveniado com a rede SUS-BH.

**Leila Adesse:** Fez relação entre os cuidados obstétricos básicos e os cuidados obstétricos especiais mais sofisticados. Citou a relevância da iatrogênica como responsável também pelo aumento da mobimortalidade.

**Lena Peres:** Fez breve abordagem sobre o **ALSO**, ressaltando sua importância na cadeia de ações que integram o Ministério da Saúde, do esforço para se ter uma capacitação dos profissionais, a importância da atenção básica e o transporte do **SAMU** com foco especial na atenção obstétrica e neonatal.

**Sonia Lansk:** Falou sobre o plano de qualificação das maternidades e fomento as redes perinatais. Ressaltou a necessidade de controle por parte das entidades medicas da epidemia da cesariana do país, culminando na epidemia de prematuridade.

**Adson França:** Comemorou a construção de uma visão de rede de serviços no país, com equipes multidisciplinares articuladas, gestão voltada à formação profissional, com articulação com o processo de informação, e sua relação direta com maior visibilidade de problemas.

**Telia Negrão:** Apresentou o enfrentamento da mortalidade materna sob a perspectiva feminista e de direitos humanos. A saúde das mulheres, a saúde integral, e os direitos sexuais reprodutivos das mulheres, é uma questão política de primeira grandeza.

Citou a importância do movimento feminista participar do contexto da meta do milênio, construindo a estratégia que luta para garantir a saúde materna e a elevação da qualidade da saúde materna, através da redução da mortalidade materna e neonatal.

Enfatizou que o aborto seguro, a violência contra as mulheres, e as desigualdades são desafios às políticas publicas e importantes componentes a serem incluídos nesse debate sobre mortalidade materna.

Citou a necessidade de maior reapropriação do Pacto com a comissão, fortalecendo mais o compromisso com os indicadores e as metas. As únicas mortes aceitáveis são as mortes inevitáveis, e mesmo essas são choradas, profundamente choradas.

Finalizou sua apresentação propondo uma repactuação em torno da redução de todos os níveis de mortalidade materna e neonatal, nesse país, para que nenhuma morte evitável seja tolerada.

**Lena Peres:** Citou o Terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos, o PNDH3, consolidado de Governo cujas paginas 61 e 60 tratam justamente do direito a uma atenção obstétrica de qualidade, do direito de tratar as parteiras como agentes de saúde, enfim, trata dos direitos de todos esses parceiros que trabalham na saúde.

As repactuações têm que ser feitas em cima das Leis e portarias que normatizam sobre a vigilância do óbito, os comitês de morte materna, entre outras...

A violência é um fato que devemos tratar com bastante parcimônia, e no contexto da atenção obstétrica, a mulher deve ser sempre o centro do cuidado.

**Gláucia Moreli:** Mencionou a campanha de atuação e divulgação à lei 11634, de autoria da Deputada Federal Luiza Erundina, que obriga a vinculação à maternidade nas consultas durante o pré-natal. Colocou o investimento na alfabetização de mulheres, dada sua importância como fator redutor da mortalidade materna. (A confederação alfabetizou 19 mil mulheres em 20 Estados Brasileiros). Mencionou a responsabilidade de se definir mais claramente dois ou três pontos básicos para uma grande mobilização nacional.

**Leila Adesse:** Mencionou o tratamento de qualidade do abortamento incompleto do aborto previsto em Lei como atuação com foco na redução da mortalidade materna. Nossos compromissos mínimos estão contidos em um documento que foi resumo de uma pesquisa do Ministério com a OMS, em 2006, que trata da utilização dos direitos humanos para avaliar a saúde materna e neonatal, instrumento do IMS que trabalha com indicadores de direitos humanos para avaliar a qualidade da atenção materno neonatal, levantando os principais marcos legais dos compromissos Internacionais com eixos temáticos. Podemos encarar como desafio para 2011 a melhoria dos indicadores como forma de melhor equacionarmos os avanços dos direitos sexuais reprodutivos, reforçando o abortamento inseguro e violência como forte campo de trabalho para o SUS.

**Eugenio Terra:** Fez uma reflexão sobre o desconhecimento do SUS por parte do poder judiciário. Existe uma necessidade de incentivar e especializar varas de fazenda pública, que trata das questões públicas em saúde.

Citou também que a questão da interrupção da gravidez não deveria mais ser tratada em varas criminais, e sim em varas de saúde pública, nas varas de fazenda, tratando como um direito na saúde, e contribuindo para uma melhora psíquica da mulher.

