

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**Vanessa Paula Faria**

**POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL:  
CAMINHOS PERCORRIDOS E AVANÇOS NECESSÁRIOS**

**Belo Horizonte  
2011**

**Vanessa Paula Faria**

**POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL:  
CAMINHOS PERCORRIDOS E AVANÇOS NECESSÁRIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Dra. Lélia Maria Madeira

**Belo Horizonte**

**2011**

F224 Faria, Vanessa Paula

Políticas de saúde da mulher no brasil: caminhos percorridos e avanços necessários / Vanessa Paula Faria – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.  
37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Lélia Maria Madeira

Bibliografia: f. 34-37.

1. Saúde da Mulher. 2. Mortalidade Materna. I. Madeira, Lélia Maria.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WA 309

**Vanessa Paula Faria**

**POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL:  
CAMINHOS PERCORRIDOS E AVANÇOS NECESSÁRIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

---

Dra. Lélia Maria Madeira (Orientadora) – UFMG

---

Professora Carla Caldeira

---

Dra. Eunice Francisca – UFMG

Belo Horizonte, 09 de agosto de 2011

Dedico este trabalho a minha mãe, minha filha e meu noivo por todo o amor e dedicação para comigo e por terem sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou.

A minha família, pelo carinho e apoio dispensados em todos os momentos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa de minha vida;

A minha mãe, por ser tão dedicada e amiga, por me apoiar e acreditar em minha capacidade;

A minhas irmãs, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, pela confiança em mim depositada meu imenso agradecimento;

A minha filha que tanto amo e razão pela qual não desisto nunca dos novos desafios;

A Eric, meu noivo e futuro esposo, que se fez presente em todos os momentos de incertezas, inseguranças e nos momentos de alegria também. Com sua sabedoria sabe ouvir-me e apoiar-me sempre; sem você, não seria possível; obrigada;

Aos amigos que fiz durante o curso, pela verdadeira amizade que construímos; em particular, às amigas que estavam sempre a meu lado, Dilma, Paula e Patrícia, por todos os momentos que passamos durante esses 12 meses, meu especial agradecimento. Sem vocês, essa trajetória não seria tão prazerosa;

A minha orientadora, professora Lélia Maria Madeira, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio à concretização desta monografia;

A todos os professores e preceptores do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, pela paciência, dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas, cada um de forma especial contribuiu para a conclusão deste trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional;

Ao Hospital Sofia Feldman, que foi palco de aprendizado e crescimento pessoal e profissional. Agradeço às parturientes que me permitiram desfrutar o momento mais

importante para as mulheres que é o momento de ser mãe e ter em seus braços seu conceito;

Por fim, gostaria de agradecer a meus amigos e familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse realizado, meu eterno AGRADECIMENTO.

“Eterno, é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mas com tamanha intensidade, que se petrifica, e nenhuma força jamais resgata” (Carlos Drummond de Andrade).



## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar os principais avanços relacionados às Políticas Públicas de Saúde da Mulher. A metodologia utilizada foi revisão de literatura em livros, artigos científicos e documentos do Ministério da Saúde. Os resultados mostram que a preocupação do governo com a saúde da mulher, em sua integralidade, surgiu com os movimentos sociais, merecendo destaque o movimento feminista da década de 1970. Tais movimentos, com suas reivindicações contribuíram para o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, responsável pelo redirecionamento de todas as políticas e ações propostas pelo Ministério da Saúde. Conclui-se com os avanços alcançados que a integralidade feminina passa a ser referência nas políticas de saúde da mulher.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Políticas de saúde da mulher; Mortalidade materna.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AVC	acidente vascular cerebral
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPN	Centros de Parto Normal
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>SAÚDE DA MULHER: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS.....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>PROGRAMAS, POLÍTICAS E AÇÕES PRPOSTOS PARA A SAÚDE DA MULHER .....</b>	<b>17</b>
<b>5.1</b>	<b>Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM).....</b>	<b>17</b>
<b>5.2</b>	<b>Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<b>Outros Avanços ocorridos na Saúde da Mulher de 2004 a 2008.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Vários fatores influenciam na qualidade de vida do ser humano, como o meio ambiente, a alimentação, as condições de trabalho, moradia, renda e lazer. No caso da população feminina esses fatores são agravados pela sobrecarga de trabalho pois as mulheres dividem seu tempo entre a família e o trabalho. Elas vivem mais que os homens, porém, também adoecem mais que os homens sendo este um dos motivos de serem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

As mulheres representam a maioria da população brasileira (50,77%) e cada vez mais as doenças que eram tipicamente masculinas, hoje fazem parte do cotidiano feminino, como o acidente vascular cerebral (AVC), isquemias, doenças cardiovasculares, dentre outras (BRASIL, 2009).

A saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo políticas direcionadas à gravidez e ao parto. Entre as décadas de 1930 e 1970, a visão da saúde da mulher, expressa nas políticas de saúde, se restringia quase que exclusivamente a seu papel biológico e social (BRASIL, 2009).

No Brasil, nas décadas de 1930, 1940 e 1950, a participação das mulheres na sociedade restringia-se aos cuidados com o lar e com os filhos. Com expressivo aumento da natalidade, na década de 1960, o estado percebeu a necessidade de um programa de “controle da natalidade” em mulheres no período fértil, tornando-se mais forte no final da década de 1970. O movimento feminista na década de 1960 ganhou um grande destaque com as mulheres reivindicando igualdade social. O Ministério da Saúde (MS), em resposta ao apelo do movimento, adotou as primeiras medidas oficiais voltadas para a assistência integral à saúde da mulher, apesar das limitações impostas pelo governo militar (FREITAS *et al.*, 2009).

