



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA A DISTÂNCIA**

KARLA JULIANA LEITE DA SILVA

**PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORMATIVAS DA PROTEÇÃO INTEGRAL ÀS
GESTANTES**

João Pessoa – PB

2016

KARLA JULIANA LEITE DA SILVA

**PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORMATIVAS DA PROTEÇÃO INTEGRAL ÀS
GESTANTES**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública, semestre 2015.1.

Orientador (a): Prof. Dr. Antônio Germano Ramalho.

João Pessoa – PB

2016

S586p Silva, Karla Juliana Leite da
Princípios e diretrizes normativas da proteção integral às
gestantes [manuscrito] / Karla Juliana Leite da Silva. - 2015.
51 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EAD) - Universidade Estadual da
Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à
Distância, 2015.

"Orientação: Prof. Dr. Antônio Germano Ramalho,
PROEAD".

1. Gestante. 2. Proteção em saúde. 3. Políticas de saúde. I.
Título.

21. ed. CDD 610.736 78

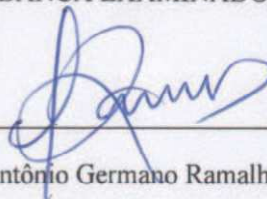
KARLA JULIANA LEITE DA SILVA

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES NORMATIVAS DA PROTEÇÃO INTEGRAL ÀS GESTANTES

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, semestre 2015.1.

Aprovada em: 06/07/2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Antônio Germano Ramalho (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Mestra Ana Caroline Gondim de A. Oliveira
Faculdade de Ciências Sociais Aplicada (FACISA)



Profª. Mestra Maria do Socorro da Silva Menezes
Faculdade de Ensino Superior da Paraíba (FESP)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor da minha fé, ao meu pai José, minha mãe Dicineide e ao meu esposo Alexandre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir chegar até aqui.

A Universidade UEPB, pela oportunidade de fazer o curso.

Ao Prof. Dr. Antônio Germano Ramalho, meu orientador, pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

Ao meu Tutor e amigo André Luiz, pelo apoio e confiança.

Aos meus pais José e Dicineide, pelo amor incondicional.

Ao meu Esposo Alexandre Muniz, por não me deixar desistir, mesmo nas horas de aflições.

A todos, que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.

Artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos do Homem

RESUMO

A importância da proteção integral às gestantes, para o contexto brasileiro, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços. Essa tendência se insere em um contexto mundial e, em alguns países, este tema já se constitui em uma prática institucionalizada e seus resultados contribuem para a formulação de suas políticas e práticas de saúde. Entre os programas ou ações programáticas em saúde, a assistência pré-natal tem ocupado, historicamente, um espaço relevante na atenção à saúde da população. Repensar a atenção à saúde da mulher, mais especificamente no processo gestacional, nos remete aos programas desenvolvidos nos serviços de saúde em nosso país. Nas últimas décadas a atenção à saúde da mulher tem sido alvo de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado em meados dos anos 80, com o intuito de atender a mulher de forma integral, sendo um dos seus objetivos reduzir os riscos referentes ao pré-natal e ao parto. No entanto, embora pautado em diretrizes que propõem a assistência integral à saúde da mulher, ainda se observa, no seu desenvolvimento, a fragmentação das ações direcionadas a este grupo da população. Nos serviços de saúde, durante anos, a assistência à gestante vem sendo oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual. As ações de saúde não propiciam um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação. Desta forma, a gestação é conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade. Esta pesquisa tem, portanto, como objetivo geral analisar os motivos pelos quais as leis que garantem a proteção integral à gestante não são aplicadas em sua totalidade, conforme seus princípios e diretrizes. Além disto, os objetivos específicos visam apresentar os princípios e diretrizes que envolvem a proteção às gestantes; identificar eventuais problemas que levam a parcial concretização dessas leis; verificar a relação entre os programas estabelecidos e suas consolidações. Para isto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental. Concluiu-se que a concepção reducionista de educação em saúde pouco contribui para as necessidades educativas individuais e coletivas, dificultando a tomada de consciência de suas potencialidades pela população.

Palavras-chave: Proteção. Saúde. Gestante.

ABSTRACT

The importance of full protection to pregnant women, for the Brazilian context has been highlighted in several discussions of health policy and practice in services. This trend is part of a global context and, in some countries, this issue already constitutes an institutionalized practice and its results contribute to the formulation of policies and health practices. Among the programs or programmatic actions in health, prenatal care has played historically an important space in the health care of the population. Rethinking attention to women's health, specifically the gestational process, brings us to the programs developed in the health services in our country. In recent decades the attention to women's health has been the subject of programs such as the Integral Assistance Program to Women's Health (PAISM), introduced in the mid-80s, in order to meet the woman in full, being one of its aims to reduce the risks related to prenatal care and childbirth. However, although guided by guidelines that propose comprehensive care to women's health, is still observed in its development, the fragmentation of actions directed to this population group. In health services for years to care for pregnant women has been offered almost exclusively linked to individual medical consultation. Health actions do not provide a welcoming anxieties, complaints and fears associated culturally with pregnancy. Thus, pregnancy is conducted by the interventionist way health professionals, making servicing and fragmented educational activities without the reality of woman pregnant woman is treated as an individual and completeness. This research therefore has as main objective to analyze the reasons why the laws that ensure the full protection of pregnant women are not applied in its entirety, as its principles and guidelines. In addition, the specific objectives aim to present the principles and guidelines involving the protection pregnant women; identify any problems that lead to partial implementation of these laws; verify the relationship between the established programs and their consolidations. For this, we carried out a bibliographical and documentary research. It was concluded that the reductionist conception of health education contributes little to the individual and collective educational needs, making the awareness of its potential for population.

Keywords: Protection. Health. Pregnant.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição Federal
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MS	Ministério de Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Parto
RN	Recém Nascido
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIPAC	Sistema de Procedimento de Alta Complexidade
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	METODOLOGIA	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	18
3.1.1	Breve análise da Situação da Mulher no Brasil	23
3.2	EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	24
3.3	GESTAÇÃO	27
3.4	PROGRAMAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	28
3.5	AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MELHORIA NO ATENDIMENTO	30
3.6	PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEO NATAL ..	33
3.7	REDUÇÃO DO NÚMERO DE CESARIANAS NO BRASIL	37
3.8	FATORES DE FRACASSO NA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO A GESTANTE.....	41
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. (PAISM)

As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. Elas são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAISM). A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. (PAISM) Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

Além disto, a relação de gênero é geralmente transformada em desigualdades que tornam o ser mulher vulnerável à invisibilização e à exclusão social. O sistema de saúde do Brasil sofreu constantes mudanças ao longo do século XX, a Atenção Básica à Saúde passou por vários ciclos, mas apenas em 1960 houve a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase às demandas relativas à gravidez e ao parto, e à criança. (O pré-natal e a Atenção à Saúde da mulher na gestação).

Esse modelo traduzia uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares. Nele, encontram-se exemplos do controle masculino na atitude da mulher. Em geral, durante a consulta médica, a mulher se transforma numa pessoa totalmente passiva, apesar de as informações e condutas serem do seu interesse. Tal situação é consequência da falta de informação, da educação formal, do poder excessivo dos profissionais de saúde e do processo cultural de discriminação e dominação sobre as mulheres (Halbe, 2000).

O atendimento à mulher durante a gestação e o parto expressa claramente as relações sociais e políticas que dizem respeito à interação assimétrica e hierárquica entre desiguais, já que parte do princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica e dá sustentação à relação entre poder e gênero que acontece nas cenas da assistência ao pré-natal (Lauretis, 1994).

