

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

DÉBORA APARECIDA MIRANDA BENETTI

PARTO: AS LACUNAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO
INTEGRAL À MULHER EM MOMENTO DE PERDA

RIBEIRÃO PRETO
2021

DÉBORA APARECIDA MIRANDA BENETTI

PARTO: AS LACUNAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO
INTEGRAL À MULHER EM MOMENTO DE PERDA

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto - UNAERP, como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Mestra em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa
Pereira

RIBEIRÃO PRETO
2021

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

B465p Benetti, Débora Aparecida Miranda, 1974-
Parto: as lacunas das políticas públicas de atenção
integral à mulher em momento de perda / Débora Aparecida
Miranda
Benetti. - - Ribeirão Preto, 2021.
125 f.: il. color.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Ribeirão
Preto, UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2021.

1. Gravidez. 2. Natimorto. 3. Políticas Públicas. 4. Luto
materno. 5. Humanização. I. Título.

CDD 610

DÉBORA APARECIDA MIRANDA BENETTI

**PARTO: AS LACUNAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À
MULHER EM MOMENTO DE PERDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 30 de março de 2021

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria José Bistafa Pereira
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura
USP – Universidade de São Paulo



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

**RIBEIRÃO PRETO
2021**

Dedico esta dissertação:

Primeiro, a Deus, dono da nossa história!

À minha família: meu filho, Mateus; meu marido, Márcio; minha mãe, meu pai (*In memoriam*), meu sobrinho, minha irmã, meu tio, meu cunhado, minha cunhada, meu sogro e minha sogra, e a todos os colegas do mestrado e professores. Às minhas amigas: Ana, Ana Paula, Cristiane, Dora, Cláudia.

Dedico, em especial, aos meus dois filhos: João Augusto e Mateus. João Augusto que, apesar do sofrimento, me deu a oportunidade de vivenciar uma situação que já ocorria com muitas mulheres. E ao meu filho Mateus, que me fortaleceu para iniciar junto com minha orientadora, Dra. Maria José Bistafa Pereira, este desafio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Primeiro, a Deus!

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira, a quem sempre chamo: “Dra. Zezé”!

Como agradecer uma mulher tão incrível, não só pela competência do que faz, como pela extrema excelência, além da imensa bondade com que trata os seus orientandos. Paciente, repete várias vezes com o mesmo tom de voz. Sempre alegre e vendo o lado bom de tudo, principalmente do que escrevemos. Idealista. Uma orientadora repleta de amor, carinho e, principalmente, competência. Uma mulher incrível.

Agradeço também à Prof.^a Dr.^a Sílvia Sidnéia da Silva, por suas importantes orientações no exame de qualificação para a elaboração desta dissertação.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Carla Aparecida Arena Ventura por suas orientações no exame de qualificação, que também foram de extrema importância para a elaboração desta dissertação.

Sou muito grata pelas orientações das três Professoras Doutoras.

O jugo leve

1. Vinde a mim, todos vós que estais aflitos e sobrecarregados, que eu vos aliviarei. Tomai sobre vós o meu jugo e aprendei comigo que sou brando e humilde de coração e achareis repouso para vossas almas, pois é suave o meu jugo e leve o meu fardo. (S. MATEUS, 11:28 a 30).

RESUMO

BENETTI, D. A. M. **Parto**: as lacunas das políticas públicas de atenção integral à mulher em momento de perda. 2021. 125 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação) - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2021.

A gravidez é um momento mágico. Mudanças no corpo da mulher, ainda que com alguns pesos a mais, trazem uma alegria imensurável. Sonhos como a cor dos olhos, do cabelo, são situações inevitáveis. No entanto, a inversão quando a mãe e o pai sofrem a perda do seu filho, é uma situação de muito sofrimento. Mas, essa é uma realidade presente para muitos casais. Uma série de inquietações decorrentes dessa situação em relação à forma como os hospitais-maternidades estão estruturados para acolher a mãe e o pai, e ainda como os profissionais exercem suas práticas profissionais diante dessa experiência, motivaram o desenvolvimento deste estudo. O objetivo deste estudo é analisar os documentos das políticas de saúde pública, na área da saúde da mulher, no período de 1980 a 2010, visando identificar as diretrizes específicas de atenção às mulheres enlutadas pela perda perinatal. Pretende-se, ainda, descrever as diretrizes específicas Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (1984); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e de abordagem analítica que analisou os documentos citados acima. Esses documentos foram analisados a partir da matriz analítica formulada por Araújo e Maciel (2001), sendo abordadas as seguintes categorias: contexto, atores, conteúdo e processo. A análise dessas Políticas possibilitou identificar semelhanças, guardando as devidas especificidades de cada uma delas. Nenhum dos documentos estudados apresentam diretrizes específicas para a atenção às mulheres e familiares que vivem a experiência da perda perinatal. Nesse sentido, destacamos a necessidade de se investir na mobilização e articulação dos diversos recursos para que seja considerada a inclusão nas políticas de atenção à saúde da mulher diretrizes que assegurem legalmente a dignidade e o direito do acolhimento e a atenção com as especificidades próprias da situação de sofrimento da mulher e familiares diante da perda perinatal.

Palavras-chave: Gravidez. Natimorto. Políticas Públicas. Luto materno. Humanização.

ABSTRACT

BENETTI, D. A. M. **Birth**: the gaps in public policies for comprehensive care towards woman at a moment of loss. 2021. 125 f. Dissertation (Professional Master's degree in Health and Education) - University of Ribeirão Preto-SP, 2021.

Pregnancy is a magical moment. The changes in the woman's body, even with some extra weight, bring immensurable joy. Dreaming about the color of the eyes, hair, is inevitable. However, the inversion, that is, when the mother and father suffer the loss of their child is a very painful situation. But this is a reality for many couples. A series of concerns arising from this situation regarding the way maternity hospitals are structured to take care of the mother and father, and yet how the professionals exercise in their professional practices in the face of this situation, were the motive for the development of this study. The aim of this study is to analyze documents of public health policies, in the area of women's health, from 1980 to 2010, aiming to identify the specific guidelines of care towards women mourning for perinatal loss. It is also intended to describe the specific guidelines of three Brazilian public policies. This is a descriptive study with analytical approach that analyzed the following documents: Comprehensive Care Program for Women's Health (1984); National Policy for Comprehensive Care for Women's health (2004); Regulation 569, from June 1st of 2000. These documents were analyzed based on the analytical matrix designed by Araujo and Maciel (2001), having the following categories: context, actors, content and process. The analysis of these documents made it possible to identify similarities, saving some specificities among the documents Comprehensive Care Program for Women's Health (1984), National Policy for Comprehensive Care for Women's health (2004), and Regulation 569, from June 1st of 2000. None of the documents analyzed presented specific guidelines for the care towards the women and families who experience perinatal loss. Thus, we highlight the need to invest in the mobilization and articulation of several resources so that it can be considered the inclusion, in the health care policies, of guidelines that legally assure dignity and the right of a caring treatment when facing the specificities of the painful situation for women and families of perinatal loss.

Keywords: Pregnancy. Stillbirth. Public Policies. Maternal Bereavement. Humanization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1984)
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000)
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 BREVE RESGATE DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	14
1.2 RELATOS DAS VIVÊNCIAS DA PERDA PERINATAL	16
1.3 PRODUÇÃO E INICIATIVAS DE APOIO AS MULHERES E FAMÍLIAS QUE VIVEM A PERDA PERINATAL	19
1.4 QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS	20
1.5 PRESSUPOSTO.....	20
1.6 CONCEITUANDO POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21
1.7 JUSTIFICATIVA	22
1.8 OBJETIVOS.....	23
1.8.1 Objetivo Geral.....	23
1.8.2 Específicos	23
2 REVISÃO DE LITERATURA: DIGNIDADE HUMANA E DIREITOS HUMANOS..	24
2.1 DIREITOS HUMANOS: DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	25
2.2 O MOVIMENTO FEMINISTA NO MUNDO	27
2.3 O MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL	29
2.4 CONQUISTAS NA ÁREA DA SAÚDE	31
3 MÉTODO	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
3.1.1 LILACS	35
3.1.2 PubMed	36
3.1.3 Embase.....	36
3.1.4 CINAHL.....	37
3.1.5 Web of Science.....	37
3.1.6 Scopus.....	38
3.1.7 PsycINFO	38
3.2 DOCUMENTOS DO ESTUDO.....	39
3.3 MODELOS TEÓRICOS DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	39
3.4 FOCO DO ESTUDO	43
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
3.5.1 Fontes documentais.....	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	44

3.6.1 Aspectos éticos.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 CATEGORIA CONTEXTO	45
4.2 CATEGORIA ATORES	68
4.2.1 PAISM - atores.....	69
4.2.2 PHPN - atores.....	71
4.2.3 PNAISM - atores	74
4.3 CATEGORIA CONTEÚDO	77
4.3.1 PAISM - conteúdo.....	78
4.3.2 PHPN - conteúdo.....	83
4.3.3 PNAISM - conteúdo	86
4.4 CATEGORIA PROCESSO.....	91
4.4.1 PAISM - processo	91
4.4.2 PHPN - processo	95
4.4.3 PNAISM - processo	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
5.1 LIMITAÇÃO DO ESTUDO PESQUISA DOCUMENTAL	112
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICES	122
APÊNDICE A - Compilação dos dados dos Projetos de Lei 978/2010, 3391/2019 e 3649/2019.....	122
APÊNDICE B - Apresentação do resultado da pesquisa bibliográfica realizado em novembro de 2020 e fevereiro de 2021, segundo a finalidade, a temática, as bases de dados, o período da pesquisa, o tempo estimado na coleta desses dados, os artigos identificados, a quantidade de artigos por base de dados, o número de artigos duplicados, o número de artigos únicos para o estudo, os termos filtro utilizado para especificar o tema em estudo, o número de artigos após uso do filtro, número de artigos após incluir novo filtro, número total de artigos após a utilização do novo filtro juntamente com os artigos já identificados anteriormente e o número de artigos em relação a especificidade da temática estudada. Ribeirão Preto, 2021.	123
APÊNDICE C - Produto da dissertação: “Análise e implicações das políticas públicas em relação à saúde da mulher no Brasil: um processo contínuo de aprimoramento” (folder com dobra tripla)	124

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Débora Aparecida Miranda Benetti, tenho 46 anos, sou advogada, e exerço a função de professora universitária no Centro Universitário Barão de Mauá.

Cursei a Faculdade de Direito na Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP e coleei grau em 2000.

Advoguei algum tempo e estudava para concursos; em 2008, iniciei a carreira acadêmica e abracei com muito amor a docência.

No ano de 2008, iniciei uma especialização em Ciências Forenses.

Aguardei um certo tempo para fazer o mestrado, e também uma certa estabilidade da docência.

No mês de dezembro de 2013, engravidei do meu primeiro filho e várias alegrias e sonhos afloraram na minha vida. Infelizmente, no dia 24 de junho de 2014, perdi o meu bebê, que já tinha nome, João Augusto Benetti de Oliveira, com 7 meses de gestação em virtude de uma má-formação.

A experiência da perda, na época, foi muito intensa e angustiante. Embora minha médica tenha sido excelente no apoio físico e psicológico, o hospital não estava preparado para acompanhar a minha dor. Com certeza não por culpa do hospital ou dos profissionais de saúde, mas por falta de orientações que são necessárias nesse momento de dor!

Confesso que na época não pensei em entrar nesse assunto de luto materno, apenas vivenciei toda a minha dor. Mas a noite que passei no hospital foi horrível, ouvindo bebês chorando.

Por conta de tudo isso, o projeto do mestrado foi prorrogado para um outro momento.

Em 2016 engravidei novamente, mas perdi com 14 semanas, novamente passei todo o drama no hospital, e um mês após a perda, engravidei novamente, e nesse momento, apesar de todo o medo, a minha gravidez foi até o final e hoje meu filho já está com 4 anos de vida.

Assim, no ano de 2019 resolvi fazer o mestrado e, a partir das excelentes aulas da Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira, a ideia de escrever sobre o luto materno surgiu.

Nesse sentido, vamos destacar a necessidade de se investir na mobilização e articulação dos diversos recursos para que seja considerada a inclusão, nas políticas

de atenção à saúde da mulher, de diretrizes que assegurem legalmente a dignidade e o direito do acolhimento e a atenção com as especificidades próprias à situação de sofrimento da mulher e familiares diante da perda perinatal.

1 INTRODUÇÃO

A maternidade tem vários significados, pensando em cada cultura, nas diferentes sociedades. Segundo Piccinini et al. (2008), há quatro categorias temáticas: as transformações corporais, as transformações psicológicas, as transformações na conjugalidade e o tornar-se mãe. Ainda os autores explicam o tornar-se mãe que envolve as impressões, expectativas e ansiedades das gestantes.

Quando essas transformações, acompanhadas das diversas impressões, expectativas e ansiedades, são interrompidas, o que pode significar essa perda para a mãe, para os pais e mesmo para os familiares?

Surge, então, o seguinte questionamento: como se pode definir a perda de um filho intrauterino e no pós-parto imediato? As definições podem ter diferentes aspectos.

Para fins de avaliação, procedimentos clínicos, legais, metodológicos e ainda intervenções específicas no campo da saúde, encontram-se definições mais racionais, como estabelecido pelo Manual de Vigilância do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2009, p. 21):

Abortamento: é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido.

Aborto: é o produto da concepção expulso no abortamento.

Natimorto ou óbito fetal: é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Para fins deste estudo, será utilizada a terminologia 'morte perinatal' a partir da definição de mortalidade perinatal apresentada pela Organização Mundial de Saúde - OMS (1996), que tem como numerador dois componentes - óbitos fetais a partir da 22ª semana (natimortalidade) e os óbitos neonatais menores que sete dias de vida

(neomortalidade precoce) -, e como denominador o número total de nascimentos (vivos e mortos). Assim, será considerado o componente do numerador, tendo como morte perinatal os óbitos ocorridos a partir da 22^a semana e os óbitos ocorridos até o 7^o dia de vida do recém-nascido.

Independentemente das especificidades de cada definição, todas têm em comum o significado de perda. O momento de celebrar a vida é invertido e lamenta-se a morte. Essa questão, pode-se dizer, é como uma das maiores dores que uma mãe pode sentir, acredita-se que é incalculável. As histórias são muitas de perdas de filhos ainda no ventre da mãe ou após o parto.

Barros, Aquino e Souza (2019) abordaram, por região, os casos de óbitos fetais notificados no período de 1996 a 2015, registrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e classificados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O referido estudo traz a caracterização das mulheres por idade, escolaridade, duração da gestação e tipo de parto. Para elaborar as séries históricas, os autores calcularam a taxa de mortalidade fetal entre 1996 e 2015, e, nesse processo de investigação, apresentaram os seguintes resultados:

A série temporal apresenta um quadro estacionário na taxa de mortalidade fetal a partir de 2000 no Brasil e em todas as regiões. A taxa de mortalidade fetal do país passou de 8,19 em 1996 para 9,50 por 1.000 nascimentos em 2015. Houve tendência crescente dos óbitos fetais cuja causa básica consta no capítulo XVII da CID-10 no Brasil e em todas as regiões. Óbitos por causas do capítulo XVI apresentaram tendência de aumento somente na região Nordeste, enquanto outras causas básicas mostraram tendência de aumento nas regiões Sudeste e Sul. No âmbito brasileiro, houve tendência crescente de óbitos fetais em mães nas faixas etárias de 10-14 anos e 25-44 anos. No Brasil e em todas as regiões, houve aumento nas mulheres com mais de oito anos de escolaridade. Os óbitos fetais predominaram entre a 28^a e a 36^a semana de gestação, com tendência crescente no Brasil e todas as regiões, exceto no Sul (estacionário). O tipo de parto predominante foi vaginal, com tendência estacionária, enquanto as cesarianas apresentaram tendência crescente no Brasil e em todas as regiões (BARROS; AQUINO; SOUZA, 2019, p. 1).