A partir da década de 1970, o governo brasileiro criou o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) contendo ações direcionadas ao pré-natal, parto, puerpério e

gravidez de risco. Foi o primeiro programa criado pelo governo para a atenção à saúde da mulher (MARQUES, 2007). Segundo o autor, mesmo sendo voltado para a saúde da mulher, o programa era pouco eficaz, pois não abrangia a saúde da mulher em sua integralidade.

Em 1983, é criado oficialmente um programa destinado à saúde da mulher. O MS lança o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). O Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), criado pela ditadura militar em 1974, (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996) agregou a atenção integral à saúde da mulher pela necessidade de um atendimento amplo. Isso foi feito, considerando os riscos a que as mulheres estão expostas em todos os âmbitos de sua vida, riscos esses como os do trabalho doméstico, a maternidade, a violência urbana e doméstica, assegurando-lhes resolutivamente assistência médica (BRASIL, 2000).

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) foi criado, seguido da separação em PAISM e Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1991. O PAISM foi proposto com o objetivo maior de atender à mulher em sua integralidade, em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas (BRASIL, 2000).

Nesse contexto, é importante comentar que uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres é a mortalidade materna por se tratar de uma tragédia que pode ser evitada em 92% dos casos (BRASIL, 2009).

Estatisticamente, a mortalidade materna constitui excelente indicador da cobertura e da qualidade da atenção à saúde da população. No entanto, há dois fatores que dificultam o monitoramento da mortalidade materna que são a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito, resultando em preenchimento incorreto das declarações de óbito e omissão do registro de óbito em cartórios (BRASIL, 2009).

Em setembro de 2000, os presidentes de 189 países, incluindo o Brasil, encontraram-se na “Cúpula do Milênio”, evento promovido pela Organização das

Nações Unidas (ONU), para discutir os principais problemas que afetam o milênio. A partir das discussões, foram eleitos os Oito Objetivos do Milênio. Na ocasião, os presidentes assinaram o compromisso de resolver ou amenizar esses problemas até o ano de 2015 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010). Dentre os oito objetivos, o quinto diz respeito à melhoria da saúde materna (IBGE, 2010).

Dados do IBGE (2010) mostram que, no Brasil, as complicações surgidas na gravidez, parto e pós-parto são as principais causas da mortalidade materna, sendo responsáveis por 64,3% das mortes (IBGE, 2010).

Várias estratégias têm sido criadas com o intuito de reduzir a morbi mortalidade materna no país. Dentre elas, encontram-se a criação do PAISM já mencionado e dos comitês de morte materna em todo o Brasil, em 1987. Tais estratégias são bem aceitas e representam avanços. Mas ainda são necessárias outras estratégias, como o fortalecimento do controle social, para lhes garantir a continuidade.

Diante da persistência dos altos índices de mortalidade materna no país, apesar das diversas medidas já propostas e implementadas pelo governo, considera-se relevante conhecer os fatores que têm facilitado e/ou dificultado os avanços nas políticas e, conseqüentemente, nas ações de saúde da mulher brasileira.

## **2 OBJETIVO**

Estudar, à luz da literatura, os pontos marcantes das políticas da saúde da mulher no Brasil.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão de literatura sobre o tema da saúde da mulher no Brasil. Segundo Pádua (2003), o estudo de revisão é aquele que explica um problema a partir de referências teóricas, publicadas em documentos e, geralmente, busca conhecer ou analisar contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado assunto.

Sendo assim, a coleta de dados teve como base artigos científicos veiculados em língua portuguesa. A busca das referências foi feita nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além do site do MS. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: saúde da mulher; políticas de saúde da mulher; mortalidade materna. Por tratar-se de um estudo feito na perspectiva histórica, não foi delimitado o período das publicações para a busca dos artigos.

Inicialmente, foram identificados 49 artigos relacionados aos descritores. Após a leitura dos resumos, verificou-se que apenas 16 tinham maior adequação aos objetivos da pesquisa. Considerando-se as características do estudo, foram utilizados, predominantemente, livros e manuais adequados.

A fase de análise das referências identificadas se deu através de leitura crítica e interpretativa, seguida de elaboração de fichamentos, considerando os aspectos importantes para o enriquecimento da pesquisa.



#### **4 SAÚDE DA MULHER: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS**

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o termo saúde como bem-estar físico, psíquico e social, deixando de lado o sentido que tinha de que saúde era apenas a ausência de doença ou enfermidade (BATISTELLA, 2007). Esse conceito foi ampliado quando foram reconhecidos os laços entre as pessoas e o ambiente sócio-cultural.

Galvão (1999) concebe a saúde como a capacidade que o indivíduo tem e desenvolve para realizar e satisfazer suas necessidades bem como para mudar e interagir com o meio ambiente. Sendo assim, a saúde pode ser vista como um recurso necessário ao dia a dia, que envolve, além de capacidade física, recursos pessoais e sociais.

A definição de saúde torna-se difícil devido a suas diferentes dimensões e seus aspectos constitutivos. A história mostra que enquanto a doença era perseguida incessantemente pelo homem, a saúde não fazia parte dos interesses de estudo dos filósofos e cientistas. Portanto, desde a Grécia antiga, a saúde era considerada como um fenômeno difícil de ser definido (BATISTELLA, 2007).

As concepções de saúde mostram a importância do planejamento e da disseminação de políticas públicas no Brasil, apesar de ainda existir uma visão distorcida sobre o que realmente significa a saúde para o indivíduo, principalmente para a mulher.