Com a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marca-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital (MS, 2001).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera a diversidade dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, houve a elaboração de políticas públicas prioritárias e de manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde. A política de humanização do atendimento culminou com a elaboração do Manual sobre atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (MS, 2001).

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto.

Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família (Oliveira, 2001).

Assim o MS diz que a atenção efetiva e o direito de acesso à saúde, podem contribuir para redução da mortalidade materna e neonatal, já que o diagnóstico precoce e o acompanhamento durante a gestação são de fundamental importância para a manutenção de uma gravidez saudável (BRASIL, 2006a).

Por isso o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com os Estados, municípios e a sociedade civil. Esse processo foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma experiência modelo para outros países em redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006a).

Convém ressaltar, que a melhoria da assistência à saúde da gestante, depende não apenas das ações do Ministério da Saúde (MS), mas também da atenção que cada profissional dedica à sua paciente (BRASIL, 2000).

Refletindo sobre o modelo atual de atenção à saúde da mulher, questiona-se se este proporciona a atenção integral para a promoção da saúde e a implementação de ações de prevenção no âmbito da atenção básica que se estabelece por meio de e seus princípios e diretrizes.

Assim, surgiu o interesse em estudar a assistência prestada à gestante. Portanto, tem-se a convicção de que estudos dessa natureza são relevantes, uma vez que possibilita a identificação de iniciativas de atenção integral no pré-natal, podendo permitir também uma reelaboração do processo de trabalho, da qualidade da assistência oferecida, bem como a construção de uma proposta de intervenção.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os motivos pelos quais as leis que garantem a proteção integral à gestante não são aplicadas em sua totalidade, conforme seus princípios e diretrizes. Além disto, os objetivos específicos visam apresentar os princípios e diretrizes que envolvem a proteção as gestantes; identificar eventuais problemas que levam a parcial concretização dessas leis; verificar a relação entre os programas estabelecidos e suas consolidações.

Embora existam programas, diretrizes e leis que abrangem o universo da gestante, boa parte desse público ainda se encontra inalcançado, para entendermos melhor sobre esta problemática, abordaremos temas como a Saúde da Mulher, os Programas que as assistem, Ações do Ministério de Saúde, Pontos positivos e negativos de cada Programa, como também Princípios e Diretrizes que abrangem a saúde da mulher desde a gestação até o puerpério.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é de caráter exploratório e teve como objetivo definir os motivos pelos quais as leis e direitos que garantem à proteção integral as gestantes não são totalmente concretizadas. Identificar estes problemas e verificar a relação com o público-alvo.

Por se tratar da averiguação quanto à materialização parcial de determinadas leis foi escolhida a análise qualitativa. Quanto à natureza da pesquisa, foi classificada como pesquisa básica, tendo como intuito entender o universo da gestante e as leis que as protegem.

Escolhendo como procedimentos técnicos a pesquisa bibliográfica, deixando acessível à linha de pesquisa a partir do conteúdo exposto.

A presente pesquisa é qualitativa e exploratória, com levantamento bibliográfico e de referências.

De acordo com Neves (2006) a Pesquisa qualitativa, em sentido amplo, pode ser definida como uma metodologia que produz dado a partir de observações extraídas diretamente do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o pesquisador procura estabelecer uma interação direta para compreender os fenômenos estudados.

Ponte (2006) considera que a pesquisa qualitativa, geralmente, parte de questões mais amplas, que só vão tomando uma forma mais definida à medida que se desenvolve o trabalho.

A coleta dos dados da pesquisa se deu através de da pesquisa bibliográfica em literatura especializada e em meio eletrônico e por meio de pesquisa documental. Optou-se pela revisão sistemática por considerar que essa metodologia permite um olhar crítico e panorâmico de uma grande variedade de estudos sobre a problemática escolhida. Álvaro Atallah; Aldemar Castro (1998), estudiosos da metodologia em questão, justificam a revisão sistemática nos seguintes casos:

As razões para realização das revisões sistemáticas da literatura são várias:
 a) sintetizar as informações sobre determinado tópico; b) integrar informações de forma crítica para auxiliar as decisões; c) ser um método científico reprodutível; d) determinar a generalização dos achados científicos; e) permitir avaliar as diferenças entre os estudos sobre o mesmo tópico; f) explicar as diferenças e contradições encontradas entre os estudos individuais; g) aumentar o poder estatístico para detectar possíveis diferenças entre os grupos com tratamentos diferentes; h) aumentar a precisão da estimativa dos dados, reduzindo o intervalo de confiança; i) refletir melhor a realidade (Mulrow, 1994; Chaalmers, 1996; Naylor, 1997 apud Atallah; Castro, 1998, p. 12).

Consiste nas seguintes etapas: levantamento do problema e formulação da questão; pesquisa da literatura correspondente; avaliação e interpretação dos trabalhos coletados

mediante critérios bem definidos; utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e/ou de elaboração científica.

O material coletado não esgota os referenciais para novos estudos sobre o tema. Para realizarmos a difícil tarefa, que é a análise do material coletado, levamos em consideração a técnica da análise documental.

Depois da obtenção de um conjunto de categorias, passamos ao aprofundamento do conhecimento a respeito. Descobrimos novos ângulos e verificamos a ligação com outros itens, estabelecendo relações e associações, combinando-os, separando-os ou reorganizando-os. Finalizamos com a ampliação do campo de informação, identificando os elementos emergentes que precisam ser mais aprofundados para enfatizar o alvo deste estudo, que é descrever o pré-natal como processo educativo e de promoção da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania.

Esses determinantes históricos sociais vêm se refletindo ao longo dos tempos, segundo Brasil (2001), na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos.

Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (LAURELL, 1982).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO,

1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989).

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas.

As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995).

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Todo estudo de gênero da mortalidade implica necessariamente na análise dos diferenciais entre os sexos por causas específicas, podendo ajudar a compreender os determinantes do padrão desta mortalidade e a antecipar algumas tendências futuras, especialmente tendo-se em conta as profundas mudanças no papel social da mulher (Aquino et al., 1991).

Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

No entanto, a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 1960.

Contudo, em 1983 foi criado o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como objetivo implantar para benefício da população medidas sócio educativas, preventivas, de promoção, diagnósticos, tratamentos e recuperações no âmbito da psicologia,

pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero. Embora este programa parecesse completo após o Movimento da Reforma Sanitária, (Movimento que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população) Acessado em :<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> (15/07/2105), por suas propostas de descentralização, hierarquização e que se caracterizou regionalização, integralidade e equidade, o PAISM sofreu grandes influências.

O PAISM enquanto política de saúde surge como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina. Representou a primeira iniciativa do Ministério da Saúde de incluir o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher (MATTOS, 2001).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994).

Nessa definição, toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos.

Conforme a Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do estado. Conhecer os direitos que asseguram o ciclo de toda a vida é indispensável. Por isso, destacar, informar e expor legislação e normas que envolvam a saúde da população é necessário.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

A partir da Constituição Federal de 1988, a prestação do serviço público de saúde não estaria mais restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. Todos os brasileiros, independentemente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares do direito à saúde (BARROSO, 2009).

Em verdade, até a promulgação da Constituição Cidadã de 1988 “nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social” (DALLARI, 1995, p. 23), somente vindo a ser positivada no Brasil após 40 anos da Declaração Universal dos Direitos do Homem (SOUZA, 2010).

Diante dessa situação, ressalta-se a consagração do direito à saúde no art. 6º da Carta Política, *verba legis*:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (texto digital).