1.1 BREVE RESGATE DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

São inegáveis os avanços conquistados nas políticas sociais brasileiras com ênfase na saúde. Internacionalmente também se registram conquistas referentes a políticas sociais em relação às mulheres.

Em Brasil (2004b), há um resgate histórico das diversas políticas relacionadas à saúde da mulher. O documento tem como sustentação norteadora o enfoque de gênero, a integralidade da atenção à saúde, bem como a promoção da saúde, além de dar ênfase à consolidação das conquistas, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, destacando a melhoria da atenção obstétrica, do planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro, e no combate à violência doméstica e sexual. As ações de caráter preventivo e o tratamento das mulheres com *Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS), também com doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico, foram foco dessa publicação.

Vale destacar a inclusão das ações de saúde aos grupos com necessidades específicas, bem como suas respectivas demandas que historicamente se encontravam excluídos das políticas públicas.

Em um movimento de enfrentamento constante, situação inerente ao processo democrático, a implementação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS é demarcada por avanços e dificuldades, e nesse movimento, em 2004, foi editada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2004b). Nela foi expresso o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher que reduzissem agravos por causas evitáveis e preveníveis com ênfase na atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e ao combate à violência doméstica e sexual, além de destacar os direitos assegurados à mulher.

Coerentemente com os princípios do SUS, a PNAISM se compromete com a integralidade da atenção, com a saúde como direito e com a participação dos sujeitos na avaliação e implementação de propostas dos serviços de saúde. Nesse sentido, Freitas et al. (2009, p. 8) brilhantemente afirmam que a PAISM:

[...] reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrarreferência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços.

Nessa perspectiva, outra decisão importante relacionada à política de saúde voltada para a mulher diz respeito à Portaria MS/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000), cujo objetivo primordial ficou estabelecido como:

assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. (SERUYA; CECALTL; LAGO, 2004, p. 1282).

Com essa decisão, o MS afirmava que o PHPN seria um marcador de águas, uma vez que estabelecia os direitos reprodutivos e a humanização como elementos estruturantes da atenção à mulher durante o pré-natal e o parto (SERUYA; CECALTL; LAGO, 2004).

Direitos de cidadania têm uma relação direta e estreita com a humanização e, no caso, humanização ao parto, uma vez que aqui entende-se que, para assegurar o parto humanizado, se faz necessário assegurar o acesso da gestante ao pré-natal e desde então já ter o compromisso de realizar o cuidado com essa mulher, incluindo o seu preparo para o momento do nascimento, ou seja, do parto. Ainda, é previsto para caracterizar uma assistência ao parto humanizado o acolhimento da mulher e do seu companheiro nos serviços de saúde, inclusive se responsabilizando por informá-los sobre as rotinas do serviço, procedimentos técnicos, seus direitos enquanto pai e mãe relacionados à assistência ao parto e outras que se fizerem necessárias ou forem demandadas por eles. A dimensão técnica do cuidado, bem como o apoio emocional e físico também são integrantes da prática humanizada (BRASIL, 2002).

Por essas apresentações acima, pode-se afirmar o reconhecimento das conquistas, no entanto, isso não significa que ainda não se tem muito a aprimorar e conquistar no campo da saúde da mulher.

1.2 RELATOS DAS VIVÊNCIAS DA PERDA PERINATAL

Por experiência da própria pesquisadora desta investigação - ter vivido a perda fetal tardia-, pode-se afirmar que ouvir dos profissionais na maternidade frases como “logo você pode ter outro”, “se ele tivesse algum problema seria pior”, leva a questionar sobre o que se tem de diretrizes nas políticas de saúde para esse momento/experiência? Essas frases “prontas”, comumente elaboradas e

manifestadas, não têm potência para produzir o conforto, para aliviar o sofrimento daquele momento. Enfim, um filho não substitui o outro.

Outros exemplos citados na literatura, como também em depoimentos publicados em *websites*, também revelam situações de despreparo dos profissionais e do sofrimento das mães frente a essas situações. Vamos apresentar algumas histórias (alguns trechos) retiradas de reportagens publicadas em *websites*.

A primeira reportagem que usaremos como exemplo é “Do luto à luta: Mães que perderam bebês depois do parto reivindicam tratamento digno em hospitais” de Adriana Negreiros (2016). Informamos que os nomes usados serão fictícios:

Caso 1

Concluído o parto, o corpo de Jorge foi imediatamente retirado da sala. Laila permaneceu na maternidade, na mesma ala em que estavam internadas outras mulheres cujos bebês tinham nascido saudáveis. Dos corredores, chegavam sons de gemidos de recém-nascidos, vozes de avôs em êxtase, passos miúdos de crianças ansiosas para conhecer os irmãozinhos. Um enfermeiro, distraído, perguntou a Elaine, ao entrar no quarto, se já haviam lhe trazido o pequeno para mamar. ‘Meu filho nasceu morto’, limitou-se a responder.

Nos dias que se sucederam à tragédia, Laila caiu em depressão. Passou 12 meses de luto, separou-se do marido. Oito anos depois, casada com outro homem, engravidou novamente. Com 23 semanas, como numa reprise de um filme de terror, sentiu o corpo se ativar para o nascimento. Na enfermaria da maternidade, caiu em desespero, gritou e, na sequência de uma longa espera, foi submetida a um ultrassom. De costas, ao mesmo tempo que anotava alguma coisa em uma prancheta, um médico noticiou, sem meias-palavras: ‘Seu bebê está morto’. João, como Jorge, só saiu da barriga da mãe depois de 12 horas de trabalho de parto, após o qual também foi retirado da sala às pressas.

No ano passado, Laila ficou grávida pela terceira vez. Submeteu-se a uma cirurgia no colo do útero, na tentativa de evitar as contrações prematuras. Não adiantou. Na fatídica 23ª semana, deu entrada no hospital. Calejada, tinha poucas esperanças de que Pedro pudesse estar vivo. Ele tinha batimentos cardíacos durante o parto, mas nasceu sem vida. Naquela vez, os médicos perguntaram se a mãe gostaria de ver o bebê. Ela teve vontade. Mas, como não tivera a oportunidade de conhecer o rostinho dos outros filhos, achou que não seria justo com os meninos mais velhos guardar apenas a imagem do caçula.

Caso 2

Na sequência [no caso de uma outra mãe chamada Joana], a equipe, numa atitude ainda rara nas maternidades brasileiras, perguntou se ela gostaria de se despedir do filho. Maíra disse que sim. Minutos depois, a equipe médica trouxe Carlos limpo e vestido para os braços da mãe. Foi quando ela o pegou no colo pela primeira e última vez.

‘Ele estava todo arrumadinho, fiquei olhando para o rostinho dele, dizendo o quanto o amava, agradecendo pelos nove meses que passamos juntos [...].

Caso 3

[A mãe Maria] também perdeu o filho na maternidade, de forma inesperada. Durante o parto normal, os médicos perceberam que [o bebê Marcos] estava em uma posição desfavorável. Tentaram diversas manobras e por fim ele foi retirado a fórceps, já com os batimentos cardíacos fracos. Quando recebeu o bebê junto ao peito, [a mãe] conta ter sentido o peso de um corpo já sem vida.

Outro exemplo é a reportagem de Therrie (2018), intitulada: “‘Só vi meu filho no enterro’, diz mãe que perdeu bebê no parto”:

Caso 4

Estava na casa de uma amiga quando comecei a sentir uma dor muito forte na barriga [...]. No parto, [a mãe Ana conta que] não conseguia parar de tremer. No momento em que a médica tirou o bebê da minha barriga, ficou um silêncio na sala. Perguntei: ‘Por que ele não está chorando?’ ‘Mãezinha, você tem de ter calma, infelizmente, seu bebê não sobreviveu’.

Os próximos trechos foram retirados do artigo publicado por Nogueira (2017), intitulado: “Quando a dor de perder um bebê não é respeitada: ‘Vai incinerar com o lixo’”:

Caso 5

[...] Do meu quarto, logo após a curetagem, ouvia bebês chorarem. Funcionários entravam e me perguntavam do meu filho. Ganhei kit maternidade, um brinde distribuído em algumas maternidades particulares’ [...].

Vejamos também os trechos do artigo “Mães relatam o drama da perda gestacional tardia” (UOL, 2016):

Caso 6

[...] Quando perdemos os pais, somos órfãos. Quando perdemos o marido, somos viúvas, mas, quando perdemos um filho, isso sequer tem nome. [...].

[...] Em 2009, engravidei de gêmeos. A gestação corria tranquila e, na 38ª semana, realizei a cesárea. Eles estavam vivos minutos antes de nascer. Mas, na hora em que foram retirados, morreram. Tinham

entrado em sofrimento fetal, o que acarretou insuficiência respiratória. Ainda dentro do centro cirúrgico, o anestesista me disse: 'Seus bebês não estão nada bem' [...].

Os próximos relatos foram publicados no artigo “Como lidar com o luto de mães que perderam bebês?”, de Collucci (2017):

Caso 7

[...] as equipes médicas não são treinadas para lidar com o luto e, quando o fazem, tendem a adotar uma postura paternalista, acreditando que seja o melhor para a mãe. ‘Nas perdas iniciais, é sempre aquele discurso vazio: ‘foi melhor assim, a natureza é sábia’, diz ela.

Quando a morte do bebê ocorre no fim da gestação, a tendência é decidir por procedimentos sem ouvir as mães.[...] Também costuma-se prescrever medicação para inibir a lactação sem discutir alternativas como a doação do leite.

1.3 PRODUÇÃO E INICIATIVAS DE APOIO AS MULHERES E FAMÍLIAS QUE VIVEM A PERDA PERINATAL

Por fim, vamos trazer o nome de duas ONGs. A primeira é em memória de Helena de Oliveira Maffini - Amada Helena¹, a ONG foi fundada com o objetivo de conscientizar sobre a falta de leitos de UTI neonatal. O trabalho foi se modificando e hoje realiza vários projetos focados na transformação social acerca do luto parental. Já a segunda é a ONG do Luto à Luta².

Outra obra que merece ser destacada é de Salgado e Polido (2018), na qual as autoras abordam a situação familiar e dos profissionais de saúde diante da perda gestacional e neonatal, abordam, ainda, como lidar com a perda intrauterina, com a perda após o nascimento, tratam dos aspectos legais desse acontecimento, além do relato de situações vividas nessas circunstâncias em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Essa publicação tem muito a contribuir para as especificidades entre as diretrizes de uma política pública da atenção à saúde da mulher que vive a experiência da perda perinatal.

Nesse processo é possível afirmar que vem ocorrendo uma situação problema em relação à perda de um filho, quando se observam os relatos de experiências e

¹ Cf. o *site* da ONG Amada Helena, disponível em: <https://amada-helena.org/#sobre>

² Cf. o *site* da ONG Luto à Luta, disponível em: <https://dolutoalutaapoioaperdagestacional.wordpress.com/>

outras afirmações citadas por mulheres, cônjuges e familiares, e, nesse sentido, considera-se ser necessário que a regulação pelo Estado seja implantada ou no mínimo implementada.

1.4 QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS

Outros aspectos dessa experiência me levaram a questionar: o que se tem assegurado, pelo menos em legislação sobre a atenção à mãe, à mulher e família que passam por essa experiência de perda perinatal.

Particularmente, em relação à situação de perda perinatal, pergunta-se: quais são as diretrizes específicas voltadas para a atenção à mulher e família que passam por essa experiência? Em se tratando de uma situação de luto, quais as diretrizes específicas elaboradas, por parte do MS, para a saúde da mulher que vive um momento demarcado por frustração, dor, sofrimento? Ou seja, nesse sentido existe alguma diretriz com vistas a atender as demandas próprias dessa experiência? Como se deu o processo de inserção de conteúdos e enunciados dos textos institucionais do MS que conformam a atenção à saúde da mulher, particularmente voltados para a atenção à mulher e família que passam por essa experiência de perda perinatal?

O caminho do luto tem começo, meio, mas o fim talvez não seja possível. Acredita-se que a dor sempre vai existir, mas, quando há acolhimento e amparo de alguém, essa pessoa tem mais possibilidades de se fortalecer, e passar pelas dificuldades dessa vivência para enfrentar a vida e reconstruir novos sonhos e desejos, até tentar, se assim desejar o casal, uma nova gestação. Caminho este pertinente à humanização e ao estado de direito do sujeito.

1.5 PRESSUPOSTO

Nesse sentido, temos como pressuposto ser necessário incorporar e ou fortalecer as políticas públicas, em especial, aquelas voltadas para a saúde da mulher, elaborando diretrizes que sejam implantadas e ou implementadas nos serviços de saúde, particularmente nas maternidades, e com a adoção e ou cultivo de ambientes e práticas que possibilitem um atendimento mais humanizado, assentado nos direitos e dignidade humana para que a barreira da indiferença, tanto na estrutura física como nas práticas profissionais marcadas muitas vezes pela mecanicidade, incluindo a

comunicação, seja vencida e, desta forma, também ajude a mãe, o pai e família a recuperarem-se dessa dor imensa.

1.6 CONCEITUANDO POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao se abordar sobre políticas públicas, faz-se necessário tratar sobre o conceito ou os conceitos atribuídos a essa política.

Bellini et al. (2014) conceituam política pública como a elaboração de um conjunto de diretrizes com atividades e ações que compõem um conjunto de programas que se comprometem e têm a finalidade de arcar, de enfrentar demandas públicas. Ainda, afirmam que dentre as políticas públicas estão incluídas as demandas políticas sociais, e estas estão relacionadas e têm o compromisso com as garantias de direitos fundamentais sociais, assegurados na Constituição Federal - CF de 1988 (BRASIL, 1988). São exemplos o direito à saúde, à educação, à moradia, à alimentação, ao trabalho.

Teixeira (1997, p. 43) traz como conceito de políticas públicas:

[...] conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.

Viana (1996) conceitua políticas públicas chamando a atenção para o fato que estas não se limitam ao campo político, e ao campo administrativo quando da sua execução, mas apresenta uma narrativa revelando a complexidade embutida nesse conceito trazendo uma visão teórico-prática. Para essa estudiosa, políticas públicas são respostas elaboradas para enfrentar problemas identificados em uma realidade concreta, sendo esse um processo dinâmico e constituído por um conjunto de ações emaranhadas por diversos e diferentes atores, que portam intenções semelhantes, distintas e assim permeadas por tensões, jogos de poder, por recursos financeiros, por estruturas políticas e sociais (VIANA,1996).

A autora ainda afirma que na continuidade desse processo o Estado define estratégias, mais ou menos estruturadas, estabelecendo ações que podem ser de caráter pontual e até mesmo constituindo programas, viabilizando recursos financeiros, equipamentos, entre outros (VIANA,1996).

Outra explicitação do conceito de políticas públicas é elaborada por Teixeira (2002). O autor aborda aspectos comuns aos autores anteriormente citados e destaca também a existência de lacunas entre as declarações assumidas e as intervenções realizadas, também alertando que as omissões podem de forma implícita representar opções desta política, bem como decisões de gestores ou de quem ocupa cargos de poder.

Políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre, porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as 'não-ações', as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

A elaboração de uma política pública emerge de problemas enfrentados pela sociedade ou por grupos específicos e que precisam mobilizar e articular diversos recursos sociais para que as demandas passem a ser reconhecidas e se tornem significativas junto aos atores sociais que detêm o poder de formular os princípios, as diretrizes, definir estratégias, disponibilizar recursos financeiros e também aqueles que detêm o poder de assegurar essas declarações em legislação. Portanto, é reconhecidamente um processo complexo e continuamente demanda análise, tendo em vista a dinamicidade da sociedade, do conhecimento e mesmo das demandas sociais.

Neste sentido, Sampaio e Araújo (2006) ressaltam a importância da análise de políticas e que esse processo tem potencial para fornecer subsídios para o desenvolvimento e aprimoramento no campo das intervenções públicas, e ainda contribuir para o fortalecimento teórico.

Nesta perspectiva, consideramos ser fundamental analisar as políticas de atenção à saúde da mulher com a finalidade de identificar possíveis lacunas, e mais especificamente em relação às mulheres e famílias que passam pela triste experiência de perda perinatal, e, nesse caminho, possibilitar contribuir para o seu aprimoramento.

1.7 JUSTIFICATIVA

Ainda que alguns hospitais já possam estar fazendo um atendimento diferenciado às mulheres enlutadas, entendemos que se faz extremamente importante analisar as políticas de saúde, mais especificamente as da saúde da mulher, com vistas a assegurar legalmente os direitos à mulher e cônjuge, por ocasião do luto pela experiência de perda perinatal. As mulheres e sua família precisam de profissionais e instituições de saúde sensíveis e com disponibilidade de reconhecer a singularidade dessas mulheres.

1.8 OBJETIVOS

Nessa perspectiva, elaboramos os objetivos deste estudo, sendo estes apresentados a seguir.

1.8.1 Objetivo Geral

- Analisar os documentos do Ministério da Saúde brasileiro que tratam das políticas de saúde pública, na área da saúde da mulher, no período de 1980 a 2010, visando a identificar as diretrizes específicas de atenção às mulheres enlutadas pela perda perinatal.

1.8.2 Específicos

- Descrever as diretrizes específicas de atenção às mulheres enlutadas por perda fetal perinatal no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 1984.
- Descrever as diretrizes específicas de atenção às mulheres enlutadas por perda perinatal na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004.
- Descrever as diretrizes específicas de atenção às mulheres enlutadas por perda perinatal, no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), de junho de 2000
- Oferecer subsídios que contribuam com a conquista de diretrizes específicas a uma atenção humanizada às mulheres enlutadas, perda fetal

perinatal, com a finalidade de preencher possíveis lacunas existentes nas políticas públicas da área da saúde da mulher.

2 REVISÃO DE LITERATURA: DIGNIDADE HUMANA E DIREITOS HUMANOS

Quando pensamos em dignidade da pessoa humana, muitas situações podem surgir em nossas mentes, tais como lutas, medos, mortes, conquistas, choros, tristezas e alegrias. Nesse sentido, pode-se entender a complexidade do tema, e a complexidade de se ter uma definição que seja única.

Como muito bem destaca Marcos Vinicius Ribeiro (2011, p. 24):

a consagração dos direitos humanos no ordenamento jurídico foi fruto de uma longa evolução da sociedade, que foi notada por filósofos e juristas, somente sendo conquistadas garantias através de lutas e disputas entre governantes e governados.

O direito mais importante é a vida, mas a vida deve ser digna, assim a importância da dignidade humana. A liberdade também é de extrema importância, sempre pensando que a liberdade de um indivíduo não pode atingir a liberdade do outro. Exemplos de liberdade são a liberdade de locomoção, voto, artística, científica, comunicação etc. A igualdade também é muito importante, como muito se comenta: igualdade para os iguais e desigualdade para os desiguais na medida em que eles se desiguam. Podemos também destacar a legalidade e a segurança etc.

Como comenta Ribeiro (2011, p. 9), “a dignidade do homem é o mais importante de todos os valores protegidos pelo Direito. Aliás, o Direito só existe em função do ser humano e para ele”. Dessa concepção é que nasceu a ideia de pessoa: “A pessoa é o valor-fonte de todos os valores” (REALE apud RIBEIRO, 2011, p. 9).

O princípio da dignidade da pessoa humana é difícil de ser definido, pois seu conteúdo é vago e aberto, reclamando uma constante concretização. Embora todos tenham uma ideia implícita do que seja considerado digno para uma pessoa, ainda assim, persiste a dificuldade em explicitar tal noção (SARLET, 2002).

Outra contribuição de Ribeiro (2011) que vale destacar é o que trata do conceito de dignidade humana. O autor assim define: “a dignidade da pessoa humana deve ser considerada ofendida sempre que o homem for rebaixado à condição de objeto, tratado como uma coisa e desconsiderado como sujeito de direitos” (RIBEIRO, 2011, p. 10).

Ainda nessa linha, Ribeiro (2011) alerta que nossa CF, logo em seu art. 1º, no inciso III (BRASIL, 1988), coloca como um dos fundamentos básicos do Estado brasileiro a dignidade da pessoa humana.

A dignidade humana tem estreita relação com os Direitos Humanos e, portanto, apresentaremos a seguir do que se trata Direitos Humanos e ainda como se tem estabelecido em Direitos Fundamentais.

2.1 DIREITOS HUMANOS: DIREITOS FUNDAMENTAIS

Neste sentido, José Joaquim Gomes Canotilho (apud RIBEIRO, 2011, p. 15) identifica que as expressões ‘direitos do homem’ e ‘direitos fundamentais’ são frequentemente usadas como sinônimas. Mas, segundo sua origem e o respectivo significado, podem ser distinguidas pelo fato dos direitos do homem serem direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista), enquanto os direitos fundamentais são os direitos do homem, ‘jurídico-institucionalmente’ garantidos e limitados ‘espaço-temporalmente’.

Segundo Ribeiro (2011), seguindo a doutrina podemos dividir, brevemente, os Direitos Humanos em gerações:

Em um primeiro momento, surgiram os chamados direitos humanos de primeira geração ligados à ideia das liberdades do indivíduo, ou seja, a possibilidade deste viver sem interferência dos detentores do Poder estatal.

Já os chamados direitos humanos de segunda geração, que contemplam uma conduta positiva por parte do Estado.

Os direitos humanos de terceira geração contemplam a proteção dos chamados interesses difusos ou coletivos, ou seja, não visam proteger um indivíduo isoladamente, mas uma coletividade de indivíduos postos na mesma situação.

Cogita-se em uma quarta modalidade de direitos humanos que estaria ligada à ideia de manipulação do patrimônio genético do indivíduo, à bioética e ao biodireito, devido aos efeitos, cada vez mais traumáticos, da pesquisa biológica com produção de alimentos transgênicos, etc. (RIBEIRO, 2011, p. 16).

O reconhecimento dos Direitos Humanos abre a possibilidade de grupos com necessidades específicas também reivindicarem suas especificidades para conquistar um tratamento mais digno e ter seus direitos gerais e específicos legalmente reconhecidos e assim preservados. Nesse sentido, reconhecemos que o movimento feminista teve e tem um papel relevante nas conquistas das especificidades dos direitos das mulheres.

Para Chimamanda Ngozi Adichie (2014), feminista da atualidade, o feminismo obviamente faz parte dos direitos humanos de uma forma geral - mas escolher uma expressão vaga como “direitos humanos” é negar a especificidade e particularidade do problema de gênero. Seria uma maneira de fingir que as mulheres não foram excluídas ao longo dos séculos. Muitas mulheres marcaram essa luta e conquistas dos direitos das mulheres (ADICHIE, 2014).

Antes de adentrarmos no movimento feminista, optamos por apresentar algumas mulheres que fizeram parte da história na luta pelos direitos das mulheres. De forma alguma pretendemos destacar todas as mulheres do movimento feminista, muitas não estão sendo apresentadas no presente trabalho, selecionamos algumas consideradas protagonistas nesse importante movimento social, no transcorrer de momentos históricos. A apresentação dessas mulheres foi extraída do texto de Beatriz Lourenço (2020).

A primeira que vamos apresentar é Simone Beauvoir, francesa que nasceu em 9 de janeiro de 1908. No livro “O segundo sexo” ela escreveu uma das frases mais conhecidas: Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Entendemos que cada um vai interpretar essa frase de maneiras diferentes, mas acreditamos que a mulher precisa provar sua existência para se tornar mulher a partir de suas conquistas, seja de que forma for, como, por exemplo, vencendo medos e assim conquistando o seu espaço, o que com certeza pode levar muito tempo.

A segunda feminista é Angela Davis, nascida em 26 de janeiro de 1944 (Estados Unidos). É uma filósofa, escritora, professora e ativista estadunidense. Desde a década de 1960, Davis luta pelos direitos da população negra e das mulheres nos Estados Unidos (PORFÍRIO, s./d.).

A terceira é Judith Butler, nascida em 24 de fevereiro de 1956 nos Estados Unidos. Atualmente, é professora da Universidade da Califórnia, em Berkeley nos Estados Unidos. A professora acredita que todas as expressões de gênero e sexualidade são socialmente construídas, logo podem mudar ao longo do tempo (LOURENÇO, 2020).

A quarta feminista é Linda Nochlin, Estados Unidos, nascida em 30 de janeiro de 1931. Em 1971, quando a famosa frase “Por que não houve grandes mulheres artistas?” foi publicada, muitos poderiam pensar que realmente não existiam grandes mulheres artistas, ocorre que em 1971 existiam, sim, muitas mulheres artistas, mas elas ficavam presas dentro de casa apenas com os afazeres domésticos e com os

filhos. Acreditamos que, ainda hoje, algumas artistas estão escondidas em suas casas.

A quinta feminista e filósofa que podemos apresentar é Djamila Ribeiro, que nasceu em 1 de agosto de 1980, no Brasil. Uma das várias frases da filósofa (apud RODRIGUES, T. 2018) é a seguinte: “Quando as pessoas entendem que a gente está lutando por justiça social, por equiparação e por equidade, não tem motivo para não ser feminista.”

A sexta feminista é a nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie, nascida em 15 de setembro de 1977. Um de seus dizeres que ganhou força foi o lema: “todos devemos ser feministas”, ou, ainda, a importante reflexão: “O perigo de uma única história”, ou seja, ela nos leva a pensar que tudo depende da ótica pela qual nós olhamos. Assim, tudo depende de como uma determinada história chega até as pessoas (LOURENÇO, 2020). Entre suas contribuições, em relação ao movimento feminista destacamos a consideração elaborada por ela ao afirmar:

Feminismo é parte dos direitos humanos em geral, claro - mas escolher usar uma expressão vaga como ‘direitos humanos’ é negar o problema específico e particular do gênero. Seria uma forma de fingir que não foram as mulheres que, por séculos, foram excluídas. Seria uma forma de negar que o problema do gênero tem a mulher como alvo. Que o problema não é o fato de você ser um humano, mas especificamente uma fêmea humana. Por séculos, o mundo dividiu os seres em dois grupos e prosseguiu excluindo e oprimindo um desses grupos. É apenas justo que a solução para esse problema reconheça esse fato. (ADICHIE, 2014, tradução nossa).

Ainda, vale destacar que Chimamanda Ngozi Adichie afirma que o problema não é sobre ser humano, mas especificamente sobre ser uma mulher. Por séculos, o mundo dividiu os seres humanos em dois grupos e então excluíram e oprimiram um grupo. É justo que a solução para o problema leve isso em consideração. Portanto, consideramos pertinente fazer um resgate da história do movimento feminista, e nesse processo outras mulheres serão destacadas. Dividiremos o movimento feminista por ondas, como muitos fazem na história.

2.2 O MOVIMENTO FEMINISTA NO MUNDO

O significado do termo ondas (*the waves terminology*) é elucidativo enquanto um projeto que ainda não se completou, em dois sentidos. O primeiro corresponde a

um parâmetro cronológico ou de gerações. O segundo liga-se às sucessivas construções teórico-temáticas (SANTOS, 2017).

Iniciaremos com a Revolução Francesa (1789) pensando no direito à igualdade. No ano de 1791, Olímpia de Gouges declarou que a mulher possuía direitos naturais iguais aos dos homens, podendo participar direta e indiretamente das leis e da política em geral (CANCIAN, 2016). Mesmo rejeitada, a convenção virou um símbolo do feminismo buscando a igualdade entre homens e mulheres. Olímpia Gouges escreveu os Direitos da Mulher e da Cidadã em 1791, pensando na igualdade e na resistência à opressão. Infelizmente a declaração foi totalmente rejeitada na época, rendendo algumas homenagens a Olímpia mais tarde na história. Lamentavelmente, naquele tempo, suas ideias acabaram levando Olímpia de Gouges à guilhotina.

Na primeira onda feminista, podemos destacar o conhecido movimento sufragista que reivindicou o direito ao voto feminino, sendo o direito de votar e ser votada. Ocorreu nos séculos XIX e XX. As feministas da primeira onda foram denominadas feministas liberais, buscando, ou seja, lutando pelos direitos políticos, sociais e jurídicos. O grupo das sufragistas reuniu mulheres de diferentes classes sociais e grau de instrução (REZENDE, s./d).

A segunda onda feminista, especialmente nos EUA e na França, tinha como maior bandeira a discriminação de gênero. Buscava-se uma política de respeito às diferenças e de igualdade de direitos, fundada no reconhecimento de equivalência entre os sexos (CONSOLIM, 2017).

A segunda onda se iniciou em 1960 e foi até 1980, sendo uma continuação da primeira onda feminista. Na primeira fase, as mulheres lutaram pelos direitos políticos, já na segunda onda do movimento feminista as mulheres estavam mais preocupadas com o fim da discriminação pensando especificamente na igualdade entre os sexos. Nessa fase surgiu o slogan “O pessoal é político”, que foi criado pela feminista Carol Hanisch. Essa fase identificava o problema da desigualdade como a união de problemas culturais e políticos (GASPARETTO JUNIOR, s./d.). “O pessoal é político” significa simplesmente que qualquer prática social é suscetível de se tornar um tema adequado para reflexão, discussão e expressão públicas (MARTINEZ-BASCUNÁN, 2019).

A terceira onda, iniciada na década de 1980 no século XX, está ocorrendo até os dias atuais. Tal movimento aprofunda discussões já travadas anteriormente, como exemplo o papel da mulher na sociedade. Assim, as mulheres na terceira onda estão

mudando as impressões, pré-conceitos e “rótulos” e a linguagem para definir a mulher (CONSOLIM, 2017).

2.3 O MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL

Agora, com relação ao Brasil, vamos destacar, brevemente, algumas conquistas relacionadas à primeira, segunda e terceira onda, trazendo também uma quarta onda, como destaca Suzana Rodrigues (2020).

Pensando no século XIX para o XX, podemos destacar a cidadania pensando no direito de aprender a ler e escrever que antes era um direito só do sexo masculino. No ano de 1827 podemos destacar a abertura da primeira escola pública feminina

Seguindo este movimento, podemos destacar a educadora Nísia Floresta, que nasceu em 12 de outubro de 1810, sendo considerada uma das primeiras educadoras feministas. Seu primeiro livro foi intitulado ‘Direitos das mulheres e injustiça dos homens’, em 1832. Sendo também a primeira a tratar no Brasil dos direitos das mulheres à instrução e ao trabalho (RODRIGUES, 2020).

No século XX, entre alguns movimentos podemos destacar o direito ao voto e ampliação do campo de trabalho. Na segunda onda, podemos destacar a questão da sexualidade, que se iniciou na década de 60 pensando na luta pelos direitos reprodutivos.

Outro fator importante do movimento feminista foi a ditadura militar ocorrida no país. Algumas mulheres marcaram esse tempo, como a advogada Therezinha Zerbini, que criou o movimento feminista pela Anistia, impulsionado pelas mães e esposas que tiveram seus filhos e maridos exilados ou presos durante a ditadura militar (RODRIGUES, 2020).