As desigualdades em relação às políticas de saúde são históricas, pois apontam que as oportunidades e restrições dadas à população passam por questões sociais, de gênero, cor e regiões de residência. Em relação ao gênero feminino, pode-se dizer que, nas últimas décadas, a evolução dos conceitos relacionados à saúde da mulher vem ganhando destaque. Isso porque, quando se fala em condição feminina e saúde, de modo geral está-se referindo a aspectos relacionados à enfermidade, doença, bem-estar, bem como a diagnóstico, prevenção, cuidados e cura (MORI; COELHO; NETO ESTRELLA, 2006).

Segundo os mesmos autores, os indicadores sociais evidenciam que, durante a trajetória de vida, homens e mulheres enfrentam desafios em decorrência da diferença. Ambos vivenciam situações bem diferentes daquelas em que seus pais e avós viveram. Fatores como expectativa de vida, mudança na sexualidade, reprodução, relações de gênero e outras questões subjetivas, aliadas a novas tecnologias em saúde fazem parte do novo contexto social; portanto, devem ser contempladas pelas políticas públicas em saúde.

A saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde em meados do século XX, mais especificamente, de 1930 a 1950, época em que a mulher era vista como mãe e dona de casa, principalmente por conta dos programas materno-infantis (MORI; COELHO; NETO ESTRELLA, 2006).

Nessa mesma época, o crescimento populacional de forma acelerada fez aumentar a preocupação com a saúde da mulher. No final da década de 1970, eram disseminados os programas de controle da natalidade cujo objetivo era reduzir a fecundidade e expandir o controle de natalidade. Mas, como pano de fundo, tais programas tinham como interesse recrutar novas usuárias de métodos contraceptivos de alta eficácia, sem, no entanto, dar importância às reais necessidades ou à preferência das mulheres (DIAZ; DIAZ, 1999 *apud* MORI; COELHO; NETO ESTRELLA, 2006).

E, como melhorar a saúde e a qualidade de vida da população não era prioridade, cientistas e movimentos feministas, insatisfeitos com tal situação buscaram revisões das políticas internacionais de saúde da mulher. Mas o foco nos aspectos reprodutivos prevalecia, principalmente em relação à mulher no período fértil.

Fazendo uma retrospectiva histórica do planejamento familiar no Brasil, Ramos (2008) aponta que, até a década de 1970, a intervenção médica focava a mulher apenas em sua condição de mãe e as ações estabelecidas para seu atendimento eram direcionadas ao binômio mãe e recém-nascido. Nessa época, já havia um movimento feminista que lutava para que a saúde da mulher fosse pensada em abrangência, focando também as mulheres que não tinham filho.

Na década de 1980, aconteceram várias manifestações devido à crise nos campos da saúde, educação, entre outras áreas. As reivindicações eram em torno de políticas sociais que assegurassem, no mínimo, os direitos de cidadania. Foi a época das eleições diretas para presidência da República, marcando a força da vontade popular. Nessa mesma época, o movimento das mulheres vinha intervir no debate nacional sobre o planejamento familiar defendendo que a saúde reprodutiva devia ser vista como uma decisão individual e um direito social (RAMOS, 2008).

Em 1984, aconteceu, em São Paulo, o Primeiro Encontro de Saúde da Mulher, quando foi lançada a Carta de Itapeperica que consolidava as proposições em benefício da Saúde da Mulher. Elas exigiam um programa de saúde integral para a mulher que envolvia todos os seus ciclos biológicos, incluindo a prevenção e o tratamento de doenças relacionadas a seu sistema reprodutivo (RAMOS, 2008).

Enfim, verifica-se que, nas décadas de 1970 e 1980, a produção feminista pontuou a sexualidade como direito; portanto qualquer repressão à sexualidade era vista como estratégia de dominação. Nessa mesma época, foi intensa a participação feminina em eventos que tratavam da saúde da mulher, fazendo sobressair o tema saúde no cenário feminista (MORI; COELHO; NETO ESTRELLA, 2006).

Em 1984, o MS lançou o PAISM, que revolucionou os princípios que norteavam a política de saúde da mulher, assim como os critérios para eleição de prioridades (BRASIL, 1984).

## **5 PROGRAMAS, POLÍTICAS E AÇÕES PROPOSTOS PARA A SAÚDE DA MULHER**

### **5.1 Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM)**

A partir de 1980, verificou-se que o atendimento das mulheres, embora considerado integral, não incluía o planejamento familiar ficando este como um atendimento à parte. Segundo Santos (2005), foi a partir de então que começou a ser discutida a integração de ações no Atendimento Primário à Saúde.

O MS, após constatar que o Programa até então oferecia cuidados à mulher apenas no ciclo gravídico-puerperal e de forma precária, criou, em 1983 e divulgou oficialmente em 1984, o PAISM cujo objetivo era elaborar propostas de atendimento à mulher visando a garantia de seus direitos de cidadã (BRASIL, 1984).

Esse foi um período em que houve grande mobilização e discussão relacionadas à saúde da mulher cujas questões estavam articuladas com as lutas pela saúde, dentre elas: “a saúde como direito do cidadão e dever do Estado”, como preconizado na Oitava Conferência Nacional de Saúde. Nesse momento, era muito importante para os movimentos feministas que o PAISM fosse implantado por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRASIL, 1984).

Pinotti (1998) diz que foi nesse cenário que se redefiniu a saúde reprodutiva da mulher, pois a ênfase não poderia ser apenas na saúde da gestante e nos programas de controle de natalidade, mas na saúde da mulher da adolescência à terceira idade, abrangendo prioridades de acordo com as bases adequadas do ponto de vista epidemiológico.

Assim, a partir de 1985, essa estratégia de ação política foi instituída e representou a conjugação de princípios e diretrizes nos níveis federal, estadual e municipal, viabilizando, um modelo assistencial que preconizava um atendimento descentralizado e universal (SANTOS, 2005).