**João Aprígio:** Mencionou a rede de bancos de leite como produto do SUS/FIOCRUZ, sendo ação estratégica da política nacional de aleitamento materno, cuja missão é a promoção da saúde da mulher, buscando uma integração de parcerias entre os diferentes seguimentos da sociedade civil das unidades federadas, associações com Países e com agências Internacionais. O primeiro objetivo é a promoção de proteção e apoio ao aleitamento materno, visando assim à coleta de distribuição de leite humano para recém nascidos prematuros internados em unidades de terapia natal intensiva e semi intensiva. Ampliar e qualificar a rede de banco de leite humano como elemento estratégico da política nacional, focado fundamentalmente para redução da mortalidade materna e neonatal é nosso objetivo futuro. Nosso grande compromisso hoje é operar essa rede como elemento de qualificação da atenção neonatal, em termos de segurança alimentar e nutricional.

**Liliane Penello:** Apresentou a EBBS, sua preocupação com o desenvolvimento da primeira infância em seu aspecto físico, sócio emocional, determinante de oportunidades e boa saúde futura. A busca qualificar a vida através de padrões saudáveis de ambiente, de arranjos familiares, minimizando as desigualdades nos determinantes de saúde da criança enquanto cidadão.

**Olimpio Barbosa:** Agradeceu ao Ministério da Saúde pela honra dada ao Congresso Nordestino, de discutir mortalidade materna e abortamento em oficina apoiada pelo IPAS, buscando sensibilizar todos os Presidente das Federadas do Nordeste e a Diretoria da FEBRASGO.

#### **DIA 18-06-2010**

**Adson França:** Definiu como propostas à comissão, a retirada da representação de titular e suplente, constando apenas o nome da instituição, a mudança de comissão executiva para Mesa Diretora, sendo composta pela secretaria de política para as mulheres, cinco secretarias do ministério, REHUNA, Rede feminista, FEBRASGO, SBP, ABEN, ABENFO e FIOCRUZ, e uma próxima reunião do pacto antes da posse do novo governo para ajustes nas ações estratégicas (Atenção Primária à Saúde,

qualificação e humanização da atenção pré-natal), estratégias para implementação, articulações setoriais, efetivação de pactos estaduais e municipais, redirecionamento de recursos, atenção humanizada ao abortamento e ao parto domiciliar, garantia de qualidade, a questão das parteiras, premiação de projetos.

Temos que criar um movimento político para que em março, algumas mudanças cheguem no pacto pela vida. Não temos uma lei de responsabilidade sanitária, e não conseguiram aprovar a emenda constitucional 29. Ela define o que é gasto em saúde. A questão de fixação do profissional, plano de cargo, carreira e salário que fixe o profissional nos lugares distantes, é outro grande desafio, bem como o financiamento, plano de cargo, carreira e salários, serviço civil, são questões fundamentais para fortalecimento do SUS e das políticas públicas em saúde.

**Sueli Carvalho:** Explanou sobre o parto domiciliar por parteira tradicional no contexto do Pacto de Redução, memória histórica das parteiras tradicionais, preservada ao longo de milênios. Transformada, qualificada, melhorada para chegar ao que é obstetrícia hoje. Buscamos a integralidade, de ajuda mútua, combatendo o preconceito e a discriminação, cumprindo nosso papel na sociedade. Nossa missão é atuar no parto que não tem distância, no parto que não tem risco.

**Daphne Rattner:** Mencionou o trabalho na questão das parteiras e SVS com o intuito de reduzir o sub-registro de nascimento e até a sub-notificação de óbito. A área técnica de saúde da mulher está com as diretrizes para o trabalho com parteiras tradicionais praticamente pronto para ser publicado.

Quanto a redução da mortalidade materna e infantil na Amazônia legal, devemos repensar a nossa forma de enxergar atenção a saúde, pois a forma tradicional nem sempre trás resultados satisfatórios. Uma das estratégias para discussão dentro do ministério da saúde é a casa da gestante, local onde podemos detectar precocemente pessoas que tem chance de descompensar, como uma diabética, uma hipertensa, uma cardíaca, podendo assim encaminhá-la para perto do hospital antes que descompense.