Nos anos 80 surge a terceira onda, na qual se discutiu raça e classe social. Na terceira onda ganha destaque o feminismo negro e a questão da discriminação racial e genocídio da população negra.

Alguns já falam em uma quarta onda marcada pelo uso da tecnologia. Pensando assim, destacamos as redes sociais como Facebook, Twitter, Instagram, YouTube. Assim, divulgar bandeiras como assédio, violência e feminicídio, entre outras questões, fica muito mais fácil pelas redes sociais.

Vale destacar que o movimento feminista em suas diversas ondas teve papel importante e repercutiu no campo dos direitos. Assim, nesse sentido, destacaremos

algumas questões de extrema importância para as mulheres e suas conquistas, tais como:

1. No ano de 1994, foi adotada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher “Convenção de Belém do Pará”. O nome Convenção de Belém do Pará é porque ela foi adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral.
2. A Lei nº 11.340/2006 é uma das várias conquistas das mulheres nos dias atuais (BRASIL, 2006a). A Lei Maria da Penha, como é conhecida, é brasileira. Maria da Penha lutou por muito tempo para conquistar uma punição para seu marido agressor. Como muito bem destaca Veronica Consolim (2017):

No Brasil, a senhora Maria da Penha Maia Fernandes, que foi vítima de violência doméstica por trinta e dois anos pelo seu ex-marido, tendo sofrido duas tentativas de homicídio e se tornado paraplégica, denunciou o Estado brasileiro à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, por não dispor o país de mecanismos suficientes e eficientes para coibir a prática de violência doméstica contra a mulher. O Estado brasileiro foi responsabilizado pela Comissão por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica contra as mulheres.

Assim, hoje, a Lei de Violência Doméstica (BRASIL, 2006a) ganha força e constantemente apresenta modificações, seja na lei como no Código Penal, como, por exemplo, o feminicídio como uma das qualificadoras do homicídio.

Enfim, as mulheres ainda estão lutando e suas conquistas estão crescendo cada vez mais, mas ainda é necessário muitas lutas e conquistas para atingir a igualdade entre homens e mulheres.

Com relação ao nosso tema de estudo, alguns projetos de lei estão em andamento na Câmara Federal, tais como: o projeto de lei nº 978/2019, intitulado “altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para dispor sobre o luto materno” (BRASIL, 2019a), e de autoria da deputada Flávia Moraes e Carla Dickson. Esse projeto pretende alterar o artigo 10 do Estatuto da Criança e do Adolescente para um tratamento mais humanizado no caso de luto materno.

Outro projeto também está em andamento na Câmara Federal, sendo o Projeto de lei nº 3649/2019, intitulado: “estabelece aos hospitais públicos e privados

instituírem procedimentos relacionados à humanização do luto materno e parental” (BRASIL, 2019b), da Deputada Carmem Zanoto. Neste foi incluído um anexo, apresentado pelo então Deputado Fábio Faria, que dispõe sobre mudança do Estatuto da Criança e do Adolescente e, ainda, na Lei 8.080/1990 que regulamenta sobre o SUS. Desta forma, esse projeto contempla de forma mais ampliada as demandas desse assunto, em relação ao projeto de lei 978/19.

No apêndice A encontra-se um quadro apresentando dados dos respectivos projetos de lei acima citados.

2.4 CONQUISTAS NA ÁREA DA SAÚDE

Na área da saúde, podemos destacar várias conquistas relacionadas à saúde da mulher, tendo a presença marcante do movimento feminista nessas vitórias.

No ano de 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dentre as questões que são abordadas, pensa na saúde da mulher, na prevenção e no tratamento de doenças ginecológicas etc.

Nos anos de 1980, o Brasil estava em um momento de grande fervor social em nome da redemocratização. O PAISM foi um ótimo exemplo para provar como as pessoas são capazes de fazer a sua própria vida sem qualquer interferência da ditadura (RODRIGUES, R., 2013).

Também podemos destacar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004a), o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e a Rede cegonha (2011).

Na década de 70, pensando na luta contra a ditadura surge o movimento da reforma sanitária que resultou, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a CF de 1988 (BRASIL, 1988) e a criação do SUS.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre os políticos que se dedicaram a essa luta está o sanitarista Sergio Arouca.

A lei n. 11.108/2005 ficou conhecida como a lei do acompanhante (BRASIL, 2005); em seu artigo 19 está expresso que:

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (BRASIL, 2005).

É assegurada a realização do aborto gratuito pelo SUS em três situações: quando houver perigo de morte para a mãe; quando a gravidez é resultado de estupro; quando o feto é anencéfalo (PINHONI, 2014).

Com o exposto acima fica evidente como a mulher foi conquistando aos poucos um lugar na história do País, na luta pelos seus direitos gerais e específicos, seja no Brasil ou qualquer outro lugar.

Mas tudo só ocorre diante de muita pressão. Na verdade, não só pensando nas mulheres, todas as conquistas no Brasil sempre precisam de muita mobilização e articulação dos diversos segmentos e movimentos sociais para atingir suas conquistas, ressaltando que esse processo é permanente e constante para assegurar direitos e dignidade humana.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e de abordagem analítica. Inserida no campo dos fenômenos sociais, o presente estudo se constitui de uma abordagem analítica, uma vez que trata de um objeto de ordem social, política e cultural, tendo em vista que o fenômeno da implantação de uma política pública, mais especificamente que trate da perda fetal intrauterina ou no pós-parto imediato, tem profunda relação com o universo das significações, atitudes, crenças, valores e, ainda, a implantação ou não de uma política dessa está relacionada com aspirações, com valores e com as relações de poder, tanto da esfera macro como da esfera micro social (TRIVIÑOS, 1992).

Em pesquisas dessa natureza, definir o método de análise também é fundamental tendo em vista que essa condição vai possibilitar comparação de diferentes estudos ou replicação do mesmo em momentos e locais diferentes.

Com a finalidade de se conhecer sobre as políticas públicas relativas à atenção à saúde da mulher, foi realizada uma pesquisa bibliográfica buscando identificar produções sobre essa temática. Na perspectiva de identificar produções publicadas em formato de artigo que tivessem como assunto específico a temática do presente trabalho, a saber, “perdas fetais e perda fetal pós-parto imediato”, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados da área da saúde. Ao

realizarmos as buscas nas bases de dados, optamos por utilizar alguns critérios de seleção dos resultados, como a delimitação de um intervalo da data de publicação entre os anos de 1970 e 2010 e um filtro de termos e palavras-chave para obtermos apenas resultados que possuísem aderência ao tema da perda perinatal relacionada a políticas de saúde, conforme será detalhado a seguir.

A pergunta adotada para realizar a busca foi a seguinte: “Quais são as evidências sobre políticas públicas para mulheres que sofreram perda fetal intrauterina ou perda no pós-parto?”

Neste percurso foram identificados 3.244 artigos no total, resultados estes que foram tratados utilizando a plataforma Rayyan, um aplicativo/website on-line gratuito que tem como finalidade auxiliar pesquisadores na realização de revisões sistemáticas. Nessa plataforma, foi possível identificar que, da totalidade de artigos recuperados nas buscas, 1.502 eram duplicatas, resultando em 1.722 resultados únicos que foram analisados e selecionados a partir de termos específicos em seus títulos, resumos e também por meio de palavras-chave/tópicos.

A estratégia de análise e seleção a partir dos 1.722 resultados únicos foi a utilização de um filtro para que pudéssemos ter resultados ainda mais aderentes ao tema de pesquisa. O filtro buscou os resultados que tivessem os seguintes termos no título ou no resumo: “*Pregnancy loss*” (perda gestacional), “*Neonatal loss*” (perda neonatal), “*Perinatal Death*” (morte perinatal), “*Stillbirth*” (natimorto) [incluído porque no DeCS o termo “Perda Fetal Tardia” está incluso nesse descritor] e “*Postpartum period*” (período pós-parto), que tivessem entre os tópicos principais “*Health Care Policy*”, “*Health Policy*”, “*Pregnancy*”, “*Stillbirth*” e “*Newborn Death*” e que possuísem como intervalo de publicação os anos de 1970 a 2010. Esse filtro nos retornou 54 resultados a partir dos 1.722 resultados únicos iniciais.

A fim de identificar artigos que tivessem relação com a temática mais específica do luto, foi realizado um outro filtro. Adicionando o termo “*Bereavement*” (luto) aos termos e tópicos do filtro anterior, mas mantendo o intervalo de publicação entre 1970 e 2010, o número de resultados permaneceu o mesmo, 54. Porém, ao analisarmos especificamente o termo “*Bereavement*” (luto) com os mesmos tópicos principais do primeiro filtro (“*Health Care Policy*”, “*Health Policy*”, “*Pregnancy*”, “*Stillbirth*” e “*Newborn Death*”) sem a presença dos outros termos e sem determinar um intervalo de data de publicação, foram encontrados 7 resultados, dos quais 3 já se encontravam nos 54 do filtro inicial, pois foram publicados entre 1970 e 2010, enquanto os outros 4

foram publicados após esse intervalo. Sendo assim, foram analisados ao total 58 artigos.

Desses artigos, 03 foram considerados relevantes, mas não tratam sobre políticas públicas. O primeiro deles é intitulado *A pilot study on nurses' attitudes toward perinatal bereavement support: a cluster analysis* (Um estudo piloto sobre as atitudes das enfermeiras em relação ao apoio ao luto perinatal: uma análise de agrupamento), de janeiro de 2004 e de autoria de Moon Fai Chan, Suk Hing Chan e Mary Christine Day. O artigo trata sobre os enfermeiros que trabalham em uma unidade de Obstetrícia e Ginecologia de Hong Kong. Ele comenta o tratamento das equipes de saúde como uma forma positiva. No artigo, apresenta-se a seguinte frase:

Quando enfermeiras prestarem cuidados de luto, atitudes negativas podem distrair da prestação de bons cuidados; enquanto atitudes positivas podem ajudar casais enlutados a lidar com o processo de luto e criar memórias para o futuro. Este estudo foi realizado para abordar a escassez de informação disponível em atitudes dos enfermeiros em relação ao luto perinatal apoio em Hong Kong. Este estudo quantitativo foi conduzido com o objetivo de ajudar a preencher esta lacuna e as descobertas podem fornecer uma linha de base valiosa informação para estudos futuros. (CHAN; CHAN, DAY, 2004, p. 203, tradução nossa).

O segundo artigo é intitulado *Pushing On: A Grounded Theory Study of Maternal Perinatal Bereavement* (Prosseguindo: Um estudo de teoria fundamentada sobre luto materno perinatal), da autora Patricia Moyle Wright, publicado em janeiro de 2010, em Chicago. O artigo trata sobre a dor das mães ou da família diante da perda do bebê. Usam o termo “empurrar com a barriga”. O artigo afirma o seguinte:

Os resultados deste estudo são úteis para fins educacionais, desenvolvendo pesquisas futuras sobre luto perinatal, formulação de políticas e defesa de mães enlutadas. Cada um desses estágios envolve vários subprocessos derivados dos dados. (WRIGHT, 2010, p. 11, tradução nossa).

Mais uma vez não encontramos política pública.

O terceiro artigo é intitulado *Death, Bereavement and Randomised Controlled Trials (BRACELET): A methodological study of policy and practice in neonatal and paediatric intensive care trials* (Morte, Luto e Ensaios Controlados Randomizados (BRACELET): Um estudo metodológico de políticas e práticas em ensaios de terapia intensiva neonatal e pediátrica), de janeiro de 2014 e com autoria de Snowdon et al.

O artigo trata sobre os pais enlutados no Reino Unido. Eles destacam que é importante ouvir os pais enlutados e deixam claro a necessidade de mais pesquisas. Mais uma vez ele não trata de política pública.

Foi possível observar, a partir da leitura dos resumos, que tanto no Brasil quanto em países como Estados Unidos, Austrália, Irã, Uganda e alguns países asiáticos não há uma legislação específica relacionada ao tema específico sobre uma política pública sobre o luto materno.

As bases de dados utilizadas para realizar o levantamento bibliográfico foram: LILACS, PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO, Web of Science e SCOPUS.

Foi estabelecido o recorte temporal a partir de 1970, pois foi nesta década que ocorreram vários movimentos de lutas por direitos sociais, luta pela redemocratização dos países que viviam um regime ditatorial que também gerou alterações nas políticas de saúde inclusive com atenção especial aos grupos excluídos. E foi delimitado como término do recorte temporal o ano de 2020 termino da coleta de dados.

Em cada uma das bases de dados foram adotadas estratégias de busca a fim de conseguir o maior número de resultados relevantes conforme detalhamento a seguir:

3.1.1 LILACS

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND, retornando 15 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (“Política Pública” OR “Políticas Públicas” OR “Políticas Públicas de Saúde” OR “Política em Saúde Pública” OR “Política Pública de Saúde” OR “Políticas de Saúde Pública” OR “Políticas em Saúde Pública” OR “Políticas Públicas em Saúde” OR “Políticas de Saúde” OR “Política de Saúde” OR “Política Nacional de Saúde” OR “Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy” OR “Políticas Públicas de Salud” OR “Política Pública de Salud” OR “Política de Salud Pública” OR “Política en Salud Pública” OR “Políticas Públicas en Salud” OR “Políticas de Salud Pública” OR “Políticas en Salud Pública” OR “Políticas de Salud” OR “Política de Salud”)

#2 (“Morte Fetal” OR “Morte Perinatal” OR “Perda Fetal” OR “Perdas Fetais” OR “Óbito Fetal” OR “Óbitos fetais” OR “Morte Neonatal” OR “Aborto Espontâneo” OR “Abortos Espontâneos” OR “Perda Precoce da Gravidez” OR “Perdas Precoces das Gestações” OR Natimorto* OR “morte intrauterina” OR “Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR “Stillbirth” OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR “Miscarriage” OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*) OR “Muerte Fetal” OR “Mortinato” OR “Nacido Muerto” OR “Nacidos Muertos” OR “Nacimiento sin Vida” OR “Pérdida Fetal” OR “Pérdidas Fetales” OR “Muerte Perinatal” OR “Muerte del Feto”)

3.1.2 PubMed

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND, retornando 728 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (“Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy”)

#2 (“Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR Stillbirth OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR Miscarriage OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*))

3.1.3 Embase

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND, retornando 800 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (*“Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy”*)

#2 (*“Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR “Stillbirth” OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR “Miscarriage” OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*)*)

3.1.4 CINAHL

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND, retornando 241 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (*“Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy”*)

#2 (*“Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR “Stillbirth” OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR “Miscarriage” OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*)*)

3.1.5 Web of Science

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND e o filtro “Tópico”, retornando 236 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (*“Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy”*)

#2 (*“Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR “Stillbirth” OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR “Miscarriage” OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*)*)

3.1.6 Scopus

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND, retornando 1.098 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (*“Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy”*)

#2 (*“Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR “Stillbirth” OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR Miscarriage OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*)*)

3.1.7 PsycINFO

Nesta base de dados, foram realizadas duas buscas, que posteriormente foram combinadas com o operador lógico AND e o filtro “Any Field”, tendo retornado 236 resultados. As buscas e os descritores podem ser observados abaixo:

#1 (*“Public policy” OR “Public Policies” OR “health policies” OR “public health policies” OR “public health policy” OR “health policy” OR “health care policy” OR “healthcare policy”*)

#2 (*“Fetal Death” OR “Fetal Deaths” OR “Foetal Death” OR “fetus death” OR “fetal mortality” OR “Neonatal Death” OR “Neonatal Deaths” OR “Perinatal Death” OR “Perinatal Deaths” OR “Stillbirth” OR “Intrauterine Death” OR “Intrauterine Deaths” OR “intrauterine fetal death” OR “intrauterine foetal death” OR “intra-uterine fetal death” OR “intra-uterine foetal death” OR “Perinatal loss” OR “Miscarriage” OR “pregnancy loss” OR “Fetal loss” OR “fetal mortality” OR “premature death” OR “dead fetus” OR “death fetus” OR (Abort* AND Spontaneous*)*)

No apêndice B encontra-se elaborado um quadro síntese com os resultados desta busca bibliográfica.