Em 1994, os documentos norteadores das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher foram enviados às Secretarias Estaduais de Saúde e tinham como objetivo dar as diretrizes para atuar junto ao planejamento familiar, pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cervicouterino e de mamas, assistência ao parto e puerpério e doenças sexualmente transmissíveis. Mais tarde, ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade, também foram sugeridas (SANTOS, 2005).

De acordo com o PAISM, os serviços de saúde devem prestar assistência com qualidade às mulheres em todas as suas necessidades em cada fase de sua vida. O atendimento deve oferecer atividades educativas dando às mulheres oportunidade de conhecimento do próprio corpo e uma melhor vivência de sua sexualidade para então prevenir possíveis problemas de saúde e ganhar qualidade de vida. Esse programa significou um ganho em relação aos direitos humanos da mulher, pois tinha como princípios norteadores a ênfase nas questões de gênero priorizando a integridade e a promoção de saúde da mulher e, como objetivo, reduzir a mortalidade feminina por causas previsíveis e evitáveis (BRASIL, 2004a).

Pode-se dizer, também que, em relação à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde, o PAISM foi pioneiro, adotando a definição de saúde reprodutiva da OMS de 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995 (SANTOS, 2005).

Quanto ao planejamento familiar, o PAISM deixa para a mulher a decisão de controlar sua fecundidade, ou seja, o número de filhos que deseja ter, bem como o espaçamento entre um filho e outro, dentre outros direitos reprodutivos.

Os objetivos gerais do programa são:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a, p. 67).

Sem dúvida, a implantação desse programa foi um marco na assistência à saúde da mulher pois contemplou estratégias que abordam a saúde feminina em todas as etapas do ciclo vital, com ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação sempre visando a melhoria da saúde da população feminina.

E, como aponta Ramos (2008), o PAISM fez com que as mulheres chegassem à Nova República dispendo, mesmo que de modo precário, dos serviços de planejamento familiar oferecidos pelo Sistema Público de Saúde.

Mas é importante comentar que, de acordo com Costa (2009), o PAISM, teoricamente, é considerado um programa norteador das ações, mas, na prática, esbarra na fragmentação de programas em decorrência de condições que foram e são sucessivamente criadas. Tal fragmentação fez com que houvesse uma difusão de responsabilidades entre as áreas do MS tornando a saúde da mulher um tema transversal.

Em 2004, a partir da necessidade de políticas públicas que não fossem voltadas apenas para questões de reprodução, o MS, visando ampliar o leque de ações propostas pelo PAISM, cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), para o período de 2004 a 2007 (GUARESCH *et al.*, 2007).

Elaborado por uma equipe da área técnica de Saúde da Mulher esse documento, considerando, além da evolução das políticas, a situação demográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil, apresenta objetivos, metas, estratégias, ações, fontes de recursos e parcerias necessárias a seu êxito.

Essa política tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, formando então um novo conceito em saúde, que consolida os avanços em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, à melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, à atenção ao abortamento, o combate à violência doméstica e sexual. (FREITAS *et al.*, 2009).

Porém, Freitas *et al.* (2009) apontam que o PNAISM, ao propor suas ações, dá mais ênfase à doença que à prevenção. Além disso, na prática, discorrem os autores, que o sistema de saúde ainda encontra dificuldades na assistência à mulher em áreas como o climatério, a infertilidade, a saúde mental e a saúde ocupacional.

Por outro lado, além do avanço nas questões de gênero, essa política propõe ações a grupos específicos, como as lésbicas, as transsexuais as ciganas, as mulheres negras e quilombas, as indígenas, as trabalhadoras do campo, as portadoras de deficiência, as mulheres jovens, as idosas e as mulheres em climatério (BRASIL, 2004a).

Apesar do considerável avanço nas políticas de saúde da mulher, é necessário que se questione a implementação dos princípios do PNAISM no Brasil, e, para que realmente essa política dê certo, sugere-se um controle social efetivo por parte das mulheres, em relação à implantação e à avaliação das políticas que as beneficiam. Verifica-se, também que essa política somente poderá ser efetiva se os gestores e profissionais das áreas de saúde abrirem espaço para debate e educação do público feminino (FREITAS *et al.*, 2009).

## **5.2 Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**

Fazendo uma retrospectiva histórica, verifica-se que nos anos 1980 a mortalidade materna não era alarmante, pelo contrário, os óbitos declarados tinham tendência ao declínio, mantendo-se estável até metade dos anos 1990. A partir de 1996, as investigações de morte de mulheres em idade fértil realizadas pelos comitês de morte materna mostram um aumento considerável da mortalidade materna por causas obstétricas indiretas (BRASIL, 2004b).

Entre 1999 e 2001, a mortalidade materna teve maior atenção em vários processos estaduais e municipais; houve uma queda da mortalidade materna, que pode estar relacionada à melhoria nos serviços de obstetrícia e ao planejamento familiar (BRASIL, 2004b).

Em 2004, foi lançado, pela Presidência da República, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com adesão dos 27 estados brasileiros. Tinha como objetivo articular atores sociais na prevenção e luta contra os altos índices de mortalidade materna e neonatal em nosso país. Entre seus princípios, está a consideração das questões de gêneros, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a decisão política de investimentos para melhorar a atenção obstétrica e neonatal, a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004b).

Dentre as ações estratégicas do pacto, em primeiro lugar está a parceria com diferentes instituições assim como organizações governamentais e não governamentais para dar apoio aos gestores de todas as esferas de governo visando a qualificação da atenção. Propõe a construção de pactos estaduais e municipais com agenda de compromissos, estratégias e ações, assim como cronograma e definições de responsabilidades de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2004b).

Em relação ao controle social, o pacto busca estimular a participação dos Conselhos de Saúde em nível federal, estadual e municipal para definição de conteúdos e estruturação do pacto e acompanhamento das ações (BRASIL, 2004b).