**Márcia Machado:** Parabenizou o trabalho das parteiras, incentivando sua inserção dentro do sistema de saúde.

**Sonia Lansk:** Explanou sobre a organização de Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal, ressaltando a necessidade do fortalecimento das redes Perinatais. Em BH foi construído um fórum gestor interinstitucional, com participação da sociedade civil. Trabalhamos na construção de um acordo ético no município para construção de uma referencia ética no trabalho em saúde e na assistência especificamente a gestante e ao recém nascido. São participantes a coordenação de saúde da mulher, da criança, DST AIDS, a epidemiologia e informação, o controle e avaliação ambulatorial e hospitalar, auditoria e vigilância sanitária. Objetivamos compor com outros atores importantes, externos a secretaria municipal de saúde, que são todas as maternidades do SUS, associação mineira de hospitais que representa o setor privado que ainda trabalha conosco, a sociedade de pediatria, de ginecologia, de enfermagem e de enfermagem obstétrica.

**Marcos Leite:** Comentou que pelo menos 98% dos partos registrados no Brasil são feitos em maternidades, fator determinante do modelo tecnocrático e da exclusão do pai e de outros familiares. Necessidade de ambiência e rotinas humanizadas. Concordou com a repactuação do pacto. Qual é o parto que o ministério quer? O que é parto normal, do ponto de vista do ministério? O que é uma assistência humanizada a esse parto, do ponto de vista do ministério? Fez sugestão de que a próxima reunião do pacto tenha como tema central a assistência ao parto.

**Leonor Pacheco:** Apresentou a pesquisa CHAMADA NEONATAL, que esta avaliando as condições de nascimento, assistência ao parto e aos menores de um ano em 75 municípios dessas regiões que são as incluídas no pacto.

**Télia Negrão:** Questionou o nome da pesquisa Chamada Neonatal, argumentando o foco nas mulheres que acabaram de ter filho. Devemos manter a visão de relação de gêneros e transversalidades em todas as políticas de saúde destinadas as mulheres.

**Paulo Nader:** Mencionou que 10% dos óbitos neonatais no Brasil está ligado a asfixia, por pois atendimento inadequado durante o parto e nascimento, demonstrando grande preocupação com a qualidade do atendimento em sala de

parto. Citou a falta de médicos com problema predominante. Disse que no Rio Grande do Sul, estão oferecendo treinamento de reanimação neonatal para todos médicos. Foi criado um curso para parteiras, adaptado justamente para melhorar a qualidade do atendimento, identificando os fatores de risco. Estamos criando também uma rede para avaliação da qualidade do atendimento de todas as nossas UTIs neo-natais. Estamos desenvolvendo junto ao ministério da saúde um curso de transporte neonatal.

**Ângela:** Comentou que a RDC 36 modificou a estrutura dos centros obstétricos preconizando o centro de parto normal intra ou extra hospitalares.

**Marcos Leite:** Disse que os indicadores demonstram melhora na assistência, cobertura pré-natal, pessoal qualificado para o parto, mas que não surtem muitos resultados. Sugeriu mais foco na questão do modelo.

**Jacob Arkader:** Disse ser contra o uso abusivo das indicações da cesárea. Temos que diferenciar o que é moral e o que é ética.

**Daphne Rattner:** Citou a lei 11.108 que garante o acompanhante, e a lei 11.634 que garante a cada gestante em pré-natal uma vaga para o parto, como os grandes desafios para as políticas públicas. O ministério da saúde vem desenvolvendo a organização de redes baseadas na linha de cuidado, devendo ser pautado mais profundamente.

**Claunara:** Esclareceu que na chamada neonatal, foram entrevistadas mães e crianças de 0 a 1 ano, a fim de para avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de 1 ano de idade nas regiões Nordeste e na Amazônia Legal. Como o enfoque era para a atenção no período neonatal, foi escolhido nome fantasia “Chamada neonatal”.

**Daphne Rattner:** Ressaltou que quando se fala em cesarianas desnecessárias, um enfoque maior é dado ao parto normal até por uma analogia com a situação do aleitamento materno. O que fazemos não é trabalho de parto normal. Provocamos

asfixia por um lado, e com a cesariana desnecessária a gente está provocando prematuridade heterogênea... uma epidemia de prematuridade e risco de mortalidade, principalmente no setor privado e na classe social mais alta desse país. Temos que debater melhor os temas acolhimento, vinculação e acompanhante... Além de darmos maior ênfase à qualificação de maternidades e redes perinatais.

**Marcos Ymayo:** Firmou que muitas cesáreas “desnecessárias” estão sendo feitas com pouca técnica. Não estou vendo a FEBRASGO trabalhar nesse sentido. Volto na questão da importância da qualificação dos médicos.