3.2 DOCUMENTOS DO ESTUDO

Os documentos incluídos neste estudo e alvos de análise foram:

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM (BRASIL, 1984). O segundo documento analisado foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2004a) e o terceiro documento que foi analisado foi a Portaria nº 569/2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2000).

Esses documentos foram selecionados, no período estudado, por tratarem de programas e ou políticas editadas pelo MS, e com temas pertinentes à Saúde da Mulher. Além desses critérios, vale destacar que o PAISM foi considerado um marco na atenção à saúde da mulher por estabelecer um rompimento com a fragmentação desta em apenas suas funções reprodutivas. O PHPN foi um documento com foco muito pertinente ao objeto de estudo e o PNAISM foi a política de ampliou o enfoque nas diversas dimensões pertinentes à mulher.

3.3 MODELOS TEÓRICOS DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas podem ser analisadas por diferentes modelos teóricos, com métodos apresentados por estudiosos nesse tema, dentre os quais destacamos: Almeida e Gomes (2019); Araújo e Rodrigues (2017); Mattos e Baptista (2015) e Viana (1997).

Mattos e Baptista (2015) consideram necessário para proceder a análise de políticas públicas buscar se inteirar dos atores que participaram e ainda participam do processo político, destacando os embates, as tensões entre os grupos presentes nos cenários e, ainda, como se deram os rumos da ação política, o que permaneceu e o que não foi incluído. Os autores chamam a atenção que nesse processo analítico: “Obviamente, não será possível trabalhar todos os âmbitos e questões que perpassam o processo de construção de uma política, mas visa-se explorar os modos de fazer e conduzir uma política” (MATTOS; BAPTISTA, 2015, p. 24).

Outro aspecto relevante é citado por Viana (1996) ao alertar que com a multiplicidade de fatores, atores e outros elementos torna-se impossível fazer uma análise que tenha abrangência total dos mesmos.

Dentre os diversos modos de analisar uma política, optamos pelo proposto por Sampaio e Araújo (2006), sendo que a proposta foi baseada no modelo de Walt e Gilson (1994).

Walt e Gilson (1994) elaboraram uma proposta de análise que utiliza um modelo analítico que incorpora quatro categorias de análise: contexto, processo, atores e conteúdo, as quais são interligadas, mutuamente influenciadas e dependentes entre si.

A partir dessas quatro categorias, Araújo e Maciel (2001) identificaram em cada uma *o quê* analisar e *como* analisar, desenvolveram um modelo operacional composto por um conjunto de informações práticas que pode ser utilizado em várias situações e, assim, elaboraram uma matriz analítica de políticas públicas de saúde. Para analisar os dados desta investigação, utilizamos a matriz analítica formulada por Sampaio e Araújo (2006) por meio das categorias: atores, conteúdo, contexto e processo.

Esses autores ainda alertam que, a depender do interesse, do ponto de vista e do processo de interpretação, diferentes resultados podem ser obtidos sobre a mesma política analisada. A adoção da proposta guarda uma forma específica de analisar as políticas públicas, e enquanto uma técnica de estudo permite comparações.

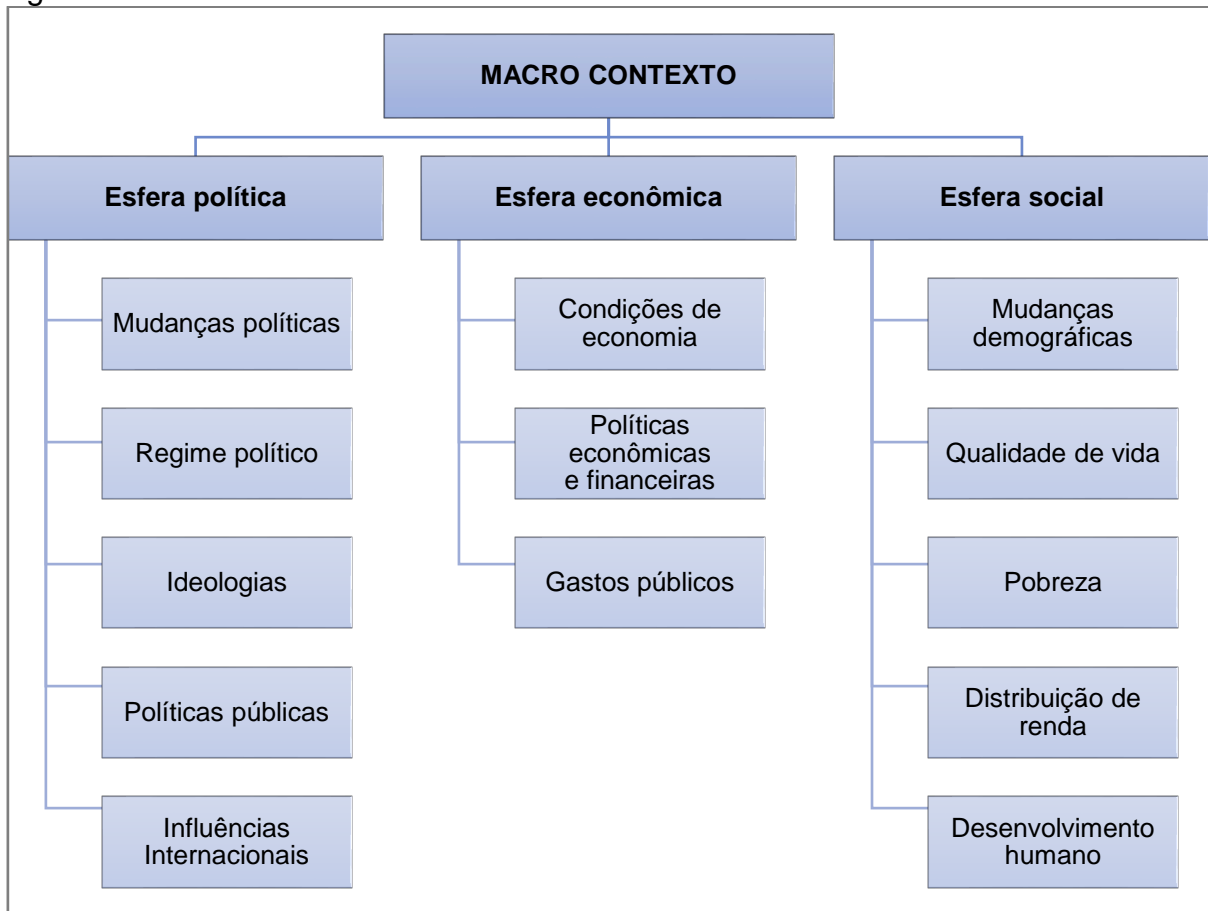
A proposta apresentada pelos autores Sampaio e Araújo (2006) tem potencial para ampliar e facilitar a observação de diversos determinantes intrínsecos à política pública em análise, pois os autores consideraram os múltiplos elementos que perpassam a complexidade de uma política pública. Nesta perspectiva, como já dito anteriormente, os autores se apoiaram em quatro categorias elaboradas por Walt e Gilson (1994): contexto, autores, conteúdo e processo. No entanto, Araújo e Maciel (2001) agregam a essas categorias a definição de cada uma delas, destacando “o quê” e “como” analisar cada uma das categorias propostas por Walt e Gilson (1994). A seguir, encontra-se descrito o que ficou estabelecido para cada uma das categorias de análise:

- **CATEGORIA ATORES** - “deve ser consideradas todas as pessoas, instituições e organizações sociais que se relacionam direta ou indiretamente com a política, em todas as fases de seu processo” (ARAÚJO; MACIEL, 2001, p. 338).

Recomendam os autores que sejam identificados os principais atores formuladores e implementadores da política pública em análise. Ainda, recomendam destacar os opositores, beneficiários ou prejudicados e seus graus de mobilização, a correlação de forças entre eles e as possíveis alianças e confrontos.

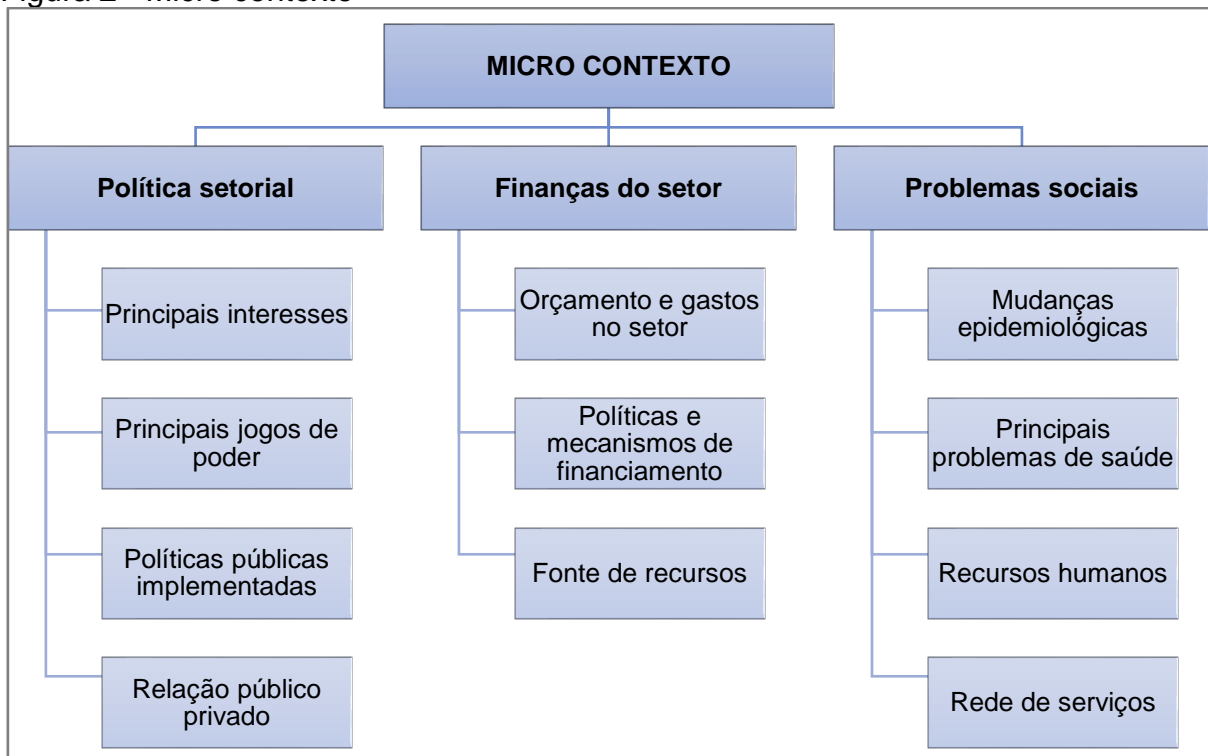
- **CATEGORIA CONTEÚDO** - nessa categoria os autores incluíram para serem considerados: os programas, projetos, ações, objetivos, metas e, ainda, os recursos materiais, organizacionais e políticos. Na análise do conteúdo, além de identificar esses aspectos, é importante considerar os resultados obtidos, analisando o alcance ou não das metas propostas. Identificar a coerência interna e externa, os resultados e a perspectiva política e social que cerca a política.
- **CATEGORIA CONTEXTO** - aqui os autores estabeleceram a ser considerado o ambiente no qual a política é proposta e implementada, ou seja, considerar a realidade sócio histórica, a realidade política, econômica, social, inclusive a dimensão ideológica que circunscreve e exerce influência com uma determinada política. Para os autores, essa categoria abrange uma dupla dimensão, e pode ser subdividida em: macro contexto (figura 1) e micro contexto (figura 2).

Figura 1 - Macro contexto



Fonte: produção da própria autora

Figura 2 - Micro contexto



Fonte: produção da própria autora

- **CATEGORIA PROCESSO** - para Araújo e Maciel (2001), nesta categoria é relevante analisar os momentos: de decisão de formulação e da implantação da política, e nesses estar alerta para os aspectos: tomada de decisão, se circunscrita a grupos elitizados ou se compartilhado com diferentes atores; identificar a extensão da política e a soma de recursos; forma de implementação identificando se o poder de decisão é descentralizado, ou se este é centralizado no gestor de maior instância e os demais gestores são meros executores; tipo de política, ou seja, se é redistributiva, se é nacionalizadora, se promove acesso sem reduzir benefícios de uns em detrimento de outros, se as regras são estabelecidas pelo poder público sobre interesses privados ou se somente interesses públicos.

Vale destacar que os autores chamam a atenção para a dinamicidade que circunscreve as políticas públicas, bem como seu caráter processual, e as etapas estabelecidas têm mais uma característica didática, uma vez que nem sempre é possível fazer essa separação.

3.4 FOCO DO ESTUDO

Esta pesquisa tem como foco a análise das diretrizes específicas diante da perda fetal e ou da perda perinatal, presentes ou não nas políticas de saúde da mulher editadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, no período de 1980 a 2010.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.5.1 Fontes documentais

Lüdke e André (1986) recomendam a análise documental em algumas situações, seja para desvelar novos aspectos de um problema, ou de um tema, seja para complementar as informações obtidas por outras técnicas. São considerados por Phillips (1974 apud LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38) “quaisquer escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano [...] estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, jornais, revistas, estatísticas. “

A área das ciências sociais recorre a esse instrumento de coleta como recurso para descrever e comparar fatos sociais, e, nesta perspectiva, Pádua (2005) alerta que esse tipo de estratégia deve ser utilizado a partir de documentos autênticos, contemporâneos ou retrospectivos.

Nesta pesquisa foi estabelecido selecionar documentos oficiais do MS, que tratam das políticas de atenção à Saúde da Mulher, sendo o recorte temático voltado para as políticas públicas voltadas para a atenção à mulher com foco na atenção ao Parto, Nascimento e Puerpério. Foi estabelecido o recorte temporal a partir de 1980, pois foi nessa década que a atenção à saúde iniciou seu enunciado teórico na perspectiva da integralidade da atenção, e foi delimitado como término do recorte temporal o ano de 2010, uma vez que a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher se deu em 2004, e com transcorridos seis anos no ano de 2010 houve um espaço de tempo para seu processo de implantação.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, a análise dos documentos se pautou na proposta de análise de políticas públicas elaborada por Araújo e Maciel (2001). Os autores afirmam que a análise se constitui em “uma técnica de estudo que permite formar uma opinião acerca de determinada política pública.” (ARAÚJO; MACIEL, 2001, p. 337).

Dentre as quatro categorias de análise - contexto, conteúdo, processo e atores propostos pelos autores, iniciaremos no tópico resultados do estudo a apresentação pela categoria contexto.

3.6.1 Aspectos éticos

Trata-se de uma pesquisa que fará análise de documentos de domínio público, disponíveis no *site* do Ministério da Saúde do Brasil, sendo eles: O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) e a Portaria nº 569/2000, do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000). Em nenhum momento teremos intervenções de qualquer natureza com seres humanos e ou documentos que não sejam de domínio público, portanto, não foi necessário a pesquisa ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mattos e Baptista (2015) consideram como de acentuada importância na análise de uma política pública inteirar-se dos agentes sociais que participaram ou participam do processo político de sua construção. Destacam ainda ser relevante conhecer os embates, as disputas, as tensões desse processo político, desvendar os modos de construir e de conduzir essa política, explorar as especificidades de cada momento histórico e ainda os aspectos culturais de cada realidade. Nesse processo, busca-se refletir sobre as escolhas e direcionamentos dos diversos grupos sociais e como se deu a participação dos sujeitos e dos diferentes atores sociais nesse movimento. Esses autores também afirmam que é impossível desvendar e ou trabalhar todos os aspectos e todas as esferas presentes e que transcorrem o processo de construção de uma política.