O Pacto propõe o direito ao acompanhante no processo de parto e o alojamento conjunto, se esta for a escolha da usuária; garante o acolhimento da gestante nos serviços de parto no qual ela deverá ser assistida ou encaminhada para unidade que atenda suas necessidades; garante à gestante a assistência de uma equipe multiprofissional e o direito de saber quem faz parte dessa equipe (BRASIL, 2004b).

Nas situações de abortamento previsto em lei, o Pacto busca garantir uma atenção mais humanizada assegurando também essa atenção às mulheres com aborto inseguro. Assegura também a saúde da mulher trabalhadora, inclusive no direito de amamentar; das mulheres negras e índias assim como dos recém-nascidos negros e índios (BRASIL, 2004b).



Além de redirecionar recursos para projetos visando o fortalecimento das ações, o Pacto propõe a expansão da atenção básica visando oferecer cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância à saúde da mulher, da criança e do acompanhante durante o trabalho de parto, bem como a qualificação da assistência ao parto domiciliar, articulando-o à atenção básica de saúde. Propõe a expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal que permitam o acesso à avaliação, especialmente em relação à sorologia (BRASIL, 2004b).

Nas ações de concepção e contracepção, o Pacto sugere o estabelecimento de protocolos de atendimento e garantia de oferta de métodos anticoncepcionais, dando atenção também à adolescente e à mulher no climatério.

Além da vigilância ao óbito materno e infantil, o Pacto visa a redução da transmissão vertical do HIV/AIDS e Sífilis congênita, por meio de medidas de diagnóstico precoce e tratamento das gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2004b).

O pacto propõe a organização do acesso, inclusive garantindo a continuidade do cuidado e a adequação da oferta de serviços, por meio da regionalização e da ampliação da assistência. Propõe a reorganização e a qualificação dos Sistemas de Urgência e Emergência com atenção especial a urgências pediátricas e obstétricas sendo estas incluídas no SAMU – 192 (BRASIL, 2004b).

Propõe também investimentos e ampliação da rede hospitalar, incluindo a qualificação da atenção ao parto e nascimento nos contratos de gestão hospitalar, adequando os hospitais de pequeno porte, apoiando a criação de Centros de parto normal (CPNs). O Pacto propõe a inclusão, nos novos contratos de gestão hospitalar, da política nacional de humanização (BRASIL, 2004b).

Outras ações propostas pelo Pacto são a priorização dos processos orçamentários de unidades hospitalares, inclusive as de referência na atenção à gravidez de risco e que disponham de UTI neonatal; a requalificação dos Hospitais Amigos da Criança; a reavaliação das redes hospitalares de referência para gravidez de risco; o desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém-nascidos de risco; o fortalecimento de projetos e reforço de iniciativas que visam a humanização

no atendimento de gestantes e recém-nascidos de risco; a qualificação e a humanização da atenção ao parto e nascimento; o assessoramento técnico para planejamento local e regional; a capacitação e a educação continuada dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica (BRASIL, 2004b).

Enfim, verifica-se que a articulação com a sociedade civil, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, vem fazendo com que o Pacto, com suas estratégias, responsabilidades e metas bem definidas, avance, cada vez mais, em seus objetivos (BRASIL, 2009).

Em 2005, foi instalada a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto, com o objetivo de avaliar sua implementação; propor estratégias, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos; acompanhar as ações dos gestores e a divulgação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2009).

Em 2007, foi feito um balanço de três anos do Pacto, mostrando as principais iniciativas tomadas pelo Brasil para alcançar as metas estabelecidas em 2004.

De forma sucinta, pode-se citar a regulamentação da Lei 11108/2005, garantindo a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS. O acompanhante tende a deixar as gestantes mais tranquilas e seguras, além de contribuir para a redução do tempo do trabalho de parto e, também, reduzir o número de cesáreas (BRASIL, 2007).

Novos municípios aderiram ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) lançado em 2000, com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

Foram instalados novos Comitês de mortalidade que tinham como objetivo identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores determinantes, além de propor medidas de prevenção de novas mortes. Esses Comitês vêm contribuindo de forma significativa nas informações de óbito materno, o que permite uma avaliação dos resultados da assistência prestada às gestantes (BRASIL, 2007).

Foi lançada, pelo MS, a Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos garantindo aos homens e mulheres, adultos e adolescentes, os direitos à saúde sexual e à saúde reprodutiva, dando ênfase ao planejamento familiar (BRASIL, 2005).

O MS, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, publicou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, revisando as normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica (BRASIL, 2010).

Para prevenção de óbito infantil, foram lançados vários programas e tomadas várias providências, entre elas a Lei 11265/2006) regulamentando a comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância; a certificação de novos hospitais na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); foram incrementadas a utilização de testes rápidos para HIV em maternidades e AZT injetável na hora do parto, além da realização do teste de sífilis para todas as parturientes do SUS.

Outro fato marcante foi a incorporação do Pacto no Plano Nacional de Política para as Mulheres, em julho de 2004, o que priorizou a atenção obstétrica e neonatal qualificada (BRASIL, 2007).

Vale comentar que a ONU considerou a pactuação entre gestores e sociedade civil um modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio.

De acordo com o MS, importantes instrumentos que monitoram e avaliam as políticas de saúde são os Comitês de Mortalidade Materna instalados em mais de 2.470 municípios e nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2009).