Complementarmente, o constituinte de 1988 possibilitou mais uma admirável evolução ao direito constitucional brasileiro ao prever o art. 196 da Magna Carta, vez que consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado, instituindo, ainda, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SCHWARTZ, 2001).

Em sequência, previu-se no art. 197 ser a saúde um serviço de relevância pública, vez que indispensável para a manutenção da vida, e no art. 198, inciso II, estipulou-se que as ações e serviços públicos referentes à saúde deveriam ter atendimento integral, priorizando-se as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (ACHOCHE, 2008).

Já no tocante aos recursos que devem ser destinados para a viabilização do direito à saúde no país, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, “acrescentando o § 2º ao art. 198, estabeleceu a obrigatoriedade da aplicação, anualmente, de recursos mínimos pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, em ações e serviços públicos de saúde” (BONTEMPO, 2005, p. 77).

Com efeito, Ladeira (2009, p. 110) esclarece que o “[...] direito à saúde configura-se como direito social prestacional que objetiva assegurar à pessoa humana condições de bem-estar e de desenvolvimento mental e social livre de doenças físicas e psíquicas”.

Nesse entendimento, Paranhos (2007) leciona que:

Extrai-se do art. 1º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Logo, não há como recusar que um dos requisitos

para a existência dessa dignidade de que trata a Constituição Federal, é a saúde pública (PARANHOS, 2007, p. 155).

Logo, a valorização do direito à saúde se deve ao fato desse ser essencialmente um direito fundamental da pessoa humana, considerando-se que a saúde é “[...] um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 52). Pois, “[...] a saúde é componente da vida, estando umbilicalmente ligada à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, pode-se dizer que o direito à vida e à saúde são consequências da dignidade humana” (SOUZA, 2010, p.15). Ademais, deve-se ter claro que “[...] o direito à saúde é direito à vida, pois a inexistência de um leva, inevitavelmente, ao fim da outra” (PARANHOS, 2007, p. 156).

No entender de Bulos (2003, p. 1291) a “[...] saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e espiritual do homem e, não apenas, a ausência de afecções e doenças”, razão pela qual se compreende a especial ênfase estabelecida a essa na Constituição de 1988.

Desse modo, entende-se que o direito à saúde pode ser dotado de dupla função:

Tanto como um direito de defesa (proteção do Estado à integridade corporal das pessoas contra agressões de terceiros, por exemplo), quanto como um direito positivo (impondo ao Estado a realização de políticas públicas buscando sua efetivação, tais como atendimento médico e hospitalar, por exemplo), e ambas as dimensões demandam o emprego de recursos públicos para a sua garantia” (OHLAND, 2010, p. 31).

Não obstante, Nascimento (1997) defende que, diante da relevância dada à preservação da vida em nossa atual Constituição, o direito à saúde estaria amparado pelo disposto no art. 60, § 4º, IV, da Carta Política de 1988, atribuindo-lhe caráter de cláusula pétrea:

No exame sistêmico do texto constitucional, incompreensível seria garantir-se como cláusulas pétreas, a vida e a integridade física do homem e não se garantir com a mesma eficácia de cláusula intocável por emendas constitucionais, visto que a saúde, destutelada, pode levar inclusive à morte. A proteção estatal da saúde decorre dos princípios adotados pela Carta, e, como resultado, é limitação material implícita a obstar sua abolição, ou redução, por emenda constitucional (NASCIMENTO, 1996, p. 89).

Nesse ínterim, o reconhecimento normativo, doutrinário e jurisprudencial do direito à saúde demonstra o seu caráter de direito fundamental da pessoa humana, tornando-se necessária a sua “[...] aplicabilidade imediata e eficácia plena, caráter este reconhecido pelo

órgão máximo do Poder Judiciário Brasileiro – o Supremo Tribunal Federal (STF) -, a quem cabe à guarda precípua da Constituição” (SCHWARTZ, 2001, p. 63).

Para o Ministro Celso de Mello, o direito social à saúde se caracteriza como direito subjetivo inalienável, tornando-se indispensável para a vida humana:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, “caput”, e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que as razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana. Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Constitui bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integralidade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar (Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 393175-0/RS, Segunda Turma, Supremo Tribunal Federal, Relator Ministro Celso de Mello. Julgado em 12/12/2006).

Destarte, denota-se que “[...] a saúde foi tratada como um direito social fundamental de todo e qualquer ser humano. Mas, como ensina Norberto Bobbio em sua obra *A Era dos Direitos*, o momento histórico é de discutir as declarações dos direitos, mas sim sua efetivação” (BRANCO, 2007).

De fato, “[...] a efetivação do direito à saúde encontra diversos obstáculos, quais sejam, de ausência de recursos, bem como de ausência de políticas públicas ou de descumprimento das existentes” (SOUZA, 2010, p. 24). Todavia, conforme o autor, considerando a essencialidade e garantia constitucional da saúde, a população necessita exigir as prestações necessárias a sua concretização, por se tratar de um direito auto-aplicável e de eficácia imediata.

Atender a integralidade a saúde da mulher em todas as fases de sua vida é necessário, por este motivo é primordial a construção de novos programas, ações sociais, acesso a informações, criação de novas leis no intuito de atender a mulher em todas as áreas compreendendo seu universo em evidência a fase de gestar, sendo esta única a cada mulher, tendo como alvo incluir um novo ser na sociedade.

3.1.1 Breve análise da Situação da Saúde da Mulher no Brasil

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o País, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresente diferenças importantes de uma região a outra do País. Essas diferenças não serão abordadas em profundidade neste documento, porém salienta-se que, no processo de implantação e implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, elas devem ser consideradas, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e portanto com melhores resultados.

As estatísticas sobre mortalidade são bastante utilizadas para a análise das condições de saúde das populações. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência. Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina.

Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, quais seja a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2000).

Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária.

No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis. (BRITO KKG, MOURA JRP, SOUSA MJ ET AL).

3.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (Políticas de Atenção à Saúde da Mulher).

Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais.

Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. (COSTA, 1999)

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991).

As mulheres mais esclarecidas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina.

Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

Contudo, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher.

Algumas mulheres reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8.142/90, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de

reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher integrada ao sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 1990, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

O Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “[...] amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população.

Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003d).

No âmbito da administração pública, observou-se também, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de Estado.

3.3 PROGRAMAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A gravidez, também denominada como gestação, é uma fase na vida da mulher em que acontecem profundas transformações, que muitas vezes exigem adaptações na sua dinâmica e nas relações com o mundo externo (CARVALHO, 2002).

Brasil (2000a) afirma que essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo.

Carvalho (2002) ressalta que a mulher deve adaptar-se aos eventos da gravidez, sendo que eventos nocivos ocorrendo nesse período podem ter repercussões complexas com consequências tanto para a mãe, como para o filho.

A gestação traz inúmeras implicações à vida de uma mulher, transformações corporais, em termos de metabolismo e hormônios, provocam alterações no comportamento da gestante, exigindo reestruturação e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos. Entre essas alterações encontram-se a mudança de identidade e reestruturação dos papéis desempenhados até então, levando a gestante a rever sua identidade como filha e suas capacidades para exercer a maternidade, trazendo à tona suas experiências, tanto positivas quanto conflituosas, relativas a própria mãe. Há a necessidade da criação de um espaço psicológico para o novo ser, juntamente com as adaptações e restrições implicadas pela situação de ter um filho, há em síntese a necessidade de um investimento, o que depende energia. O companheiro, quando presente, juntamente com as pessoas que convivem com a gestante, também passam por transformações advindas da gestação, como a mudança de identidade e a criação de um espaço psicológico para o bebê, além de lidar com os conflitos e oscilações próprias e da gestante. Porém quanto mais oportunidades as gestantes e familiares tiverem de esclarecer suas dúvidas, falar sobre sua experiência e sentimentos, maior a possibilidade de uma adaptação saudável a essa importante etapa de sua vida (DUARTE; LOPES, 2008).