O método de análise desta investigação, que teve como foco as políticas de atenção à saúde da mulher, no período de 1980 a 2010, foi a matriz analítica formulada por Araújo e Maciel (2001) por meio das categorias: **contexto, atores, conteúdo, e processo**, já exposto com nesta produção. A seguir, serão apresentadas cada uma dessas categorias.

4.1 CATEGORIA CONTEXTO

Foi considerado como macro contexto ou contexto a conjuntura sócio-política do Brasil e as implicações na formulação do SUS, e no micro contexto serão abordadas políticas da saúde da mulher no período estabelecido para o estudo.

Essa categoria tem uma característica de movimento não linear, não de evolução contínua, mas sim um movimento processual, onde são demarcados conquistas e retrocessos, simultaneamente, bem como em outros momentos pode ser identificado retrocessos de conquistas anteriores e outros tipos de avanços ou mesmo lacunas ou situação de paralização.

Na perspectiva de apresentar esse movimento processual optamos por apresentar a categoria contexto dos três documentos em análise - PAISM, PNHP juntos, sem destaca-los em subitens, separadamente, no entanto destacando as

respectivas especificidades das políticas de saúde em estudo nos momentos correspondentes às respectivas elaborações e publicações.

Panorama do contexto sócio político e econômico do Brasil - 1970 - 2010 com ênfase no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1984), no Programa Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento (2000) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004).

Mesmo ciente do risco que se corre ao elaborar uma apresentação panorâmica, consideramos fundamental apresentar um breve relato de acontecimentos presentes a meados da década de 1970, década de 1980 e até início dos anos 2010 que possibilite demonstrar a diferença das diretrizes instituídas nos projetos, ou programas e políticas, institucionais de atenção à saúde da mulher

Partindo do entendimento que o setor de saúde tem uma interface direta e fortemente marcada pelo desenvolvimento capitalista, tomaremos os acontecimentos da década de 70 e 80 para apreender as transformações ocorridas no sistema de saúde, com ênfase no sistema brasileiro. Rosen (1994) afirma ser necessário tomar a compreensão que política se revela nas relações Estado-sociedade, relações políticas, econômicas e sociais, controle social, da economia da saúde e financiamento, além dos estudos sobre o papel do Estado³.

Portanto, também reafirmamos que a dimensão sócio-política e econômica bem como seus interesses têm uma estreita relação com a definição e desenvolvimento das políticas sociais, entre estas a política de saúde. Neste cenário, em meados da década de 1970, muitos acontecimentos vão marcar o cenário econômico, e também (re)definir o estabelecimento dos planos nacionais de saúde.

Em meados da década de 70, ocorreu o aumento exacerbado dos preços do petróleo, o que promoveu uma desestruturação na economia mundial, gerando uma recessão generalizada, repercutindo economicamente em todos os grandes países desenvolvidos do mundo, provocando a redução da arrecadação fiscal, situação facilitadora para a emergência de dificuldades relacionadas ao desenvolvimento desses países e, conseqüentemente, os gastos com políticas sociais passam a ser revistos, incluindo os investimentos dessa natureza em países em desenvolvimento (ALMEIDA, 1997).

³ Não pretendemos aqui abordar todas essas questões, mas sim no modesto resgate histórico possibilitar ou despertar o entendimento da complexidade que é conquistar uma política pública legalmente.

Neste processo desencadeia-se uma avaliação em relação aos resultados dos serviços de saúde, considerando os seus custos. Os resultados apontaram: “[...] os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior (a 1965) e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado” (ALMEIDA, 1997, p. 185).

Essa situação colocou em revisão o modelo assistencial hegemônico, demarcado pela valorização central do saber biomédico, atos médicos e procedimentos técnicos, que recorrem essencialmente a equipamentos de alto custo para diagnóstico e tratamento, portanto, adverso à situação de crise econômica que se instalou nesse momento histórico.

Os resultados identificados por Almeida (1997) são também explicados por esse tipo de modelo de saúde. Assim, a crise se instala e os governantes precisam dar respostas à situação instalada, ou seja, a necessidade de racionalizar versus o aumento de demandas sociais.

O contexto se caracterizava pela redução das políticas sociais frente à redução do financiamento causado pela crise econômica recessiva, e, conseqüentemente, tem-se aumento do desemprego, arrocho salarial, deterioração das condições de vida da maioria da população, condições essas que geram maior demanda para os serviços de saúde pública.

Ficou evidente a contradição presente indicando o grande desafio a ser enfrentado pelos dirigentes políticos. Era necessário desenvolver um trabalho permeado pela vontade nacionalizadora para responder às necessidades de economia dos governos e, simultaneamente, responder à pressão de diversos segmentos sociais pela manutenção dos programas sociais.

As iniquidades vividas no campo da saúde tornam-se mais visíveis diante dessa situação econômica. A Organização Mundial da Saúde promove na década de 1970 eventos⁴ com a finalidade de debater estratégias alternativas e viáveis para expandir cuidados à saúde para as populações que fossem desprovidas. A restrição aos desprovidos é explícita, uma vez que o acesso amplo e irrestrito aos serviços de saúde teria alto custo e se tornaria incompatível com a conjuntura econômica. A necessidade

⁴ Esses eventos estão apresentados em Aguiar (2007).

de racionalização dos custos com a atenção à saúde estava bem definida naquele momento.

Foi nesse processo que a OMS convoca a Conferência Internacional de Alma Ata, com o tema central de “Cuidados Primários à Saúde”, realizada no período de 06 a 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão. Tratou-se da 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial da Saúde. Estiveram reunidos representantes de 144 países, entre representação de governo e de organizações não governamentais (FRANCO; MERHY, 2003; AGUIAR, 2003; OPAS, 1978).

Nessa assembleia foi deliberado pelos países participantes a principal meta a ser alcançada, no ano de 2000: “um nível de saúde para todos os cidadãos, que lhes conferisse poder levar uma vida social e economicamente produtiva”.

No fim desse evento, foi elaborada a **Declaração de Alma Ata**, que expressa princípios essenciais para sua implantação, composta por 10 itens, entre eles é explicitado o conceito de saúde como um direito fundamental e a responsabilidade deve ser compartilhada por outros setores governamentais da área social e econômica. Afirma-se ser inaceitável a chocante desigualdade no estado de saúde das populações, principalmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, como também na internalidade destes. Declara-se ser de fundamental importância que o modelo de desenvolvimento econômico e social se assente em uma nova ordem econômica, ordem esta que possibilitasse combater a iniquidade presente entre os povos. Considerou-se a promoção e a proteção à saúde da população como condição essencial para que fosse alcançado o progresso econômico e social, resultando em melhor qualidade de vida e paz mundial (OMS, 1978).

Ainda, nessa Declaração, asseguram o direito e o dever de a população participar individualmente e coletivamente, desde o planejamento até a execução dos seus cuidados à saúde.

Ao tratar dos cuidados primários de saúde, reafirmam a relação destes com as condições econômicas e com as características socioculturais e políticas dos países. Nesta perspectiva, indicaram que os países deveriam se pautar em “resultados relevantes de pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública” (OMS, 1978, p. 2).

As formulações da Conferência de Alma Ata tornaram-se um marco histórico na organização dos sistemas de saúde, representando um dispositivo para outras iniciativas. Pode-se afirmar que após essa Conferência diversos países vêm

investindo na reformulação dos seus sistemas de saúde, visando a atingir qualidade na atenção, ampliar acesso, promover equidade, obter eficácia.

O Brasil, nesse período histórico e nesse movimento, além de sofrer os reflexos dessa crise internacional também apresentava suas características próprias. Já no início da década de oitenta, a crise da economia capitalista já comprometia seriamente a economia local e teve reflexos nos mais diversos setores da economia e, conseqüentemente, nas políticas sociais. Neste estudo, daremos ênfase no sistema da Previdência Social brasileira, principal financiador do sistema de assistência médica.

Essa crise da Previdência Social se caracterizava por um forte desequilíbrio entre receita e despesa, mas, também se evidenciou uma série de ações políticas, caracterizadas fortemente pelo desemprego crescente, redução do valor real dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, dentre outras questões, da forma de financiamento adotada; baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal; custos crescentes da assistência médica pela incorporação de novas tecnologias; bem como um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa.

Esse quadro econômico e social potencializou a crise política no país, sendo que esse momento histórico também foi marcado pela luta contra o regime autoritário e, portanto, pela redemocratização do país.

Diante desse quadro tenso pela situação política, econômica e social, instalou-se o enfraquecimento do poder político. Assim, o governo federal, tendo como presidente o General João Baptista de Oliveira Figueiredo, desencadeia algumas ações e, dentre elas, destacamos a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) através do decreto 86.329, em 1981, o qual tinha como objetivo fundamental a revisão gradual do modelo médico assistencial da Previdência Social, modelo este já apontado como incompatível pela Conferência de Alma Ata.

A estratégia inicial de viabilização das propostas do CONASP foi o plano das Ações Integradas de Saúde (AIS), sendo norteado pelos seguintes princípios: Universalidade de atendimento, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários e, ainda, planejamento e controle efetivo pelo setor

público sobre o conjunto do sistema, incluindo setor filantrópico e privado (UNESCO, 1989).

Esse conjunto de princípios visava à reorientação das políticas de saúde indicando a reorganização dos serviços, e, para tanto, assentava-se na integração interinstitucional (nível federal, estadual e municipal) em uma rede única de prestação de serviço. Essa proposta de integração das três esferas de governo tinha por objetivo minimizar a dicotomia prevenção-cura e ainda diminuir a capacidade ociosa dos serviços públicos de saúde.

É nesse contexto que o movimento pela redemocratização do país se fortalece, e particularmente no setor da saúde também se consolida o movimento da reforma sanitária, que vai se alinhar às teses democráticas e assim buscar reorganizar o setor da saúde a partir das diversas necessidades da população, e tendo como foco de propostas os princípios elaborados pelo CONASP (UNESCO, 1989).

Esse breve resgate histórico do setor de saúde, tanto mundial como no Brasil, nos possibilita apreender que por meio do movimento sanitário brasileiro o atual SUS vai se constituir como a grande bandeira da organização do setor de saúde, demarcando uma posição ético-política para essa política pública. Posição em que a saúde será considerada um bem público, de acesso universal, tomando a concepção de saúde como um direito humano e destacando a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos com ênfase em políticas de inclusão e busca da equidade

E nesse processo de luta por mudanças é que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi editado pelo MS em 1984, fruto de movimentos sociais de décadas anteriores emergentes diante do contexto social, político e econômico, tanto internacional como também pelas especificidades do Brasil. Ainda, vale destacar que sua elaboração teve como eixo norteador ser contra hegemônico com o programa de saúde materno-infantil, anteriormente vigente, caracterizado por ser alinhado a um sistema fragmentado, excludente. Também demarca o rompimento com as práticas de controle de natalidade e, assim, a elaboração do PAISM se pautou na diretriz do planejamento familiar e nos princípios de direito de cidadania.

Pereira (2008) nos traz um recorte histórico do contexto sócio-político do setor da saúde nesse processo da reforma sanitária, no qual aponta que, já no início desse processo de reorientação da organização do setor de saúde, o plano do CONASP, representado pelas AIS, recebeu críticas da Associação Brasileira de Medicina de

Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), integrantes do grupo financiado e beneficiado pela Previdência Social e que se colocavam frontalmente contra o Plano.

Já a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) integravam outro bloco de crítica; no entanto, fundamentavam as críticas pela insuficiência que o projeto do CONASP trazia, apontando que seus limites eram demarcados por um cunho racionalizador, não apresentava estratégias que interviriam nos reais determinantes agravantes da situação da saúde, e também criticavam categoricamente a ausência da representação dos usuários no processo de elaboração, implantação, acompanhamento e fiscalização da proposta. Também apontavam a omissão de uma política de recursos humanos. Preocupavam-se com as populações desassistidas.

É evidente nesse movimento de investir em mudanças de projeto ético-político a ocorrência das forças que apresentam resistência à mudança visando a assegurar a manutenção da situação, como também as forças que se destacam pela transformação e, assim, revelam a que necessidades atendem e os princípios pertencentes a cada projeto ético-político.

Diante dessa dinâmica, faz-se necessário reconhecer que ocorrem avanços e dificuldades e, desse modo, com o plano CONASP e a necessidade de mudança de modelo de assistência, tem-se como conquista a ampliação da rede ambulatorial, a contratação de pessoal, o estabelecimento de convênios entre estados brasileiros, entre os Ministérios da Saúde, Ministério da Previdência Social e Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde. Ressalta-se, ainda, que se iniciou a constituição formal de espaços coletivos de participação social, tendo a participação dos representantes dos usuários.

Assim, pode-se afirmar que as AIS se constituíram em uma proposta importante e estratégica, naquele momento histórico, mas seus limites não promoveram as transformações necessárias no cenário da produção de saúde no país.

A crise do setor continuou sendo foco do debate e tem seu marco histórico em 1986, quando o então Presidente da República, José Ribamar Ferreira Araújo da Costa Sarney, convocou a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que foi realizada no período de 17 a 23 de março de 1986, em Brasília, com mais de 5 mil participantes, entre representantes das três esferas dos governos, dos trabalhadores, usuários, de

partidos políticos, sindicatos e grupos representativos de extratos da população. Essa representatividade foi considerada um fato sem precedentes na história do setor de saúde no Brasil. A organização desses grupos sociais, por meio de muita mobilização, promoveu com planejamento e muita organização préconferências municipais e estaduais, nas quais foi possível desenvolver discussões, ouvir e registrar as necessidades e anseios dos diversos segmentos populacionais. As propostas oriundas desses encontros foram sintetizadas e levadas à 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Três temas se constituíram como eixos norteadores da discussão nessa Conferência, sendo eles:

1. Saúde: direito de todos e dever do Estado;
2. Reorganização do Sistema Nacional de Saúde;
3. Financiamento do Setor Saúde.

No primeiro tema, como síntese das discussões, foi elaborado o conceito de saúde que incorporou determinantes para além dos biológicos, tais como alimentação, transporte, acesso à posse da terra, emprego, lazer, educação, habitação, liberdade, trabalho, renda, meio ambiente, acesso a serviços de saúde.

No segundo tema, o princípio mais relevante foi que deveria ser assegurado à população o direito à saúde. Para isso, foi estabelecida a necessidade de se processar uma ampla reforma sanitária regida pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção, descentralização da gestão dos serviços, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de atendimento, participação da população no controle social.

Em todo o processo de discussão, foi se tornando evidente que o projeto da reforma sanitária tinha como imagem objetiva desse tema construir coletivamente e apresentar uma proposta para termos o SUS, devendo-se fortalecer o setor estatal, e, para tal, os três níveis - federal, estadual e municipal - deveriam assumir papéis definidos, complementares e articulados na organização do sistema de saúde.

O tema do financiamento registrou a intensa necessidade de definir índices fixos de recursos nas três esferas de governo para o setor de saúde e, ainda, expandir as fontes orçamentárias, diversificar fontes tributárias da receita da previdência, entre outras questões.