**Claunara:** Abordou a perspectiva da mortalidade materna, da qualidade da atenção às mulheres e da redução da mortalidade a partir das contribuições da saúde da família. Nosso modelo de atenção primária é fato coordenador do cuidado na rede de atenção de saúde e nas redes sociais. Trabalhamos com equipe multidisciplinar, elegemos um território de responsabilidade e a questão da saúde bucal. Numericamente o Brasil representa o maior modelo de atenção primária do mundo. Nós temos um aumento importante de acesso da população brasileira ao serviço de saúde e isso se deve muito a essa questão da ampliação pelas equipes de saúde da família. Quando olhamos questões de qualidade aí a questão da vulnerabilidade aparece... acredito ser esta a grande missão da atenção primária da saúde da família. Relacionamo-nos com as equipes através dos cadernos de atenção básica, do caderno de planejamento familiar e sexualidade. Existem diversas outras estratégias sendo feitas, através da integração dos profissionais da atenção primária com as escolas públicas brasileiras. Nosso objeto é darmos uma cidadania diferente para as novas gerações de brasileirinhos e brasileirinhas.

**Fernanda:** Destacou o trabalho que tem sido realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas, em cooperação e contribuição as metas do PRMMN. Através da campanha realizada inicialmente na Bahia, temos comunicado e mobilizado a sociedade para a redução da morte materna, objetivando a informação sobre o direito de viver livre da morte materna por causas evitáveis. Estamos nos integrando como parceiros para realização da 3ª Conferência Internacional sobre a humanização do parto e do nascimento. Enfim, estamos discutindo e ampliando o

diálogo em especial no Estado do Amazonas e no Estado da Bahia, de forma inter setorial, com várias áreas desde a vigilância a AIDS, a atenção básica, saúde do adolescente e do jovem, pessoa com deficiência, mas também setores como políticas para as mulheres, a igualdade racial, as assessorias internacionais.

**Teresa de Lamare** – Elogiou a fala da Claunara, e no orgulho do processo de ampliação da estratégia da saúde da família. A visibilidade dos resultados mostra claramente a realidade de cada município. Ressaltou a importante de definirmos o modelo que o Ministério da Saúde orienta, na questão da atenção obstétrica, e qual é o parto normal que a ele preconiza. Concordou também sobre a consideração da faixa etária para que possamos entender melhor a mortalidade materna, em cada faixa etária, melhorando a humanização para a população não adulta.

**Adson França:** Fez um breve agradecimento à Claunara e ao trabalho de qualidade que tem sido desenvolvido na atenção primária através do Saúde da família.

**Télia Negrão:** Citou que nenhuma política do ministério da saúde, segundo as diretrizes da política e do próprio plano nacional de políticas para as mulheres do Brasil pode existir sem o recorte de gênero. Estudos com agentes comunitários de saúde demonstram o quanto as relações de gênero influenciam na forma de conduzirem o seu trabalho junto à população. Temos que partir para correções.

**Claunara:** Confirmou a necessidade do envolvimento das questões como idade, gênero, etc. Reafirmou que se existe um lugar onde isso é possível ser feito é na atenção primária no saúde da família.

**Leila Adesse:** Reforçou a idéia de aprofundar na próxima plenária a discussão sobre os indicadores em relação aos critérios de qualidade da atenção. A atenção primária é importante na questão da violência, na questão do planejamento reprodutivo, na atenção ao acesso dos jovens aos serviços de saúde, etc.

**Fernanda:** Reiterou a disponibilidade do UNFPA em contribuir nas construções integradas das diversas áreas e setores para ampliar e consolidar as ações em

atenção básica e em especial nas ações para a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Citou a produção de duas análises sistemáticas, uma sobre barreiras de acesso para mulheres adultas, adolescentes e jovens aos serviços e ações de saúde integral em especial saúde sexual e reprodutiva, com análise na perspectiva de gênero, raça, etnia e faixa etária, e a outra de análises sistemáticas para fatores que influenciam a qualidade do serviço prestado com foco nas desigualdades sócio-raciais e de gênero.

**Santinha:** Citou sua preocupação quanto ao entendimento dos gestores da importância do Pacto e do trabalho da atenção primária e da atenção básica na redução da mortalidade materna e neonatal, a fim de que esta parceria se traduzida apenas em benefício financeiro.