A assistência prestada à mulher durante a gravidez foi por muitos anos, realizada com enfoque que buscava melhorar principalmente os indicadores da saúde infantil (SERRUYA, 2003).

A chamada assistência materno-infantil era representada apenas por consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto (SERRUYA, 2003).

No final da década de 1970, foi reivindicada a ampliação da assistência à mulher a partir de um movimento maior, articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de um sistema único de saúde, público (SERRUYA, 2003).

O movimento sanitário exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituinte, em 1988, o direito à saúde

estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (SERRUYA, 2003).

Foi neste momento, de intenso debate, que o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984).

A incorporação das atividades relacionadas à contracepção era, então, o ponto de maior discussão, os movimentos de mulheres postulavam direito à escolha autônoma e individual no número de filhos, não aceitando determinações que atendessem a qualquer política econômica ou demográfica (SERRUYA, 2003).

O Programa também deveria prever ações relacionadas à esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Duas questões deveriam ser transversais nestas ações: a da compreensão dos diferentes aspectos psicológicos e sociais relacionados a cada problema e a introdução de práticas educativas (BRASIL, 1984).

As bases filosóficas do Programa introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos, os serviços deveriam ser capacitados para incorporar estas questões e estabelecer novas práticas (BRASIL, 1984).

O programa também apontava para questões que ainda permanecem atuais como descentralização, hierarquização e regionalização da assistência, compreendendo que estes são fundamentos estruturais da atenção e indispensáveis na sua organização (BRASIL, 1984).

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos de cidadania. Além disso, um grande percentual de mortes maternas ocorre nas horas peri-parto, portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis.

Neste panorama da situação obstétrica, a desumanização deste momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a serem enfrentadas (SERRUYA, 2003).

Embora as causas para a manutenção deste quadro na assistência obstétrica sejam diversas, destacam-se a postura mercantilista dos serviços e a falta de compromisso profissional (SERRUYA, 2003).

Ampliando esta análise chegava-se, necessariamente, à avaliação do modelo assistencial vigente no país, que refletia um determinado conceitual de atenção. Em torno de um consenso, de que a assistência obstétrica precisava melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), a questão de fundo era a discussão de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos versus o paradigma da assistência humanizada (SERRUYA, 2003).

Estes questionamentos, relativos ao modelo praticado na assistência obstétrica, refletiam um debate sobre as práticas clínicas em geral, na qual o ponto de partida era a percepção que as “técnicas” empregadas obedeciam a uma lógica de valores sociais em que a “tecnologia” aparece como o ícone máximo na assistência. Com este pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos (SERRUYA, 2003).

Deste modo, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (SERRUYA, 2003).

Esta movimentação a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando, em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal. As recomendações objetivam garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. Este guia para assistência ao parto normal foi bem recebido em todo mundo. Representou ainda a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo Ministério da Saúde (SERRUYA, 2003).

3.5 AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MELHORIA NO ATENDIMENTO

Serruya, Cecatti e Lago (2003), afirmam que no Brasil a atenção à mulher durante a gestação, permanece como um desafio para a assistência na atenção básica de saúde, no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado.

Na década de 80, surgiu o PAISM (Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher), que tinha como objetivo o cuidado da mulher em todas as etapas da vida (BRIENZA, 2002).

Segundo Osis (1998), o PAISM foi lançado em um período de grande efervescência no Brasil, com grande participação de movimentos sociais e da sociedade civil, em busca do restabelecimento da democracia. Em consequência disso é possível observar que ele reuniu condições para se constituir em um evento socialmente relevante, um fato capaz de mobilizar muitos setores da sociedade para discuti-lo, aprovando-o ou não.

Dentre os objetivos específicos do PAISM, constavam a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações do pré-natal, parto e puerpério. A assistência pré-natal era definida para ele como cuidados que asseguram a higidez do organismo da gestante e seu conceito reduzindo a morbi-mortalidade materna e perinatal. (BRIENZA, 2002).

Para Stephan-Souza (1995), o PAISM não cumpriu, de fato, a proposta de cobertura ampla a toda população, ressaltando que, esse propunha universalização com ações que deviam atingir toda a população; no entanto, as classes mais favorecidas e melhor informadas sobre os eventos da gravidez, recorriam basicamente aos serviços privados para suprir suas necessidades.

Ainda conforme Stephan-Souza (1995) a proposta de atenção se reduzia a experiências esparsas, localizadas e contrariavam suas intenções com relações às taxas de crescimento demográfico, representando uma política de corte social na área da saúde, que controlava reprodução humana. Além disso, a cobertura só era viabilizada por meio de demanda espontânea e não por demanda potencial, como deveria ser de sua responsabilidade.

Compartilhando opiniões semelhantes, Santana e Coelho (2005), ainda completam que o PAISM não estabeleceu compromisso político e social para sua implantação de fato. O programa simplesmente materializou uma crítica, ao modo como as dúvidas e os problemas da mulher vinham a ser tratados pelas políticas e serviços de saúde, que não se inscreviam numa perspectiva de emancipação.

Mesmo nos serviços que realizavam o conjunto de atividades preconizadas pelo PAISM, havia questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Assim, apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no contexto das ações praticadas pelo serviço de saúde, até aquele momento, permaneciam questões que, entre outras, deveriam ser discutidas (SERRUYA; CACATTI; LAGO, 2004).

Diante disso, o Ministério da Saúde lançou PHPN, instituído através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto (BRASIL, 2000b).

Segundo Campos (2006), o objetivo do PHPN (Programa de Humanização no Parto), era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento ao pré-

natal, da assistência ao parto e ao puerpério, às gestantes e ao recém-nascido (RN), na perspectiva dos direitos da cidadania.

Dentro da proposta desse programa, a humanização conforme o MS, pode ser dividida em dois aspectos fundamentais, relacionados à assistência ao pré-natal.

Sendo que, o primeiro compreende em adotar uma postura ética e solidária por parte dos trabalhadores que atuam em uma unidade de saúde, e o outro, pressupõe em promover medidas e procedimentos benéficos à mulher, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

No contexto da integralidade à saúde da mulher, a assistência ao pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2000a).

Trevisan, et al. (2002), ressaltam que é extremamente importante que a unidade de saúde proporcione atividades educativas durante o pré-natal, orientando as gestantes quanto a amamentação, o parto, a vacinação antitetânica, entre outros protocolos pertinentes à gestação.

As atribuições não se restringem somente aos municípios, mas também cabe às Secretarias de Saúde dos estados, e do Distrito Federal desenvolver ações: de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e de recém-nascidos. (BRASIL, 2000b).

Os princípios e diretrizes no contexto do PHPN propõem que, toda gestante tenha direito ao acesso, ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, ao acompanhamento pré-natal adequado, saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, assistência ao parto e ao puerpério e que esta, seja realizada de forma humanizada e segura incluindo ao recém-nascido. (BRASIL, 2000b).

De acordo com esses documentos são atribuições do MS: estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo; assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos PHPNs, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no programa; alocar

recursos destinados ao cofinanciamento dos componentes integrantes do programa (BRASIL, 2000b).

São atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/ regionais de assistência obstétrica e neonatal, que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco; coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal; estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes, e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento, alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal no âmbito estadual; manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Procedimento de Alta Complexidade (SIPAC) (BRASIL, 2000b).

São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde: participar da elaboração do PHPN; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, e do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumprem os critérios de elegibilidade estabelecidos; garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes; identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do respectivo programa e os

resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal no âmbito municipal; manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC (BRASIL, 2000b).

Segundo Brasil (2006), o Sistema de Informação sobre Pré-Natal (SISPRENATAL), foi criado em 2001 para auxiliar no cadastramento das gestantes inseridas no PHPN, e é de extrema importância para o mesmo. Ele é um sistema informatizado desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS, para ser utilizado pelos municípios que aderirem ao PHPN.

3.6 PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

Brasil (2006) ressalta que a atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

O Ministério da Saúde diz que estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência considerando os seguintes critérios:

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce de gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;

- Vinculação à Central de Regulação obstétrica e neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- Garantia de atendimento da intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

O pré-natal é o nome dado ao acompanhamento dedicado à gestante. Ele pode ser conceituado como um conjunto de ações que antecedem o parto e continua até o nascimento do bebê, com finalidade de atender a mulher, promover qualidade de vida saudável durante essa fase, prevenir intercorrências e, além disso, colocar à sua disposição, condições básicas para o saber em saúde (BRASIL, 2000a).

O pré-natal pode desempenhar um papel fundamental em termos de prevenção, de esclarecimentos à mulher e de detecção precoce de irregularidades, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante (BRASIL, 2006a).

A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto.

É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. De acordo com o MS, o acolhimento é aspecto essencial da política de humanização que implica recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família (BRASIL, 2006b).

É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. O benefício da presença do (a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns

estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2006b).

A consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto (BRASIL, 2000a).

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2006b).

De acordo com as orientações preconizadas pelo PHPN do Ministério da Saúde (MS), deve-se iniciar o acompanhamento pré-natal até o 4º mês de gravidez; devem ser realizadas no mínimo de 6 (seis) consultas até o final da gestação, (essas consultas devem ser divididas durante toda a gestação sendo o ideal, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo, e três no terceiro trimestre); a mulher deve submeter-se aos exames considerados obrigatórios como: hemograma, tipagem sanguínea e determinação do fator Rh materno, exame comum de urina, VDRL, glicemia em jejum, testagem anti-HIV, teste de Coombs indireto. Também deve se realizar no exame obstétrico: medida do peso materno, verificação da pressão arterial, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, toque vaginal e coleta de exames citopatológico de colo uterino. Dentre outras atividades o documento PHPN ainda aponta que há referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada, e consulta de puerpério (BRASIL, 2000b).

O MS ainda diz que no puerpério deve ser realizada uma consulta até o 10º dia após o parto, em que a mulher deve receber informações sobre: aleitamento materno, cuidados com o RN, preenchimento do cartão da criança, verificação do estado geral com o bebê, coleta de material para triagem neonatal (teste do pezinho), imunização contra BCG e hepatite B, verificar presença de icterícia e teste da orelhinha (BRASIL, 2006b).

A atenção à mulher e ao RN no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal. O incentivo para o retorno desses ao serviço de saúde deve começar no pré-natal e estender-se até a maternidade. Dentre os principais objetivos das consultas de puerpério podemos destacar o de avaliar o estado de saúde da mulher e do RN; o de estimular e avaliar o retorno às condições prégravídicas; o de orientar sobre o aleitamento materno; o de estimular o planejamento familiar; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar

interação entre mãe/bebê; indicar para vacinação; prescrever suplementação de ferro; registrar informações em prontuário; agendar próxima consulta de puerpério e complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal (BRASIL, 2006b).

Segundo Brasil (2006b), durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre a importância do pré-natal; os cuidados de higiene; a realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto; nutrição, promovendo uma alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes); desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids ; sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes; sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, cefaléia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço); sinais e sintomas do parto; orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos; orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar; preparo para o parto: planejamento de parto considerando local, transporte, recursos necessários para a mulher e para o recém-nascido, apoio familiar e social; preenchimento do plano de parto: documento em que a gestante registra seus desejos e expectativas quanto à vivência do parto. Ele compõe a cartilha da gestante e deverá ser entregue na maternidade, no momento da internação para o parto.

Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada; cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde; saúde mental e violência doméstica e sexual; benefícios legais a que a mulher tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério; importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança; o direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005; gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares; importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância da realização da triagem neonatal

(teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2006b).

3.7 REDUÇÃO DO NÚMERO DE CESARIANAS NO BRASIL

Atualmente o Brasil é o País com a maior proporção de cesarianas no mundo. Enquanto a OMS (Organização Mundial da Saúde) recomenda que a taxa de cesarianas nos países seja de, no máximo, 15%, o Brasil apresenta 80% dos partos nos planos de saúde feitos dessa forma. Já a taxa global de cesarianas no Brasil é de 53%, número exagerado que acusa o tratamento inadequado que o parto tem recebido no País, expondo as gestantes e os recém-nascidos a procedimentos que podem implicar em riscos desnecessários para ambos. A baixa capacidade de atendimento do serviço público de saúde; as relações conflituosas entre planos de saúde e prestadores integrantes da rede assistencial dos planos; e fatores culturais, sociais e econômicos são fatores que contribuem para este cenário.

Verifica-se também a ocorrência de desrespeito à autonomia das gestantes. São frequentes os casos de mulheres que no começo da gestação optam por partos vaginais mas, no decorrer do pré-natal, são convencidas ou incentivadas a realizarem cesarianas. Sem, no entanto, justificativa real necessidade do procedimento, sendo que muitas cirurgias são pré-agendadas. Um estudo da Fiocruz entrevistou 437 gestantes do Estado do Rio de Janeiro e verificou que, embora 70% das entrevistadas não relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% apresentaram esse tipo de parto.

Em vista desse preocupante cenário, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) instituiu novas regras aplicáveis aos planos que visam reduzir o percentual de cesarianas. A norma da ANS (Resolução Normativa/RN nº 368/2015) visa ainda incentivar práticas que garantam às parturientes e seus bebês um melhor atendimento, obrigando as operadoras a informarem as consumidoras o percentual de cesarianas realizadas pelos prestadores dos planos e a utilizarem documentos obrigatórios, como partograma, cartão da gestante e carta de informação à gestante.

As normas começam a valer a partir de 6 de julho deste ano e são fruto das Consultas Públicas nº 55 e 56, das quais o Idec participou em 23/11/2014, enviando contribuições sobre o tema.

A nova norma da ANS (RN 368/2015) determina que quando houver solicitação por parte da consumidora, as operadoras de planos de saúde deverão informar, no prazo de 15 dias, os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por estabelecimento de saúde integrante das redes próprias, cooperada, credenciada, referenciada ou por reembolso e por médico dos planos de saúde (médicos, hospitais, entre outros). A nova norma determina também que as operadoras deverão apresentar três documentos: cartão da gestante; partograma e carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Os dados sobre os percentuais de partos normais e por cirurgias cesáreas deverão seguir os seguintes padrões:

- O percentual deve se referir à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano;
- A operadora deverá fornecer número de protocolo gerado por ocasião da solicitação à consumidora ou ao seu representante legal, bem como apresentar a resposta em linguagem clara e adequada, por escrito, presencialmente, por correspondência ou por meio eletrônico conforme escolhido pela consumidora ou seu representante legal;
- Quando solicitado após 31 de março do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais relativos ao ano imediatamente anterior à solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação;
- Quando solicitado entre o período de 1 de janeiro até 31 de março (inclusive) do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais do segundo ano imediatamente anterior ao pedido de solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação. (Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015).