Essa Conferência se tornou um marco na história do setor de saúde brasileiro, teve repercussões que se desdobraram em várias outras conferências nacionais de

temas específicos, como Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Conferência Nacional da Saúde dos Trabalhadores, Conferência Nacional de Saúde Mental, Conferência Nacional da Saúde da Mulher, entre outras.

Nesse movimento foi criado o programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, nos Estados - SUDS, tendo como objetivo consolidar as AIS, e ainda caminhar na construção do SUS.

Na continuidade da implantação e implementação da proposta SUDS, Arouca (1988) destaca a ocorrência de sérias dificuldades e atrasamento do processo de reforma, em que uma das dificuldades apontadas foi a falta de uma condução única no nível federal que viabilizasse técnica e administrativamente o projeto ético e político que se comprometia com a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Arouca (1988) considera como indicadores de falta ou fragilidade de compromisso com esse projeto a inadequação do uso dos recursos financeiros destinados pelos Estados a diversos municípios, também o autor considera como outro obstáculo para avançar na implantação desse projeto a ausência de uma política de medicamentos e equipamentos. Outro apontamento que também é citado pelo autor dizia respeito à falta de uma definição política das Universidades quanto a seu papel regional no processo.

Para dar continuidade à viabilização e operacionalização das deliberações da 8ª CNS, foi instalada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, em agosto de 1986, o que foi fundamental para se conseguir incluir as propostas da 8ª CNS no texto da nova Constituição Brasileira que se encontrava em processo de elaboração. A inclusão dessas propostas às propostas da 8ª CNS, na Carta Magna, foi resultado de muitas articulações e discussões nas quais muitas foram aperfeiçoadas em diversos aspectos (RODRIGUES NETO, 1988).

Em 5 de outubro de 1988 é aprovada, na Assembleia Nacional Constituinte, a nova Constituição Brasileira, e pela primeira vez consta em sua redação o tema da saúde, sendo no Capítulo II da Seguridade Social, em que foram abordadas as disposições gerais da saúde, da previdência social e da assistência social. Nesse capítulo, os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 tratam de questões pertinentes à Saúde, sendo assegurado no artigo 196 que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Essa conquista foi considerada como o marco histórico e apogeu para a questão da saúde e decisiva para a implantação de uma política de saúde que assegurou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado brasileiro. Portanto, foi

assim nesse cenário de participações, discussões, disputas, negociações e enfrentamentos demarcados por uma atuação democrática que foi assegurado constitucionalmente a saúde como Direito e, assim, com muita distinção do regime autoritário que regulava a vida da sociedade brasileira.

Segundo Pereira (2008), na continuidade desse processo:

[...] disputar, negociar, pactuar se tornaram exercícios contínuos entre os atores sociais da área da saúde. Materializar diretrizes significa enfrentar desafio, pois a realidade é muito dinâmica e sempre mais complexa do que nossas mentes podem captar, portanto, colocar em funcionamento as diretrizes legais das leis orgânicas, por si só se constituiria em transpor enormes dificuldades, e estas se tornaram ainda mais complexas diante da conjuntura do momento. (PEREIRA, 2001, p. 60).

Essa importante vitória para o projeto da reforma sanitária implicou em outras demandas, inclusive no campo jurídico assegurando o Direito do acesso à saúde, e, dessa forma, podemos afirmar que a crise econômica e a luta pela redemocratização do regime político do país, nas décadas de 1970 e 1980, contribuíram para conquistas na construção do SUS e, sem dúvida, a grande mobilização social precedeu essa significativa conquista para a população brasileira.

Os princípios enunciados na Constituição Brasileira, particularmente em relação à temática da saúde, foram regulamentados pelas leis complementares e ordinárias, e destacamos as Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, fruto também de muitos debates e negociações. Na lei 8080/90 foram vetados artigos que tratavam da criação e funcionamento dos conselhos e conferências de saúde. Esses vetos foram justificados por terem sido artigos propostos de emendas do poder legislativo, e como tinham relação direta com a estrutura do poder executivo, essa proposição deveria ter sido emanada desse poder. Na mesma lógica se teve o veto para a carreira do SUS e financiamento da saúde.

E foi mais uma vez que a mobilização social promoveu a pressão sobre o executivo e este elaborou outro projeto tratando exclusivamente sobre a participação social e a transferência de recurso para o SUS, e esse projeto (PL 5995/1990) foi encaminhado ao legislativo federal, em 12 de dezembro de 1990, e assim resultou na Lei 8142, sancionada em 28 de dezembro de 1990, sendo o processo aprovado tanto na Câmara como no Senado em apenas 16 dias (GOMES, 2014). Por mais essa conquista torna-se evidente a potência que se tem a mobilização social.

Vale destacar que as regulamentações dessas duas leis complementares foram desencadeadas pelo poder executivo, cumprindo assim a competência legal, já que proposições que implicam em estruturação de atividades sob responsabilidade do poder federal são, constitucionalmente, de responsabilidade e reservadas a esse poder, mas, como alerta Gomes (2014), o executivo resistiu em apresentá-las. Nesse momento ocupava a presidência do Brasil o Sr. Fernando Collor de Mello.

A complexidade do contexto político e econômico e as diversidades regionais, estiveram presentes na implantação e implementação do SUS, no entanto, a resistência dos segmentos que defendiam e defendem esse projeto para a saúde enfrentou e enfrenta a resistência e esses desafios proporcionaram e têm proporcionado a criação de estratégias contínuas para mudanças nesse setor, inclusive direcionando o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (CAMPOS, 1999; SANTOS et al., 1999; SANTOS, 2002; 2003).

O contexto dos anos 1990 continua se conformando pelo enfrentamento dos problemas crônicos que têm estreita relação com os contrastes econômicos, sociais, políticos e culturais, segundo Luz (2001). A autora ainda afirma que esse quadro é resultante do estilo do crescimento econômico, do processo de globalização que foi fortalecido nos anos 1990, e esse processo contribuiu para a robustez da concentração de renda e da promoção da taxa de desemprego. Esses elementos econômicos tiveram uma forte determinação/influência na economia brasileira, sendo foco dos organismos financeiros internacionais em um processo constante de monitoramento, com enfoque no setor externo.

Esse cenário político e econômico evidencia dificuldades, obstáculos e, portanto, um contexto nada favorável à implantação e implementação de políticas sociais.

Na década de 1990, as demandas mais significativas foram efetivar os princípios definidos nas leis orgânicas da saúde - 8080/90 e 8142/90, e esse processo também foi demarcado, conforme já comentado acima, por mais obstáculos, em que a tensão entre os projetos em disputa é acirrada.

Foi sendo demarcado no contexto mundial a expansão das políticas neoliberais, ganhando espaço e se fortalecendo, ou seja, paradoxalmente o Estado foi se retirando das políticas sociais, e no Brasil resultou em um afastamento dos princípios instituídos na Constituição de que "Saúde é Direito de todos e Dever do

Estado”, promovendo muitas dificuldades para operar os compromissos dessa natureza (PEREIRA et al., 2008).

Esse quadro vai implicar na necessidade de muita persistência e mediações, para, minimamente, não ter perdas significativas das conquistas que já haviam sido alcançadas.

Raggio et al. (1996) destacam, em relação às conquistas legais no setor, dentro do campo das políticas públicas, os aspectos relativos à legislação, considerando o que mais avançou e também sua capacidade de se reorganizar.

Levcovitz et al. (2001) nos ofertam como fruto de uma análise das políticas de saúde uma síntese das dificuldades relacionadas à saúde dos anos 90.

Nesse movimento de resistência ao projeto neoliberal, ainda foi possível, em relação à atenção à saúde da mulher, a publicação, pelo MS através da Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000), do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e o primeiro parágrafo dessa portaria traz: “considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. “ (BRASIL, 2000, p. 4).

Nessa publicação pode-se identificar que há iniciativas que demarcam que o projeto defende os direitos de cidadania. Esse programa foi elaborado a partir das necessidades de atenção específicas identificadas junto às gestantes, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto e teve como objetivo primordial:

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2002, p. 5).

Ainda, na Portaria nº 569/2000, no Anexo II foi definido no parágrafo inicial dos:

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas. (BRASIL, 2000, p. 6).

Neste contexto de avanços e dificuldades, a atenção à saúde é contemplada com o Programa HumanizaSUS (BRASIL, 2011) e, particularmente em relação à saúde da mulher, é editado, no ano de 2014, pelo MS, o volume IV do Caderno HumanizaSUS, com ênfase no parto e nascimento e assim foi intitulado “*Volume 4 - Humanização do parto e do nascimento*”.

Nesse número em específico, o objetivo é apresentar percursos de apoiadoras/es institucionais de 26 maternidades que trabalharam, entre os anos de 2009 e 2011, no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM). Dessa experiência foi lançada, pelo governo federal, mais uma estratégia de atenção à saúde da mulher: a Rede Cegonha (RC).

A RC foi idealizada como uma rede para prestar cuidados à mulher e à criança e assim assumir o compromisso de: “Assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL 2014, p. 6).

Merece destaque a conquista em âmbito do arcabouço legal da edição de normas e portarias, referentes à saúde da mulher; no entanto, ao examinar muitas diretrizes que compõem esses documentos, ainda existe uma lacuna bem visível entre o ideal e o real. Esse período é rico no arcabouço legislativo para contribuir na estruturação e consolidação do SUS, e também nos aspectos específicos da atenção à saúde da mulher. No tocante à mulher que passa pela experiência de perda perinatal não se tem uma diretriz específica para o processo de atenção nessa situação.

Existem nas portarias e programas especificações bem detalhadas em relação a alguns tópicos, como, por exemplo, no Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que se encontra na portaria nº 569/2000. Em seu anexo II, (BRASIL, 2014) apresenta os princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto. Destaca ainda nesse anexo que:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é obrigação da unidade. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização de rotinas dos procedimentos e da estrutura física, bem como da incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas. (BRASIL, 2000.p. 6).

Nesse anexo é descrito uma série de recursos materiais necessários, bem como a caracterização de profissionais e recursos que devem compor o ambiente físico. Em nenhum item consta qualquer tipo de citação em relação à atenção a mulheres que tenham perda fetal intrauterina e ou perda perinatal logo após o parto.

Por outro lado, ao verificar a **esfera econômica**, é fundamental assinalar que no processo nessa portaria está incluso o item que define o recurso financeiro para as ações da atenção ao parto e nascimento.

Considerando as iniciativas expostas acima e com a certeza de que a realidade não se limita a elas, outras incursões, estratégias, ações, movimentos no sentido de contribuir para a implementação do SUS foram realizadas, no entanto, o contexto desse período revela as resistências, os obstáculos e o grande empenho dos movimentos sociais e atores para a implantação e implementação de muitas diretrizes assumidas nos documentos publicados pelo MS. No entanto, ao se debruçar nessas diretrizes dos documentos do MS também se sabe que ainda há muito a se conquistar e exigir que se cumpra a legislação. Ainda, vale alertar que a sustentação das conquistas tem uma relação de dependência de um processo constante de enfrentamento do desmonte das políticas públicas.

Outra política pública que comporta importante decisão e estratégia de gestão foi a elaboração e a publicação do Pacto pela Saúde, constituído por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão, firmado em 2006, entre os gestores do SUS, das três esferas de governo (BRASIL, 2006b). Neste fica consolidado prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Nessa publicação (BRASIL, 2006b), o MS estabelece como objetivos prioritários a redução da mortalidade infantil e materna e, para tanto, define que: o acompanhamento pré-natal de qualidade deve ser oferecido a todas as gestantes no próprio município onde vivem; deve-se qualificar o atendimento ao parto e nascimento nas maternidades; deve-se constituir fóruns perinatais com a participação da sociedade civil para a discussão de temas relacionados à saúde materna e infantil.

Ainda, são reservados a ela os direitos trabalhistas e sociais, os quais regulamentam o vínculo de trabalho da gestante com o empregador - garantindo a manutenção do emprego; preferência de atendimento, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial. Além disso, as grávidas têm direito ao Cartão da

Gestante, no qual são registradas todas as informações sobre o estado de saúde da mãe durante o pré-natal, o desenvolvimento da gestação e os resultados dos exames (UNICEF, 2011). (BRASIL, 2004b).

Dentro desse contexto, no ano de 2011, o MS cria a Rede Cegonha, uma estratégia operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios de humanização da assistência às mulheres e às crianças, que tem por objetivos propor um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, num formato de atenção que garanta o acesso, acolhimento, resolutividade e reduza a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Outra importante conquista para os direitos das mulheres foi a Licença Maternidade às servidoras públicas por seis meses, Lei nº 11.770 de 9 de setembro de 2008, decretada pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que altera a Lei anterior nº 8.212 de 24 de julho de 1991 (BRASIL, 1991; 2008). Essa lei permite prorrogar o prazo de licença maternidade, tanto para puérperas quanto para adoção ou guarda judicial para fins de adoção, por sessenta dias partindo do prazo estipulado pela CF, inciso XVIII do caput do art. 7º (BRASIL, 1988).

Através dessas políticas públicas as mulheres conquistam mais espaço e liberdade dentro do contexto da saúde brasileira, resultado também dos movimentos sociais feministas. Tais direitos, no entanto, nem sempre são respeitados por diversos fatores. O desconhecimento sobre os direitos constitucionais, a desatualização dos profissionais que prestam os serviços, e as políticas de cada instituição, por vezes, são os maiores limitadores do acesso aos direitos previstos em lei. Assim, a produção de conhecimento, a formação que estimule a busca constante de atualização, a prática da educação permanente são recursos que têm potencial para promover questionamentos e reflexões na perspectiva de um projeto ético e político que se compromete com a cidadania, dignidade e direitos humanos.

Na esteira de contextualizar as dificuldades enfrentadas no cenário brasileiro em relação as dimensões sócio político e econômico trata-se da questão do financiamento. Gomes (2014) afirma: “A indefinição sobre um montante estável para o financiamento do setor saúde resultou em crise a partir da década de 1990” (GOMES, 2014, p. 9). Dificuldade esta que foi e ainda é bastante robusto até os dias atuais.

É de importância fundamental conhecer sobre o financiamento do sistema de saúde, enquanto uma política pública e social de qualquer país, no caso deste estudo,

do Brasil. Não necessariamente com todo aprofundamento dos estudiosos dessa temática, no entanto, não deve ser um tópico deixado de ser acompanhado por quem defende a implantação e implementação dessa política pública. Tal afirmação se fundamenta na premissa de que é necessário saber de onde serão destinados os recursos financeiros para implantar e ou implementar qualquer política, principalmente em se tratando de política pública.

Anteriormente à implantação do SUS, mais especificamente nas décadas de 1960 e 1970, e parte da década de 1980, a saúde não se constituía como direito, assim o sistema era caracterizado como excludente, não garantia acesso universal e era fragmentado, sendo que a atenção preventiva ficava sob responsabilidade do MS e a atenção médico-hospitalar ficava sob gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social. Sobre o orçamento da área da saúde, Piola afirma:

Nos anos 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro era fortemente segmentado e excludente. Os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho e ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tinham cobertura para vários serviços de saúde. A assistência médica a cargo do INAMPS era financiada com recursos da seguridade social, por meio de contribuições dos empregadores, dos empregados e do governo federal. Adicionalmente, uma pequena parcela da população com maior poder aquisitivo pagava por serviços de saúde diretamente aos prestadores privados. Em meados dos anos 1970 e início da década de 1980, observa-se o surgimento de planos e seguros de saúde. Nesta época, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e disputava os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios ou dependia de recursos provenientes da caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas (PIOLA et al., 2009). Além disso, os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde de caráter universal estavam altamente centralizados no MS, que atuava principalmente no campo da vigilância à saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária (SERVO, et al., 2011, p. 37).