### **5.3 Outros avanços ocorridos na saúde da mulher entre 2004 a 2008**

No período de 2004 a 2006, o MS investiu na prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis no público feminino, incluindo índias, adolescentes, trabalhadoras e moradoras de áreas rurais, detentas, lésbicas, transsexuais, entre outras especificidades (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, merece destaque o Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Lançado em 2007, esse Plano trouxe orientações para a implantação e a implementação de ações no âmbito federal, e para sua implementação em todos os estados e municípios do país recebe incentivo de entidades como o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM). Por intermédio desse Plano, as mulheres de todas as regiões do país estão sendo contempladas com várias ações intersetoriais, desenvolvidas para agir na prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs e AIDS (BRASIL, 2009).

Também, com a intenção de diminuir a incidência de infecção pela AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis e de diminuir os índices de evasão escolar provocados pela gravidez na adolescência, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com UNESCO e UNICEF, lançaram o projeto de Saúde e Prevenção nas escolas, cujas ações estão voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2006). Fazem parte das ações do projeto a distribuição gratuita de preservativos para as escolas participantes; a inclusão, nos planos pedagógicos, de debates a respeito da sexualidade; a formação de jovens e de profissionais da área de saúde em temas relacionados à promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes (BRASIL, 2006).

No ano de 2007, a Política Nacional de Planejamento Familiar veio fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos incluindo, na Política Nacional de Cirurgias Eletivas, a prática de vasectomia e a venda de anticoncepcionais a preços até 90% mais baixos em farmácias e drogarias

credenciadas no Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2009). Nesse caso, o avanço em relação à saúde reprodutiva da mulher deu um salto, possibilitando às mulheres de todas as classes sociais o direito de querer ou não ser mãe e o acesso aos meios para evitar uma gravidez indesejada.

Na perspectiva dessa política nacional, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres ampliou o acesso à laqueadura na rede pública. Dados do MS apontam que, em 2002, havia apenas 262 instituições habilitadas pelo SUS para realizar a laqueadura tubária; em 2006, esse número deu um salto significativo: passou para 1.500 o número de hospitais credenciados para realizar o procedimento (BRASIL, 2009).

Ainda em 2007, foi lançado o Pacto nacional para enfrentamento da violência contra as mulheres. Trata-se de assistência dada à mulher nos quesitos psicológicos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, anticoncepção de emergência e interrupção da gravidez em situações de estupro. Tais recursos, oferecidos em função do Pacto, são conveniados com estados e municípios com o objetivo de consolidar a Lei Maria da Penha, estruturar a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência; combater a exploração sexual e o tráfico de mulheres; garantir os direitos humanos para mulheres que cumprem pena; promover os direitos sexuais e reprodutivos; e enfrentar a problemática das DST/AIDS (BRASIL, 2009).

Enfim, todas as ações propostas e expostas neste trabalho mostram que os avanços aconteceram e vêm acontecendo e, principalmente em relação a saúde reprodutiva, o foco mudou; a mulher, de mera reprodutora, passa a ser considerada em sua totalidade e sua saúde não se restringe à atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Assim, considera-se o PAIMS um dos principais responsáveis por essas mudanças pois buscava analisar a complexidade das questões relacionadas à saúde das mulheres orientando a integralidade da política visando garantir os direitos das mulheres enquanto cidadãs, na luta pela saúde (BRASIL, 1984).

Além disso, o INAMPS, por meio da Portaria 3.360/86, diz ser o PAISM referência no que se refere a atenção às mulheres, na medida em que reflete a conjuntura do

trabalho articulado dessa instituição com o MS por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) (COSTA, 2009).

Vale comentar que, em 2009, foram comemorados os 25 anos de PAISM, período em que foram lançadas várias ações voltadas ao público feminino, dando ênfase às políticas de direitos sexuais e reprodutivos. Várias áreas foram beneficiadas com essas mudanças; entre elas, a atenção dada à gestante e a garantia dos serviços de quimioterapia e radioterapia em pacientes portadoras de câncer. Esse foi um avanço significativo, pois dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006) mostram que as mulheres, além de vistas em sua integralidade, têm acesso a médicos e medicamentos na rede pública, como nunca haviam tido antes (BRASIL, 2008).

Para se ter uma ideia, o pré-natal, que é um atendimento especializado para consultas e exames disponibilizado às gestantes para avaliação de sua saúde e da saúde dos bebês, de acordo com dados do MS, nesses últimos 25 anos, houve um aumento significativo no percentual de mulheres que a ele tiveram acesso, estimando-se um aumento da cobertura no pré-natal em 20%, incluindo um número maior de consultas e exames (BRASIL, 2009).

Quanto ao aleitamento materno, o MS, preconiza que deve ser exclusivo até os seis meses de vida, podendo continuar até dois anos ou mais. Dados da PNDS mostraram que, em nosso país, 43% das crianças recebem a amamentação logo na primeira hora de vida, 99% recebem no primeiro dia e 40% são amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade (BRASIL, 2008).

Em relação à prevenção ao câncer ginecológico, o MS afirma que as principais causas de morte entre as mulheres são os cânceres de mama e de colo uterino. A prevenção do primeiro é feita pelo exame de mamografia e, a do segundo, pela coleta de material para exame preventivo. Tais exames devem ser feitos por todas as mulheres, mesmo não tendo sintomas (BRASIL, 2009).

Dados da PNDS 2006 confirmam que, no ano de 1986, o percentual de gestantes que nunca tiveram acesso a uma consulta com um médico era de 26% e, em 2006,

esse percentual baixou para 1,3%. Essa mesma pesquisa mostra que 61% das mulheres grávidas haviam passado, pelo menos, em sete ou mais consultas de avaliação, incluindo-se aí os exames necessários (BRASIL, 2009).

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos dizem respeito à liberdade do casal para decidir com responsabilidade o número, a oportunidade e o espaço entre um filho e outro, sem sofrer discriminação, coerção ou qualquer tipo de violência. Soma-se, a isso, o direito às informações e aos meios para o fazer. Esse direito está relacionado, também, ao gozo de um padrão elevado de saúde sexual e reprodutiva, bem como, orientação sexual, prevenção de gestação não planejada e das DST/AIDS.