O Cartão da Gestante deve ser fornecido pela operadora sempre que solicitado pela gestante e é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação. A gestante deve permanecer em posse do cartão e apresentá-lo em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação, bem como na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

O cartão da gestante deve conter informações pessoais da gestante (nome, endereço, telefone); dados sobre a operadora e sobre agendamento de consultas e exames; e dados clínicos da gestação. O cartão conterá também a “Carta de Informação à Gestante” com os seguintes dados: orientação à gestante sobre como gostaria de ter seu parto (acompanhantes, métodos de alívio de dor); sobre seu direito à informação do percentual de cesarianas realizadas pelos prestadores de seu plano; encorajamento de participação de forma ativa de todas as decisões relativas ao parto; e sobre complicações que podem decorrer de uma cesariana no modelo da RN 268/2015. Importante ressaltar que a ausência da apresentação do Cartão da Gestante pela consumidora não é impeditivo para qualquer tipo de atendimento. Já o partograma é um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais, conforme determinado na RN 268/2015.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor entende que as políticas públicas de saúde no País devem ser adequadas para reduzir as taxas de cesarianas por meio de ações. Tais ações devem atuar nas seguintes frentes: educação, conscientização e empoderamento das gestantes sobre os riscos, benefícios e indicações da OMS para cada tipo de parto, bem como a adoção de medidas que possibilitem que a autonomia das gestantes seja preservada. A autonomia e a vontade da gestante devem ser os fatores primordiais determinantes para a realização do parto e para as intervenções médicas envolvidas nele.

Ainda, existem outros tipos de intervenções médicas utilizadas excessivamente nos partos realizados no Brasil, que são desaconselhadas pela OMS. Dentre eles estão o uso de oxitocina, a realização de episiotomia (corte na região do períneo) e a amniotomia (aceleração do parto por rompimento induzido da bolsa), que deveriam ser contemplados na norma da ANS. (Site: <http://www.idec.org.br/>).

Assim como recomenda a OMS, o melhor lugar para a mulher ter o seu parto é onde ela se sente mais confortável, o que, em casos de gestações de baixo risco, pode ocorrer na própria casa da gestante. Dessa forma, o procedimento de parto domiciliar deveria ser igualmente coberto pelos planos de saúde, que teriam que disponibilizar enfermeiras obstetras

e doulas (acompanhantes profissionais de parto) para as gestantes, juntamente com todo o aparato médico-assistencial necessário para a realização do procedimento residencial.

O fornecimento da taxa de cesarianas de médicos e hospitais integrantes da rede assistencial dos planos de saúde deveria ser feita independentemente de solicitação da consumidora, além de estar disponível ao público em geral, no site da operadora. Ainda, é necessário que a operadora informe em quais hospitais da rede assistencial cada um dos médicos atende, dado que na maioria das vezes, os médicos não operam em todos os hospitais da rede e tal informação possibilitaria à consumidora comparar as taxas de cesarianas do médico escolhido e dos hospitais em que ele atende. (Site: <http://www.idec.org.br/>).

A Carta de Orientação à Gestante deveria informar as recomendações da OMS sobre o parto cesariano bem como sobre o uso de oxitocina*, realização de episiotomia**, amniotomia*** e demais intervenções que podem ocorrer no parto. Tal medida faz-se necessária a fim de informar a gestante sobre os tipos de intervenções médicas utilizadas excessivamente nos partos realizados no Brasil e que são condenadas pela OMS, como o caso do uso de oxitocina, a realização de episiotomia e a amniotomia. Entende-se ainda que tal medida é necessária a fim de garantir o direito à informação sobre características e riscos dos serviços previsto no art. 6 do CDC.

Deveria também ser obrigatoriamente fornecido à gestante um documento de plano de parto, para que a gestante deixe registrado, por escrito, suas preferências para o parto e seu consentimento ou não com as intervenções médicas durante o procedimento.

3.8 FATORES DE FRACASSO NA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO AS GESTANTES.

As Políticas Públicas surgem como uma forma de equacionar os problemas econômicos e sociais, criando condições estruturais de promoção do desenvolvimento.

A rigor, uma decisão em política pública representa apenas um amontoado de

* **Oxitocina** é um hormônio produzida pelo hipotálamo tendo como função: promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto; estimular a liberação do leite materno; desenvolver apego e empatia entre pessoas; produzir parte do prazer do orgasmo; e produzir medo do desconhecido.

** **Episiotomia** é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra um rasgamento irregular durante a passagem do bebê.

*** **Amniotomia** é um procedimento médico no qual uma ruptura é feita nas membranas que envolvem o feto, na tentativa de induzir o parto.

intenções sobre a solução de um problema, expressas na forma de determinações legais: decretos, resoluções, etc. Nada disso garante que a decisão se transforme em ação e que a demanda que deu origem ao processo seja efetivamente atendida. Ou seja, não existe vínculo ou relação direta entre o fato de uma decisão ter sido tomada e sua implementação. E também não existe relação ou vínculo direto entre o conteúdo da decisão e o resultado da implementação (RUA, 2009).

O principal desafio para a obtenção de sucesso na implantação de Políticas Públicas está em atender as demandas reais da sociedade. Isso envolve mais do que uma decisão e requer uma série de ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.

De acordo com RUA (2009), desde a década de 1970, o estudo das políticas públicas indica haver algo como um “elo perdido”, situado entre a tomada de decisão e a avaliação dos resultados: a implementação, o momento em que o planejamento e a escolha transformam-se em atos que buscam atingir aquilo que foi planejado.

A implementação compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos (RUA, 2009, p.94).

Para LOPES, et.al.(2008), estudiosos apresentam dois modelos de implementação das Políticas Públicas: o de Cima para Baixo (que é a aplicação descendente ou, em outras palavras, do governo para a população) e o de Baixo para Cima (que é a aplicação ascendente ou da população para o governo).

Em outras palavras, a implementação consiste em fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Envolve os mais diversos aspectos do processo administrativo: desde a provisão de recursos no orçamento, formação de equipes, elaboração de minutas de projeto de lei autorizando realização de concurso para contratação de servidores, elaboração de editais para aquisição de bens e contratação de serviços (RUA, 2009, p.95).

De acordo com RUA (2009), alguns tipos de política podem ser mais ou menos difíceis de implementar. A escolha do modelo de implementação de uma Política Pública também é determinante para definir o grau de participação da sociedade nesse processo, visto que os modelos apresentados acima possuem características diferentes.

O modelo de Cima para Baixo representa um modelo centralizado, onde apenas um número muito pequeno de funcionários participa das decisões e opina na forma da

implementação das Políticas Públicas. Ele reflete uma concepção hierárquica da administração pública, segundo a qual a decisão tomada pela administração pública seja acatada e cumprida pelos demais envolvidos, sem questionamentos. Já o modelo de Baixo para Cima é caracterizado pela descentralização. Ou seja, ele supõe a participação dos beneficiários ou do usuário final das políticas em questão. Os beneficiários são chamados a participar (LOPES, et.al, 2008, p.15).

Pode-se dizer que, no caso das ações voltadas à atenção às gestantes, no âmbito das políticas públicas de saúde, passa por diversos momentos, inclusive, antes do período gestacional. A atenção básica deve estar presente na vida das mulheres em idade gestacional, visando uma melhor preparação para a gravidez.

