

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES Nº , DE 2006
(Do Sr. Geraldo Resende)

Solicita informações ao Sr. Ministro de Estado da Saúde referentes às medidas adotadas frente as irregularidades apontadas pelo Relatório de Auditoria n.º 2829/Referência SIPAR: 25000.104859/2004-50.

Senhor Presidente:

Requeiro a V. Exa., com base no art. 50 da Constituição Federal e nos arts. 115 e 116 do Regimento Interno que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas, ao Sr. Ministro da Saúde, as seguintes informações referentes ao Relatório de Auditoria n.º 2829/Referência SIPAR:25000.104859/2004-50:

1 – O relatório da auditoria realizada na Secretaria de Saúde de Dourados-MS aponta que apenas 17,12% das gestantes realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço/imunizante da vacina antitetânica, no entanto enfatiza que “ as pacientes obituadas tiveram assistência pré-natal regular”. A que conclusão devemos chegar? Melhor não fazer pré-natal para garantir uma gestação e um parto/puerpério saudáveis? Se tiveram assistência pré-natal adequada por que morreram estas mulheres? Qual a explicação para percentuais de cobertura assistencial tão baixos?

2 – É verídica a informação de que “ o índice de cesarianas no Estado do Mato Grosso do Sul foi liberado, não havendo necessidade de seguir os parâmetros determinados pelo Ministério da Saúde”? Se não é verdadeira tal informação que providências esta pasta adotou considerando-se que o relatório de auditoria apontou uma incidência de cesáreas de 92,45% no Hospital e Maternidade São Luiz.



C4FDF0AB17

3 – Quais as medidas punitivas adotadas pelo Ministério da Saúde face à constatação de que “o município não cumpre na íntegra o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”?

4 – Se o Fundo Municipal de Saúde de Dourados continua vinculado à Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal contrariando o inciso IX do artigo 7º da Lei 8080/90, como esta pasta fiscaliza a aplicação dos recursos que repassa ao município? Como explica a carência de equipamentos, material de consumo, medicamentos e recursos humanos nas unidades auditadas se o mesmo relatório aponta que “uma expressiva soma de recursos não está sendo empregada no objeto específico”. O que o Ministério da Saúde realizou para corrigir tais irregularidades? Como se explica a existência de 42 contas correntes para receber recursos da esfera federal e como as mesmas são fiscalizadas pelo Ministério da Saúde?

5 – Como se explica o fato de uma unidade hospitalar integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco não atender as exigências da RDC 50/2002/ANVISA; não possuir UTI própria nem equipamentos para esterilização? Como foi autorizada a funcionar se não possui enfermeiros exclusivos por turno de trabalho, em desacordo com a PT n.º 3432/98 e Resolução COFEN 146/92? Como é admissível o funcionamento de uma unidade onde “o plantonista (médico) é responsável pelo atendimento ambulatorial, exame de admissão das parturientes, assistência ao trabalho de parto nas enfermarias e assistência no centro obstétrico para os partos e cesarianas”? O relatório da auditoria constatou que o número de obstetras é insuficiente para cobrir o atendimento nos diversos setores da maternidade, pois o plantonista não pode dar assistência em mais de um local ao mesmo tempo e que esta unidade também não fornece refeições para acompanhantes, em desacordo com a PT/MS 1286/93- Cláusula terceira-normas gerais, parágrafo 3º, item 4 e 5 e Estatuto da Criança e Adolescente; mesmo assim, transcorridos dois anos da morte de 11 mulheres, a unidade continua recebendo recursos federais sem que nenhuma medida retaliativa fosse adotada.



C4FD0AB17

6 – Em desacordo com a Portaria MS 2616/98 e Resolução RDC/ANVISA 48/2000, os relatórios estatísticos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH do Hospital da Mulher não contêm dados e informações necessárias para aferir a qualidade e segurança do atendimento hospitalar sobre as áreas destinadas aos pacientes críticos, também não são apresentadas taxas de infecção hospitalar por topografia, cirurgia e por procedimento. Inobstante estas constações e o descumprimento dos requisitos estabelecidos nas Portarias GM/MS n.ºs 3477 e 3482 de 1998 esta unidade foi habilitada, pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em março de 2005 como integrante, no nível de referência secundário, do Sistema Estadual de Referência à Gestante de Alto Risco (Portaria SAS/MS n.º 138/2005). De que forma a SAS/MS efetuou a análise e aprovação do pleito para habilitação?

7 – Com relação ao Hospital e Maternidade São Luiz o relatório aponta uma série de irregularidades as quais contrariam frontalmente as exigências da Resolução RDC/ANVISA n.º 48 e 50/2000, a PT/MS 2616/98 e o Manual de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde. O hospital não possui Programa de Controle da Infecção Hospitalar, também não existem médicos e enfermeiros suficientes. Farmacêuticos ou nutricionistas na unidade simplesmente inexistem. Os prontuários analisados apresentam altas precoces e descrição cirúrgica por carimbo nos casos de cesarianas. Nesta unidade foi constatado um índice altíssimo de cesarianas. O que mudou nesta unidade depois da auditoria realizada?

8 – O Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança além de apresentar sérias danificações na estrutura do prédio (rachaduras e infiltrações), não atende às exigências da RDC/ANVISA 48 e 50/2002 e da PT/MS 2616/98. O centro cirúrgico está desativado e o número de profissionais, inclusive médicos e enfermeiros, é insuficiente. Sendo uma unidade que presta atendimento preferencial à população indígena do Centro Sul do Estado pode-se concluir que os dispositivos da Lei n.º 9836/99 e do Estatuto do Índio também não estão sendo cumpridos.