Assim, o MS, além de dar liberdade à mulher em relação às decisões e escolhas, ampliou o leque de ofertas de métodos contraceptivos disponíveis e gratuitos. Tais métodos, além de contraceptivos masculinos e femininos, incluem a vasectomia, procedimento específico para o homem, confirmando assim, que planejamento familiar vem cada dia mais sendo compartilhado pelo casal (BRASIL, 2009).

Tal fato evidencia que as políticas brasileiras estão envolvendo, cada vez mais, o homem na participação e na responsabilidade do planejamento familiar. É, sem dúvida, uma revolução na implementação dos direitos sexuais e reprodutivos pelo governo brasileiro.

As consequências positivas dessa revolução refletiram significativamente na expansão da oferta de atendimento obstétrico e parto pelo SUS. Dados do MS confirmam que, em 2006, 76% das gestantes fizeram seu parto na rede pública. Nesse mesmo ano, no meio rural, o número de partos em domicílio de 19,8%, foi reduzido para 3,5%. Quanto à assistência do médico no processo do parto, de 77,6% aumentou para 88,7% em todo o país. Em 1996, a presença do médico, no meio rural era de 57,7%, e em 2006, aumentou para 82,6% (BRASIL, 2008).

Verifica-se que existe, no Brasil, uma gama de documentos legais que tratam do direito à saúde e à proteção à maternidade e à infância. Para se garantir a melhoria na atenção à saúde da mulher e da criança, destacam-se a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante a presença do acompanhante durante o parto; a Portaria

Nº. 2.816 de 29/05/98 que instituiu limites máximos de cesáreas para o pagamento pelo SUS e a Portaria nº 985 de 05/08/99 que dispõe sobre a criação e a regulamentação dos Centros de Parto Normal (OMS; BRASIL, 2006). Tais decisões visam diminuir as estatísticas da cultura de cesáreas devido às práticas profissionais pautadas nas concepções tecnológicas de saúde.

O Estado vem propondo ações de políticas estratégicas visando melhorar a saúde materna e neonatal; entre elas, pode-se citar a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a situação da mortalidade materna no Brasil, cujo relatório foi publicado em agosto de 2001 e a avaliação das condições de funcionamento dos Comitês de Morte Materna, por meio da implementação da Auditoria do Tribunal de Contas da União em 2002 (OMS; BRASIL, 2006).

Além desses esforços, vale citar também o apoio do Estado às campanhas relacionadas a comemorações do Dia Nacional contra a Mortalidade Materna; a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária, lançada em maio de 2006, além do apoio ao desenvolvimento de pesquisas a fim de se conhecer a magnitude dos problemas (OMS; BRASIL, 2006).

Em relação à assistência prestada à mulher em situação de parturição, é interessante comentar sobre a importância da participação do profissional de Enfermagem nesse processo. Barros e Silva (2004) apontam a atuação da enfermagem na assistência ao parto como uma possibilidade de redução da morbimortalidade materna e perinatal. Para esses autores, a assistência da enfermagem no trabalho de parto poderá contribuir na redução das ações intervencionistas, como a cesariana, por exemplo, que muitas vezes são realizadas sem necessidade. Poderá também, enquanto ser ativo, conduzir o trabalho de parto por meio de uma assistência mais humanizada.

No entanto, o MS (BRASIL, 2001 *apud* BARROS; SILVA, 2004) aponta que é muito tímido o número de enfermeiros-obstetras atuando no país, e o número de partos realizados por esses profissionais no SUS representa 0,9%, embora o número real de partos seja bem mais elevado. Mas é fato que, com respaldo legal, o enfermeiro tem uma gama de possibilidades de atuação no processo de parto.



De acordo com o Plano de Ação para a Redução da Mortalidade Materna, de 1995, a formação de enfermeiras- obstetras está entre as prioridades do MS. No entanto, apesar das prerrogativas legais, verifica-se que a realização do parto normal por um enfermeiro- obstetra esbarra na institucionalização da função médica, que determina ser o médico o profissional a assistir o parto (MERIGHI; MERIGHI, 2003).

Além disso, o campo de formação da enfermagem obstétrica ainda é muito tímido, devido à ausência de uma política nacional de recursos humanos que possibilite a capacitação e a atuação de enfermeiros-obstetras. As especializações existentes vem sendo alvo de críticas sob o argumento de que o tempo de formação é pouco para habilitar o aluno para a prática de atenção ao parto (MERIGHI; MERIGHI, 2003).

A fim de incentivar o parto normal humanizado, o MS, por meio da Portaria Nº 163/98, começa a remunerar no SIH/SUS a assistência ao parto realizado por enfermeiro- obstetra limitando esses valores em parto cesariano, que quando realizados fora de condições específicas, pode ser fator de mortalidade materna (BARROS; SILVA, 2004).

Barros e Silva (2004) apontam que as perspectivas de trabalho para o profissional de enfermagem na assistência à mulher durante o ciclo gravídico- puerperal aumentaram a partir da Resolução do MS/Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – 223/99, onde passou a ser competência do enfermeiro: realizar o parto normal sem distócia; assistir e acompanhar a gestante no processo de parto, atuar na execução e assistência obstétrica em situação de emergência; prestar assistência à parturiente e ao parto normal; identificar as distócias obstétricas e tomar as providências necessárias até o médico chegar, podendo fazer intervenções de acordo com sua capacitação técnico-científica visando a segurança de mãe e filho; realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia, quando couber; emitir Laudo de Enfermagem para Autorizar Internação Hospitalar, de acordo com o Anexo da Portaria SAS/MS – 163/98; acompanhar e assistir a cliente da internação até a alta.