Nesse sentido, a informação é um forte aliado na obtenção de sucesso e ou fracasso na implementação de ações públicas. Além disso, é preciso criar mecanismos que possibilitem aumentar o grau de participação social nas Políticas Públicas.

Acontece que, muitas vezes, o Programa existe, mas as pessoas que mais necessitam deles não têm conhecimento sobre o mesmo, principalmente as gestantes em situação de vulnerabilidade social, que possuem acesso limitado à informação.

A participação social é algo fundamental para o êxito de uma gestão pública eficiente. Muitos prefeitos não são bem aceitos pela população local, apesar de terem realizado uma boa gestão porque não souberam informar à sociedade o que estava sendo feito e porque estava sendo feito (LOPES, et.al, 2008, p.15).

Segundo Rua (2009), o acompanhamento de uma política deve levar em consideração a existência de uma percepção precisa acerca da política que se implementa. Isto nem sempre ocorre. Ou seja, nem sempre os indivíduos que atuam na implementação de uma política sabem efetivamente que estão trabalhando como implementadores de algo tão abstrato como uma política.

É preciso considerar, ainda, que muitas ações que partem da administração pública têm objetivos de visibilidade eleitoral, não sendo possível avaliar se realmente atendem às necessidades da população que as utilizam.

Frequentemente o estudo e acompanhamento da implementação enfrentam a dificuldade de identificar o que é que efetivamente está sendo implementado, porque as políticas públicas são fenômenos complexos. Eventualmente, esta complexidade é deliberada, ou seja, em certos casos, as políticas formuladas podem ter apenas o objetivo de permitir que os políticos ofereçam ao público satisfações simbólicas, sem que haja nenhuma intenção verdadeira de implementá-las (RUA, 2009, p.102).

Por isso, de acordo com Lopes, et. al. (2008), no caso de alguns municípios pode ser necessário mobilizar a população para que esta participe efetivamente do processo.

Dentre os principais fatores que determinam o fracasso da implantação e gestão dos Programas de Atenção à Gestante, podemos listar:

- Inexistência de uma política de comunicação transparente e objetiva por parte da esfera pública na propagação por todos os meios de divulgação dos direitos e dos procedimentos em favor da mulher gestante.
- Dificuldade de acesso, principalmente às gestantes em situação de vulnerabilidade social, devido à falta dessas informações acerca dos Programas.
- Não reconhecer que há um número ainda acentuado de mulheres residentes em ambientes rurais de difícil acesso de comunicação, especialmente na região Norte e Nordeste que se constituem em comunidades de pessoas com dificuldade de acesso à educação e as regras de civilidade.
- Déficit de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que auxiliam na identificação de gestantes e o encaminham aos Programas.
- Déficit de profissionais da área de saúde em todas as especialidades: médicos, enfermeiros, auxiliares, impedindo a destinação de profissionais específicos para atendimento aos Programas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente vêm sendo discutidos meios que garantam a melhoria da assistência nas diversas áreas do nível primário do sistema de saúde, como promoção e prevenção da saúde da mulher, do homem, do idoso, da criança, hipertensos, diabéticos, entre outros, já que este nível encontra-se mais acessível à população.

Para que haja de forma definitiva a integralidade a segurança das gestantes em todo território brasileiro é fundamental a busca pelas informações adequadas, trazendo para a realidade de cada estado o cumprimento das leis que a tanto foram criadas.

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/90, a qual o define no seu artigo 4º como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada, por meio de serviços contratados ou conveniados, pode também participar do SUS em caráter complementar.

As diretrizes de funcionamento do SUS foram estabelecidas pelo artigo 198 da CF/88, e são elas: I) a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III) participação da comunidade. Em atenção ao inciso I deste artigo constitucional e em consonância com o artigo 88 do ECA, a Lei 8.080/90 determinou em seu artigo 7º, inciso IX, que a descentralização político administrativa do SUS seja feita com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Assim sendo, o SUS deve funcionar oferecendo um atendimento universal a toda a população, sem restrições de cláusulas ou cobertura, equânime em todo o território nacional, e integral, no sentido do conceito integral de saúde que inclui o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente. Os serviços do SUS são prestados pela União, Estados e Municípios por meio de uma unicidade de comando em cada esfera de governo.

A universalidade da política de saúde não pode, entretanto, furtar-se às especificidades que circundam o exercício de direitos da população infanto-juvenil e neste caso com especial importância das gerações futuras, protegidas por via reflexa na garantia de proteção e cuidado que devem ser dispensados às gestantes.

A gestação é um momento de mudanças e de reorganização familiar. Momento este que as adolescentes se preparam para o cuidado de uma nova vida, vivendo um momento em

que podem tomar decisões e atitudes para melhorar as suas vidas, dentro do seu contexto e influenciar mudanças na família.

A abordagem sistêmica considera a família diante de um ciclo vital, pelo qual esta vivencia várias fases durante o processo de desenvolvimento. Nessa abordagem leva-se em conta que a chegada de um novo membro na família ocasiona a passagem desta para outra etapa do seu ciclo vital. Esta nova etapa, assim como cada passagem de uma etapa para outra acarreta ou ocasiona alguns estresses familiares, que implicam maiores cuidados para que a família consiga superar “naturalmente” esse percurso.

A proteção integral reflete na obtenção de uma gestação saudável com devido esclarecimento da gestante, acompanhamento do desenvolvimento fetal, além de contribuir para a satisfação da mulher para com o atendimento que ela recebeu dos profissionais de saúde. Tudo isso reflete na eficiência do serviço e na resolutividade da assistência e proteção integral à saúde, resultando em redução da mortalidade e melhor participação materna no processo gestacional.

Ao conferir esta proteção especial à gestante, a lei, automaticamente, cria outra proteção ao embrião que se desenvolve, mas que ainda não nasceu, e conseqüentemente protege todas as gerações futuras. Por esta concepção, mesmo antes do nascimento, a vida, ainda que intra-uterina, já existe e deve ser preservada.

Proteger a gestante, então, significa, de modo reflexo, concretizar o princípio da proteção integral ao feto (presente) e à (futura) criança. Especificamente, tal proteção especial é garantida nos períodos pré e perinatal, ou seja, durante a gestação e nos momentos anteriores e posteriores ao parto, respectivamente.

Compreende-se a importância do pré-natal em termos de prevenção e detecção precoce de intercorrências, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, garantindo assim, um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

A proteção à gestante assume caráter de extrema relevância social na medida em que o seu bem-estar é essencial para que se resguarde também o mais importante e primordial direito fundamental: o direito à vida. É o direito à vida que condiciona os demais direitos da personalidade e, de um modo geral, é dele que dependerá a fruição de todos os demais direitos. Trata-se de um direito tão amplo, que alcança desde a expectativa de vida, o próprio direito de ser gerado e, após o nascimento, o direito de continuar vivo dignamente, segundo padrões mínimos que resguardem a condição humana. É em razão disto, também, que o Código Civil, em seu artigo 2º resguarda todos os direitos do nascituro, desde a sua concepção.

Infelizmente a letra da lei não se concretiza na realidade: há ausência de ações e programas públicos em todos os níveis (municipal, estadual e federal) para garantir os direitos desta população. As práticas de saúde que vêm ocorrendo atualmente têm provocado um distanciamento na dimensão das relações entre os profissionais da saúde e os indivíduos, tornando lacunar a qualidade da assistência.