C4FD0AB17

Destacamos que conforme o Estatuto do Índio: “*art.4. Cumpre à União proteger e promover os direitos indígenas reconhecidos pela Constituição Federal e regulados por esta lei, podendo contar com a colaboração de entidades públicas e privadas. Parágrafo único. Os Estados e Municípios poderão colaborar com a União na proteção e na assistência às comunidades indígenas e desenvolver ações administrativas que promovam o respeito aos seus bens*”. Ou seja, aqui a responsabilidade que seria sobretudo da União não está sendo assumida integralmente por nenhuma das três esferas de governo. Como se explica tal omissão?

9 – Como se explica a demora na divulgação dos dados de morbimortalidade pelo DATASUS? Como se explica que uma auditoria realizada em março de 2005, chegue ao nosso conhecimento apenas em janeiro do ano seguinte?

JUSTIFICAÇÃO

No período de janeiro a junho de 2004, 11 mulheres morreram no município de Dourados-MS, de causas evitáveis, ligadas diretamente ao ciclo gravídico-puerperal. A taxa de mortalidade materna em Mato Grosso do Sul em 2004 era de 74,32 por 100.000 n.v. enquanto que a de Dourados foi de 224,20 por 100.000 n.v. As altas taxas de mortalidade materna neste município estão relacionadas com a falência do Estado no cumprimento de responsabilidades e deveres que lhes são designados pela legislação nacional e internacional.

Os resultados da auditoria realizada no município revelam que as mortes estão relacionadas a fatores como: a baixa qualidade da assistência pré natal; a dificuldade de acesso a leitos obstétricos; a falta de leitos de UTI para emergências obstétricas; a falta de insumos básicos como Sulfato de Magnésio e



C4FD0AB17

baixa qualidade da assistência no parto; abuso de cesarianas; acompanhamento puerperal inadequado. Além disso, a falta de atenção adequada na assistência ao planejamento familiar (incluindo ações educativas, informações completas, disponibilidade de distintos métodos, respeito pelo processo de tomada de decisão das mulheres) e os abortos realizados em condições clandestinas e inseguras são fatores que concorrem para perpetuar o ciclo da mortalidade materna em Dourados.

O risco de morrer de morte materna não incide igualmente sobre todas as mulheres, conforme demonstra o relatório de auditoria. Fatores sociais, econômicos e culturais vulnerabilizam de modos diferentes as distintas mulheres. As mulheres indígenas, com baixa escolaridade e as de mais baixa renda são mais atingidas do que as mulheres brancas, com mais instrução e melhores condições econômicas. Isso significa que a luta contra a mortalidade materna não é somente uma questão de justiça de gênero, mas também de justiça social e de luta contra a exclusão econômica e a discriminação racial.

A luta contra a morte materna evitável e a humanização do pré-natal, do parto e do nascimento depende de transformações culturais, políticas e institucionais que não vão acontecer por si mesmas, nem de uma hora para outra, mas dependem da ação política coordenada e solidária dos sujeitos implicados nesses processos, inclusive da UNIÃO.

No nosso país, as taxas de morbidade e mortalidade maternas são muito altas e o óbito materno é naturalizado. O governo brasileiro foi signatário da 23ª Conferência Sanitária em 1990, acordando em reduzir as taxas de mortalidade materna em 50% até o final do ano 2000; meta que infelizmente não foi alcançada. O Brasil é parte nos tratados internacionais de direitos humanos e se comprometeu em fóruns internacionais, como a Conferência Internacional em População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 e a Quarta Conferência sobre a Mulher, realizada em 1995 em Beijing a tomar medidas eficazes para a redução da mortalidade materna, visando assegurar, proteger e garantir a realização dos direitos humanos das mulheres.

O direito de viver livre de morte materna é compreendido pelo direito humano à vida, à saúde e o direito de viver livre de discriminação, expressos na Constituição Federal e nos tratados internacionais de direitos humanos. Recente relatório de Força Tarefa da ONU revela que muitos países, inclusive o Brasil, ainda estão longe de alcançar as Metas do Milênio para a Saúde - dentre as quais



C4FDFOAB17

a redução dos óbitos maternos - e mostra as dificuldades que o mundo ainda precisa superar para alcançar os objetivos previstos para 2015.

O Estado brasileiro se comprometeu, portanto, a nível nacional e internacional a reduzir as altas taxas de mortalidade materna. Mas, devido às deficiências de registro e notificação não se conhece sequer, com precisão, o coeficiente de mortalidade materna no Brasil.

Apesar de contarmos com marcos jurídicos e normativos para promoção e defesa da saúde da mulher e dos acordos e convenções internacionais firmados pelo Brasil, apesar do governo brasileiro ter declarado a mortalidade materna como uma alta prioridade do governo; o fato é que as taxas de mortalidade materna continuam altas, especialmente nas regiões mais pobres do país.

Com o propósito de deflagrar um processo de mobilização e ação permanente pela construção de um novo modelo de assistência à mulher em sua vida reprodutiva é que elaboramos o presente requerimento.

Sala das Sessões, em 06 de março de 2006.

GERALDO RESENDE

Deputado Federal - PPS/MS



C4FD0AB17