**Claunara:** Colocou o DAB à disposição do Pacto e das novas implementações.

**Adson França:** Concordou com a reivindicação de mais reuniões, lembrando que nestes 6 anos de Pacto foram realizadas 14 reuniões, mesmo com problemas e dificuldades de liberação de recursos para o SUS pelo Ministério do Planejamento. Firmou também a necessidade de se aprofundar um modelo unificando e determinar o funcionamento das próximas reuniões.

**Paulo Nader:** Explanou sobre a mortalidade neonatal e a qualidade nos atendimentos, citando alguns projetos realizados juntamente com a saúde da criança, como o projeto da reanimação neonatal para parteiras, o curso de reanimação para auxiliares da reanimação e o curso de reanimação neonatal para o profissional médico. Disse também que a SBP está tentando avaliar a qualidade no atendimento através do projeto de redes de informação em todas as UTIs neonatais do SUS. Dados confirmaram que muitas mortes na primeira semana de vida em UTI neonatal são provenientes de déficit na qualidade do atendimento. Em um segundo programa de intervenção, profissionais médicos e enfermeiros visitam unidades com maior índice de qualidade no atendimento, adquirindo conhecimentos para posteriormente serem disseminados. Através do departamento de neonatologia está criando normas e protocolos de atendimento de qualidade para ser implantado em

todas as unidades do Brasil, além de uma avaliação do transporte do recém nascido. Expressou preocupação quanto ao aumento da mortalidade neonatal em classes de maior poder econômico, devido principalmente à interrupção precoce da gestação através de cesáreas, firmando a importância do trabalho de conscientização a população. Finalizando, falou da asfixia Perinatal, que em países mais desenvolvidos não tem mais relação com o atendimento em sala de parto, já no Brasil, está diretamente relacionada com atendimento em sala de parto.

**Hélvio:** A FEBRASGO está fazendo revisão de um manual de emergências obstétricas em conjunto com a comissão especializada de emergências obstétricas. Instauramos fóruns regionais de mortalidade com força tarefa para redução de mortalidade materna nas regiões alvo definidas, em conjunto com o Ministério da Saúde. Demonstrou a queda na mortalidade materna em Curitiba, através do Programa Mãe Curitibana. Ressaltou a importância de investigação das mortes em mulheres em idade fértil e na produção de medidas locais regionais, bem como na capacitação de profissionais que serão utilizados pelas regionais em conjunto com a comissão nacional de mortalidade. Citou a necessidade da definição de sistemas de referência para o atendimento da gestante de alto risco, e comunicou a criação de um livro de mortalidade materna. Comentou que a cesariana não tem grande representatividade como causa de morte materna, mas sim como prejuízo ao prognóstico neonatal, disse que toda permissão da escolha de parto à gestante deve vir acompanhada de esclarecimentos quanto aos riscos de uma cesariana. Citou que como mecanismo de redução de danos, nenhuma cesariana poderá ser autorizada pelo sistema de liberação (plano de saúde) com menos de 39 semanas. A operadora vai ser responsável também por educar os seus usuários sobre a importância do parto normal. Capacitações pelas federadas de profissionais que atuam na rede pública, para profissionais do programa de saúde da família.

**M<sup>a</sup> Gorete:** Apresentou o trabalho da ABEN junto aos programas de atenção integral a saúde das mulheres e das crianças, bem como todos os eixos do plano nacional de política para as mulheres. Citou a participação da ABEN nas conferências nacionais de política para as mulheres, nas Reuniões do pacto nacional de redução da mortalidade materno e neonatal, na estratégia de redução de mortalidade

materna e infantil na grande Amazônia legal e no nordeste brasileiro, bem como da participação ativa em oficinas técnicas, na mesa diretora do PRMMN. Defendemos os centros de parto normal. O projeto ACOLHER, que é uma iniciativa de uma gestão anterior da ABEN para capacitar os profissionais da enfermagem para metodologias dinâmicas do acolhimento e no atendimento aos adolescentes no âmbito do serviço de saúde, muito especialmente no sistema único de saúde. Temos alguns programas, em parceria com ARTMED e Editora Pan-americana de atualização aos nossos profissionais, como o de saúde da criança, o da saúde do adolescente e agora lançamos, em parceria mais uma vez com a ABENFO, o de saúde materna, que é um programa na modalidade a distância, com ciclos e que os profissionais se mantêm então atualizados em relação a essas grandes áreas. A gestão da ABEN tem trabalhado para consolidar a enfermagem brasileira como prática social, cada vez mais comprometida inclusive com o pacto de redução da mortalidade materno infantil no país.