Merighi e Merighi (2003) apontam que, ao se estimular a formação de enfermeiras-obstetras assim como sua atuação na assistência ao parto, incentiva-se a humanização da assistência ao parto, provoca-se a redução dos índices de cesáreas no Brasil, e, conseqüentemente a diminuição do número de morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, resgata-se o parto enquanto acontecimento fisiológico e humanizado.

Em 1999, o MS propôs a criação de CPNs coordenados por um enfermeiro-obstetra, para prestar atendimento a partos de baixo risco, fora das instituições de saúde, mas com todos os cuidados às puérperas e recém-nascidos (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Essa iniciativa tinha como objetivo estender o diálogo com os profissionais de saúde em relação à violência institucional, que até hoje existe nas maternidades públicas em nosso país. Além disso, alerta os profissionais sobre as práticas abusivas e sem respaldo científico aplicadas na mulher, sem ao menos, levar em consideração sua integridade física e emocional (MOURA *et al.*, 2007).

Por isso, Moura *et al.* (2007) apontam que a grande conquista do MS foi, sem dúvida, o incentivo ao parto normal com a conseqüente redução do número de cesarianas. Tais medidas visam o bem-estar e a redução de riscos tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido, além de oferecer conforto ao acompanhante.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Faz-se necessário ressaltar a importância de se conhecer a história da saúde da mulher no Brasil para que possamos compreender e valorizar as Políticas Públicas da Saúde da Mulher em nosso país.

O acesso à literatura sobre o tema permitiu-nos verificar que, no Brasil, a preocupação com a saúde da mulher por parte do governo surgiu a partir da década de 1970 quando aconteciam vários movimentos sociais, entre eles o movimento feminista. Nesse contexto, cresceu o interesse pela saúde da mulher nos meios acadêmicos e nos movimentos sociais.

Nessa época, as mulheres que estavam à frente dos movimentos feministas juntamente com profissionais da saúde fizeram parceria com o MS com o objetivo de elaborar propostas visando um atendimento à mulher, enquanto cidadã detentora de direitos. No bojo dessas reivindicações, o Estado lança o PAISM que passa a redirecionar todas as políticas e ações propostas pelo MS.

Vários foram os benefícios e os avanços ao longo das últimas décadas, seja com relação à saúde reprodutiva, envolvendo a mulher e o homem, seja no que diz respeito à atenção ao parto e nascimento, tendo como referência uma atenção integral e humanizada à mulher. Ressalta-se que todas as políticas e ações delas decorrentes, foram propostas no sentido de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

Fica explicitado o quanto as políticas avançaram nas proposições de atenção à mulher no País. Ao mesmo tempo identificaram-se incoerências entre o que é preconizado e o que se faz na prática; desigualdades na oferta de serviços dependendo da região do País, por falta de recursos, por desinteresse político ou outro determinante. Ainda há uma grande parcela de mulheres não beneficiadas pelas políticas Públicas de Saúde, o que é confirmado pelos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal persistentes.

Sendo assim, constata-se que ainda há muito por fazer, devendo as mulheres e a sociedade em geral estarem atentas, cobrando do governo mas também estabelecendo parcerias para o alcance dos avanços que ainda se fazem necessários.

## REFERÊNCIAS

BARROS, L. M.; SILVA, R. M. Atuação da Enfermeira na assistência a mulher no processo de parturição. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 376-382, jul./set. 2004.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. A. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de demografia e saúde da mulher e da criança - PNDS 2006**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 *apud* BARROS, L. M.; SILVA, R. M. Atuação da Enfermeira na assistência a mulher no processo de parturição. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 376-382, jul./set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: balanço de três anos do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. 19. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher - PAISM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano nacional de políticas para as mulheres**: relatório final de implementação: 2005 - 2007. Brasília: SPM, 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. **Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 1073-1083, jul./ago. 2009.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005.

DÍAZ, M.; DÍAZ, J. Qualidade da atenção em saúde mental e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilema e desafios. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 209-33 *apud* MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; NETO ESTRELLA, R. C. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, set. 2006.

FREITAS, G. L. *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 165-79.

GUARESCHI, N. *et al.* O aborto e as políticas de atenção integral à saúde da mulher. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 2, n. 1, p. 18-23, mar./ago. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 mar. 2011.

MERIGHI, C.; MERIGHI, M. A. B. A atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1 p. 2-8, jan./jul. 2003.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; NETO ESTRELLA, R. C. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, set. 2006.

MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Utilizando os direitos humanos para a saúde materna e neonatal: um instrumento para o fortalecimento de leis, políticas e normas de atenção à saúde: - testagem para validação de instrumento de pesquisa no Brasil. In: SEMINÁRIO UTILIZANDO OS DIREITOS HUMANOS PARA A SAÚDE MATERNA E NEONATAL: um instrumento para fortalecimento de leis, políticas e normas de cuidado, 2006, Brasília. **Relatório final....** Brasília: OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MARQUES, E. R. **Aborto provocado**: opção ou desinformação?. 2007. 78. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2003.

PINOTTI, J. A. *et al.* **Atendimento integral à saúde da mulher**. Trabalho apresentado na reunião sobre a Saúde da Mulher na Aliança para a Saúde das Mulheres da OMS/FIGO realizada no Banco Mundial, Washington, DC, outubro, 1998. Disponível: <<http://www.saudeprev.com/perola.php>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

RAMOS, F. I. S. **Análise histórica das políticas de planejamento familiar no Brasil**. 2008. 121f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, M. C. M. D. **Women's police stations**: gender, violence, and justice in São Paulo, Brazil. New York: Palgrave MacMillan, 2005.