Sob o ponto de vista da saúde da gestante e tendo em vista os objetivos propostos neste estudo, espera-se que o mesmo possa contribuir com a sociedade, nos seguintes aspectos:

- Contribuir para a prática do ensino na área da saúde, considerando-se que o trabalho com grupos permite a produção de conhecimento no que concerne à área de saúde da mulher, constituindo-se num importante recurso para o processo ensino-aprendizagem;
- Que se desenvolvam outros estudos baseados na proposta participante com o envolvimento da equipe interdisciplinar em saúde no processo, visando à produção de novos conhecimentos e às múltiplas dimensões e conexões que se expressam mediante essa integração;
- Que nos programas de saúde, como o Programa de Saúde da Família, sejam implantados trabalhos com grupos e visitas domiciliares voltados para a avaliação constante das repercussões, bem como dos métodos utilizados.

Ao finalizar estas reflexões, desejamos que os conhecimentos produzidos neste estudo sensibilizem os profissionais de saúde no aperfeiçoamento dessa proposta. Que a saúde coletiva, como campo do conhecimento, abra-se para a utilização de abordagens que superem as limitações do modelo em saúde vigente.

Nesse olhar, há que se construir um novo pensar e fazer em relação a esta prática, que requer, além do conhecimento, a mudança de atitudes. O que se constitui num grande desafio.

REFERÊNCIAS

ACHOCHE, Munif Saliba. A garantia constitucionalmente assegurada do direito à saúde e o cumprimento das decisões judiciais. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 14, n. 2102, 3 abr. 2008. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/12578>>. Acesso em: 26 fev. 2015.

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: SEMINAR WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. *Anais...* [São Paulo], 1998.

ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. *A Contracepção no Brasil 1980-1990*. Recife: SOS Corpo, 1991. Mimeo.

AQUINO, E.M.L., MENEZES, G.M.,AMOEDO, M.B.E., NOBRE, L.C.C. - Mortalidade feminina no Brasil: Sexo Frágil ou Sexo Forte ? Cadernos de Saúde Publica, RJ, 7(2):174-189 , abr/jun, 1991

BARBOSA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Laura Menezes. **Análise da assistência prestada à gestante em uma unidade de saúde mista do município de Passos-MG**. 2007. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Enfermagem de Passos, Universidade do Estado de Minas Gerais, Passos, MG, 2007.

BONTEMPO, Alessandra Gotti. **Direitos Sociais: eficácia e acionabilidade à luz da Constituição de 1988**. Curitiba: Juruá, 2005.

BRANCO, Paulo Gustavo G.; COELHO, Inocêncio Martires; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. [*Textos elaborados pela Área Técnica de Saúde da Mulher*]. Brasília, 2003a. Mimeo.

BRITO Kkg, Moura Jrp, Sousa mj et al. [Prevalência das Síndromes...] DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período 2004 a 2007*. Brasília: [DAPE], 2003d.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Plano de ação para o período 2004 a 2007*. Brasília: DAPE, 2003d.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção às mulheres em situação de violência: relatório da Área Técnica de Saúde da Mulher no período de 1998-2002*. Brasília, 2002a. Mimeo.

- _____. Ministério da Saúde. *Atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 1998. Mimeo.
- _____. Ministério da Saúde. *Centro nacional de epidemiologia*. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Datasus*. 2003c.
- _____. Ministério da Saúde. *Direitos humanos e violência intrafamiliar*: Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <www.inca.gov.br>.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. *Planejamento familiar: manual para o gestor*. Brasília, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. *Política de morbimortalidade por acidentes e violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres*. Brasília, 2003b. (Coleção DST-Aids, Série manuais, n. 57).
- _____. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1.º Seminário Interno. Brasília: DAPE, 2003. Mimeo.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Texto retirado de *Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens*. Documento preliminar para discussão na Oficina de Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: ASAJ, [2003].
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação em Pré-Natal (Sisprenatal)*. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Violência Intrafamiliar*. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica).
- _____. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Mapa de indicativos do trabalho da criança e do adolescente*. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações que priorizam a saúde da mulher**. 2006a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23981>. Acesso em: 14 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher.** Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 2, n. 1, jan/abril, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000100011&script=sci_arttext >. Acesso em: 17 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Assistência pré-natal.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a, 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Portaria nº 569, 1º junho de 2000b. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 20 abril 2015.

BRIENZA, A. M.; CLAPIS, M. J. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do Município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres.** 2002. 100. f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMPOS, J. E. B. **Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para sífilis em gestantes, a luz das provas treponêmicas.** 2006. 78. f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, G. M. Fatores de risco na gestação. **Enfermagem e Obstetrícia.** São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2002, 150 p.

CIPD,1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n3/0100-7203-rbgo-36-03-00099.pdf>. Acessado em: 08 maio de 2015.

COELHO, M. R. S. *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal.* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003b.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. *Relatório fi nal.* [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* Brasília, 1998. v. 1.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *Para entender a gestão do SUS.* Brasília, 2003.

COSTA, A. M. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil.* Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999. Mimeo.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Elementos de Teoria Geral do Estado. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

DUARTE, Ruiara Cintra.; LOPES, Clea Maria Ballão. **Apoio psicológico a gestantes e seus acompanhantes**. Universidade Estadual do Centro-Oeste –UNICENTRO. 2008. Disponível em:

<<http://www.unicentro.br/proec/publicacoes/salao2008/artigos/C1%C3%A9a%20Maria%20Ball%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2015.

HERA - HEALTH EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY; Direitos sexuais e reprodutivos: ideias para ação. [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. Hera Secretaria, web site. Disponível em: < www.iwhc.org/hera>.

HALBE, HW. Tratado de ginecologia. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estimativas de população para o Brasil em 2003*. Brasília: Ministério da Saúde; Datasus, 2003.

_____. *Fundo de População das Nações Unidas*: situação da população brasileira, 2002.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. Direito à saúde: a problemática do fornecimento de medicamentos. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, v. 10, n. 32, p. 105-127, maio/ago. 2009.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-doença como processo social, 1982.

LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). *Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. [Brasília]: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. In: HOLANDA, E. B. (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahrendorff. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. Disponível em: [http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/\\$File/NT00040D52.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/$File/NT00040D52.pdf) Acesso em 08/05/2015.

MATTOS, R. A. de., 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.39 – 64, 3ª ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

NASCIMENTO, Tupinambá Miguel Castro do. **Comentários à Constituição Federal: Direitos e garantias fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.

NEVES, José L. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, n.3, 2º sem . 1996.

OHLAND, Luciana. **Responsabilidade solidária dos entes da Federação no fornecimento de medicamentos**. v. 36. n. 1. Porto Alegre: Direito & Justiça, 2010.

OLIVEIRA, Ana Cristina. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. Rio de Janeiro, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Pesquisa violência sexual*. [2002?].

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Plande acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001*. [S.l.], [2001].

OSIS, M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=es&nrm=isso>. Acesso em: 25 abril 2015.

PARANHOS, Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde**: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado. v.2. n.1. Belo Horizonte: Meritum, 2007.

PONTE, João Pedro. Estudos de Caso em Educação Matemática. Bolema: 2006.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**/ Maria das Graças Rua. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB, 2009.

SANTANA, T. C. F.; COELHO, T. C. B. Planejamento familiar e integralidade de um Sistema Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v 29, n. 2, p. 214-225, jul./dez. 2005.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde**: Efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCOTT, Joan. *Gênero*: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Tese de doutorado - UNICAMP

SERRUYA, S. J.; CACATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./ out., 2004.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2007.

STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a Política de Contracepção: O olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 208-224, jul. /set. 1995.

TREVISAN, M. R.; et al. Perfil da Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, Jun., 2002.