**Marcos Leite:** Disse que a cesárea aumenta pelo menos em 4 vezes o risco do acretismo placentário, além de ser uma cirurgia. Deixou ainda o protesto oficial da Reúna ao Conselho Regional de Medicina do RJ, registrado em ata, contra um conselho arbitrário que não representa a categoria médica.

**Jacob Arkader:** Disse que a FEBRASGO não deveria fazer um manual de mortalidade materna e sim trabalhar em parceria com o ministério da saúde.

**Helvio:** Disse que já existem trabalhos em conjunto ministério da saúde/FEBRASGO. Explicou que o material de Mortalidade Materna, realizado em 2000 foi feito pelo ministério da saúde, e hoje a FEBRASGO trabalha na tentativa de reavaliar esse material incluindo a comissão de emergências obstétricas que tem muito a ver com a mortalidade materna e com casos clínicos, reordenando assim o estudo da mortalidade materna.

**Santinha:** Perguntou onde é discutida a questão do Aborto na FEBRASGO.

**Helvio:** Respondeu que no Congresso Regional do Nordeste houve uma oficina tratando do tema aborto, bem como este é tratado em todos os setores da FEBRASGO e pediu que Santinha não criticasse aquilo que não conhece.

**Santinha** – Finalizou dizendo que infelizmente estas ações não estão refletindo em vários estados brasileiros, e que esta é uma questão deve ser discutida nas reuniões.

**Clodoaldo Cadete** – Apresentou sobre o diagnóstico de gestação de alto risco e anencefalia, fazendo um comparativo entre gestação de baixo e alto risco e firmando a importância da Dopplervelocimetria no diagnóstico precoce do comprometimento fetal crítico, antes que ocorram danos irreversíveis. Quanto a Anencefalia, explicou sobre seu conceito, etiologia, riscos, prognóstico e prevenção, considerando o exame de ultrassonografia de importância fundamental para seu diagnóstico, acompanhamento gestacional e orientador da melhor conduta a ser seguida.

**Leila Adesse** – Representando o GEA (Grupo de Estudos sobre o Aborto) apresentou o tema Anencefalia, citando a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1752/2004, que define o feto anencefálico como natimorto cerebral. Citou um estudo comparativo entre países que permitem o aborto em casos de anencefalia, mostrando a importância de se regulamentar a normatização sobre o tema, a fim de melhor orientar a prática dos profissionais em caso de gravidez de anencéfalos, bem como agilizar o processo decisório acerca da interrupção ou não deste tipo de gestação.

**Ana Costa:** Explicou sobre a População Vulnerável no Pacto pela redução de Mortalidade Materna e Neonatal, citando que com a Reforma Sanitária Brasileira, levantou-se o dilema da saúde brasileira, no que diz respeito à exclusão de atenção ao cuidado e à sua impotência para a saúde coletiva. Importante lembrar, que são vários os fatores que incidem na determinação da saúde de uma população. Quando se trata do princípio da universalidade, temos que lembrarmos do Brasil da diversidade, da desigualdade de produção, de renda, de regiões, que reflete diretamente no serviço e no acesso à saúde. No combate às iniquidades e na busca

pela incessante pela equidade, trabalhamos estratégias políticas que visem à igualdade preservando as especificidades que cada grupo possa ter (gênero, etnia, orientação sexual, cultura, etc.).

Muitos movimentos sociais têm realizado trabalhos expressivos de politização sobre as especificidades, como por exemplo, o LGBT, o movimento negro, entre outros. Infelizmente as Políticas de Promoção da Equidade lutam contra um processo histórico, de crônico racismo, que discrimina, quer no ambiente de trabalho, que no acesso à saúde. Além da população negra, da população em situação de rua (hoje já atendidos pelas equipes de saúde da família), os ciganos merecem atenção especial, por ser uma população excluída do SUS, pela sua situação nômade e de urgência de saúde. Devemos buscar um refinamento maior no olhar a estas populações.

**Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos** – representante da Rede IBFAN Brasil leu a “Carta de Santos” elaborada no XI ENAM, e solicitou apoio para a regulamentação da Lei 11.265 referente à NBCAL.

**Adson França:** Finalizou afirmando a necessidade do aumento no orçamento do SUS, que hoje é de 56 bilhões. Chegamos em um ponto que, ou temos um aporte financeiro completamente diferente ou essas políticas todas debatidas aqui não vão andar.