Reis et al. (2001) também assinalam que a assistência médica estava sob gestão do Ministério da Previdência Social e seu financiamento, majoritariamente, se dava pelas contribuições previdenciárias, que eram estabelecidas e descontadas em folha de salários.

Assim, pode-se resumir que, até o início dos anos de 1980, o setor da saúde brasileira tinha seu orçamento composto por recursos de duas fontes: orçamento fiscal e previdência social.

Nesse processo, é evidente que o montante de arrecadação para a saúde tinha uma relação direta de dependência com o índice de emprego, sendo que diante de crises e estagnação econômica o efeito nessa arrecadação tinha impactos diretos no setor saúde (REIS, 2001).

Após a promulgação da Lei Orgânica, prevaleceu a via infralegal, por meio de numerosas portarias ministeriais. Para que os municípios recebessem os repasses de recursos financeiros, foram definidas obrigações para que estes e os estados cumprissem e assim tivessem o repasse financeiro. No entanto, muitas dessas legislações não eram devidamente cumpridas, uma vez que os órgãos municipais e estaduais cumpriam essas obrigações de forma burocrática e assim não atingiam a finalidade prevista com sua elaboração, ou seja, trabalharem com instrumentos de gestão (relatório de gestão) que deveriam servir para nortear o processo de avaliação e planejamento, conforme definido na Lei 8.142, de 1990. O preenchimento ou elaboração dos relatórios exigidos por lei, na maioria das vezes, se dava para assegurar o depósito do montante financeiro. O nível federal não tinha mecanismos de fiscalização.

Em relação ao financiamento, pode-se identificar as diversas proposições legislativas que foram objetos de discussão no Congresso e Senado Nacional, e contribuíram para a elaboração dessa temática na Lei Orgânica da Saúde, como também perfizeram normas como, por exemplo, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), estabelecida em 1996, em caráter de arrecadação provisória, cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (Artigo 18 da Lei no 9.311, de 24 de outubro de 1996) e vigorou até 2007. No entanto, conforme cita (SERVO, 2011), esse recurso representou no passar dos tempos mais uma garantia de estabilidade na composição do orçamento da saúde que propriamente uma ampliação de recursos. Esses autores informam que a CPMF, nesses dez anos de vigência - 1997 a 2007, teve a parcela em torno de 30% do total dos recursos federais para a Saúde.

A Emenda Constitucional 29/2000, que vinculava os recursos da União, Estados e Municípios para compor o financiamento da saúde em relação à União,

estabelecia que no ano de 2000 os recursos destinados à saúde deveriam ser o montante empenhado em 1999 (ano anterior) tendo um acréscimo de, no mínimo, 5%. Para os estados e o Distrito Federal, foi previsto um investimento de 12% da receita, e para os municípios foi definido, no mínimo, 12% da receita total de cada município; também se definiu o percentual mínimo de 7% a ser aplicado para esses entes da federação (IPEA, 2005; RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005; CONASS, 2007). Também, no início de 2012, foi aprovada a lei complementar nº 141 que regulamentou a EC 29/20.

Vale chamar a atenção para o fato que foram 12 anos de trâmite na Casa Legislativa para se conseguir colocar em pauta a matéria do financiamento na saúde e, ainda, em sua aprovação final, pela lei complementar 141/12, foi mutilada sofrendo muitos e importantes cortes, deixando muito a desejar no alcance da proposta original.

A regulamentação da EC no 29 ocorreu em 2012 e apenas uma dessas expectativas foi atendida: a definição de ações e serviços públicos de saúde. A regulamentação não promoveu mudança do critério de vinculação dos recursos federais ou embutiu a criação de uma nova contribuição. Além disso, outras questões relativas à gestão do SUS e aos critérios de transferências de recursos para estados e municípios ainda demandam uma definição mais clara. (PIOLA et al., 2013, p. 36).

Não se pode negar o avanço neste aspecto com a implantação do SUS, no entanto, o subfinanciamento na saúde constitui um enorme obstáculo para a viabilização de uma política de saúde que possa ser operacionalizada e ofertada com qualidade e dignidade assegurada constitucionalmente, como direito do cidadão.

O Brasil ainda deve muito na elaboração e na melhoria dessa legislação financeira, como também no seu cumprimento para ser viabilizada a atenção à saúde de forma universal e com dignidade como já previsto em lei. Quando se compara o gasto do Brasil com o SUS com alguns países europeus, em 2008, é possível identificar que o Brasil destinou 3,24% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto Reino Unido, Suécia, Espanha, Itália, Alemanha, França, Canadá e Austrália destinaram para o setor em média 6,7% (MARQUES, RM; MENDES, A., 2012).

No período que este estudo se propôs a analisar as políticas de atenção à saúde da mulher, um dos estudiosos da área de financiamento do setor de saúde do Brasil, o saudoso professor Gilson Carvalho (2013, p. 20), afirma em uma de suas publicações:

Faço o demonstrativo de três evidências a partir de dados concretos mostrando o constante desfinanciamento federal.

1a Evidência: o gasto federal per capita caiu entre 1997 e 2008 e só aumentou depois diante da ameaça da gripe suína. Em 1997 eram R\$ 294 per capita. Em 2003, primeiro ano do governo Lula, R\$ 234, e em 2008, R\$ 289.

2a Evidência: entre 1995 e 2011 caiu o gasto percentual em relação à Receita Federal. Em 1995 o Ministério da Saúde teve disponível para suas atividades 11,72% da receita corrente bruta da União. Em 2011, esse percentual caiu para 7,3%.

3a Evidência: a participação federal no financiamento da saúde pelas três esferas de governo veio caindo e aumentando a participação de estados e municípios. Em 1980 a participação federal era de 75%, a estadual, 18%, e a municipal, de 7%. Em 1991, 73% da União, 15% dos Estados e 12% dos municípios. Em 2001 a União continua diminuindo seu gasto agora representando 56%, os Estados, 21%, e os municípios, 23%. Já em 2011, a União apenas contribuiu com 47%, os Estados, com 26%, e os municípios, com 28%.

Em relação ao financiamento houve avanço, quando comparado a antes da 8ª Conferência, tendo em vista que foram instaladas as transferências automáticas e progressivas do nível federal para os estados e municípios e a maior participação desses últimos no sistema local de saúde. No entanto, reconheceram como dificuldade a não implantação do orçamento da seguridade social, como também a não estabilidade de fontes de recursos na maior parte de tempo desta década.

A descentralização da gestão do SUS e a relação entre os gestores é um outro aspecto que merece ser foco da análise do contexto, tendo em vista que as diretrizes das políticas públicas e suas implantações têm uma relação também com a articulação e vontade política dos gestores dos três níveis de governo. Levcovtiz et al. (2001, p. 271) destacam avanços no que diz respeito à

transferência progressiva das responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios e também a criação de instâncias e instrumentos de negociação para definir e implementar as diretrizes políticas do SUS.

No entanto, a indefinição do papel do gestor estadual não avançou como necessário e pode ser reconhecido que conflitos e falta de cooperação entre todos os gestores de todas as esferas contribuem para aumentar as dificuldades do processo. Mesmo assim, tivemos vários estados e municípios que demonstraram melhora na capacidade gestora, além da produção de novas experiências de organização, como positivo o aumento da oferta de serviço, com ênfase em regiões desassistidas.

Para a política de implantação do SUS, o aumento da capacidade técnica de gestão do sistema, no âmbito do estado e dos municípios, enfrentou dificuldades, relatam esses autores. Foi evidenciado a distorção na formação dos profissionais, bem como disparidade da distribuição de pessoal no país, e a dificuldade dos estados e municípios no processo de contratação de pessoal, o que foi acentuado pelas medidas tomadas pelo Estado que imprimia uma reforma no sentido de reduzir gastos, principalmente com pessoal.

Levcovitz et al. (2001) revelam a deficiência do controle social, principalmente em relação ao funcionamento efetivo dos Conselhos, tanto em nível estadual como municipal, e o caráter consultivo e não deliberativo dessas instâncias, porém não deixam de reconhecer a instalação dos Conselhos em todos os estados e em grande parte dos municípios, destacando a participação dos usuários.

Essa consideração pode ser reafirmada por Santos (2000), quando afirma ter mais de 4.000 Conselhos implantados, sendo que, destes, 3.000, aproximadamente, com funcionamento regular e mais de 1.000 ainda bastante precários, no ano de 2000, no conjunto dos 5.506 municípios brasileiros.

Mesmo enfrentando as dificuldades geradas pelo avanço das políticas neoliberais, Levcovitz et al. (2001) enfocam a atenção aos usuários e, nessa perspectiva, enumeram a ampliação do acesso e de ações oferecidas pelo SUS, incluindo a expansão das práticas de atenção, as experiências com compromisso de mudança de modelo de gestão visando ao estabelecimento de vínculo e a integralidade das ações, a implantação e implementação dos Agentes Comunitários de Saúde e do Programa da Saúde da Família, todos esses citados são elencados como iniciativas favoráveis ao SUS, assim como o resultado de melhoria dos indicadores de saúde. Por outro lado, denunciam as restrições do acesso, mantendo muitas desigualdades, e enfatizam a manutenção do modelo assistencial fortemente marcado pela medicalização e uso inadequado de tecnologias, com baixa resolubilidade em muitos serviços do SUS, nos diversos estados brasileiros.

A complexidade das intervenções no sentido de avançar na direção dos preceitos do SUS é imensa, como já afirmamos anteriormente, e as ações se dirigem para diversos focos - financiamento, política de recursos humanos, gestão do sistema e mecanismos de controle social-, mas, sem dúvida, é reconhecido que o modelo de atenção precisava de mais intervenção visto a manutenção das práticas de saúde serem marcadas por fragmentação das ações de atenção, centradas em

procedimentos, aspectos curativos e na terapêutica fortemente medicamentosa. O princípio da integralidade da assistência estava/está muito distante do desejado, comprometendo a resolubilidade e o atendimento das necessidades da população.

Neste contexto e considerando as diversas experiências, o MS lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família - PSF (BRASIL, 1993). Enfrentando os ditames da ideologia neoliberal, tem-se que reconhecer que mesmo assim a resistência, a criatividade e os recursos estratégicos possibilitaram, além da implantação do Programa da Saúde da Família, outras conquistas, tais como o Serviço Médico Móvel de Urgência (SAMU).

Os primeiros SAMUs inaugurados nas capitais do Brasil foram o de São Paulo em 1989, Belém (Pará) em 1994 e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) em 1995. No período de 2000 a 2002 foram inaugurados os SAMUs Natal (Rio Grande do Norte) e Recife. Esses SAMUs, inaugurados antes da primeira regulamentação federal editada em 2003, retratam a iniciativa de gestores que pertenciam à RBCE e implementavam soluções locais. Entre 2003 e 2004 foram inaugurados cinco SAMUs. No período 2005-2006 houve uma franca expansão de SAMUs metropolitanos, com 14 inaugurados, atingindo uma cobertura populacional de 35%. Depois de 2006, mais três capitais inauguraram seus SAMUs. Durante esses anos, outros SAMUs metropolitanos foram inaugurados fora das capitais, com destaque para Campinas e Ribeirão Preto, inaugurados ainda em 1996. (O" DWVER et al., 2017, p. 4).

O aumento do acesso a serviços de saúde pública é um outro destaque que é apontado por estudiosos na área de políticas de saúde, bem como outras conquistas; nesse sentido, ao completar 30 anos de SUS - 2018- (LIMA, et al., 2018), apresentam uma síntese apontando os avanços e desafios presentes nesse período.

O Programa Saúde da Família, inicialmente restrito a poucos municípios, expandiu no território nacional atingindo cobertura de mais de 60% da população, com resultados positivos para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares. O Programa Nacional de Imunizações, cuja história remonta aos anos 1970 ampliou a cobertura vacinal média de menores de um ano e incorporou novas vacinas direcionadas a grupos populacionais específicos, como a vacina contra HPV (papilomavirus humano) para adolescentes e contra a gripe (influenza) para idosos. Em relação às ações de prevenção e tratamento da aids, destaca-se a melhoria do acesso à terapia antirretroviral que resultou em aumento da sobrevivência de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida e portadores da doença bem como diminuição na incidência graças à baixíssima carga viral entre os portadores tratados. (LIMA et al., 2018, p. 1).

Estudos revelam ainda a abrangência e a efetividade da política brasileira de controle do tabaco, que reduziu a prevalência de fumantes de 29% para 12% entre homens, e de 19% para 8% entre mulheres, no período de 1990 a 2015. Mais recentemente, a existência de um sistema de vigilância atuante permitiu a detecção do aumento do número de casos de microcefalia e o levantamento da hipótese de sua associação causal com a infecção congênita pelo vírus Zika, que tiveram desdobramentos importantes para implantação de uma estratégia coordenada no controle da epidemia em âmbito internacional e nacional. (LIMA et al., 2018, p. 1).

Nessa análise, os autores apresentam como fragilidades, desafios e mesmo ameaças à política social de saúde brasileira o SUS:

Como fatores explicativos, análises sobre a política de saúde de 1990 a 2016 enfatizam a diversidade dos condicionantes que tiveram efeito limitador das mudanças necessárias: a existência de interesses e agendas conflitantes, a não priorização da consolidação de um sistema de saúde universal pelos sucessivos governos nacionais eleitos, a dualidade da atuação do Estado (que fomenta o público, mas principalmente o produtor privado por meio de incentivos diversos), a marcante estratificação social e o caráter das relações Estado-mercado no capitalismo brasileiro e na saúde. Fato é que hoje o contexto de crise política e ameaças de desmonte do Estado e dos direitos sociais conquistados na Constituição de 1988, nos fazem refletir sobre a urgência da construção de propostas alternativas que possam combater as desigualdades em suas múltiplas dimensões e determinações. A luta pelo SUS exige a revisão do pacto político que permeia as relações Estado e sociedade e, por isto, a construção de alianças progressistas e de debates ampliados que resultem em um projeto de desenvolvimento socialmente inclusivo e ambientalmente sustentável para o país. Entre outros, a promoção da redistribuição e desconcentração da renda e da riqueza, da justiça tributária, da segurança no trabalho e nos demais espaços da vida, da desmercantilização e da provisão adequada de serviços sociais de cidadania no campo e nas cidades, são elementos centrais a serem contemplados. (LIMA et al., 2018, p. 2).

Mais especificamente em relação à atenção às políticas de atenção à saúde da mulher nesse período de 1980 a 2015, destacamos a realização da Conferência Nacional “Saúde e Direitos da Mulher”, entre 10 e 13 de outubro de 1986, com a participação de 900 representantes de todos os estados e territórios da Federação, dos quais 549 credenciados como delegados, que trouxeram para o fórum de debate as propostas consolidadas nas préconferências realizadas nas respectivas regiões dos delegados presentes. Nesse histórico encontro nacional, o eixo central das discussões se pautou pela compreensão de que saúde tem relação direta com os determinantes sociais, reafirmando o postulado da VIII CNS realizada entre os dias

17 e 23 de março desse mesmo ano, ou seja: a saúde passa a ser compreendida como o direito a uma vida digna e plena, sem discriminação de sexo, raça, idade ou classe social. Entre os diversos temas que foram amplamente discutidos e aprovados integralmente tem-se: Assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do SUS; Direitos da reprodução humana; Aborto; Sexualidade feminina (BRASIL, 1987).

Assim, a partir do PAISM elaborado em 1983/1984, foi elaborada e editada pelo MS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no ano de 2004. Esta foi constituída tendo por base o diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, e as considerações e deliberações das diretrizes que orientam as políticas de Saúde da Mulher foram estipuladas considerando o contexto da redemocratização do país, as Conferências Nacionais e a Conferência de Alma-Ata (1978), como também a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista. As diretrizes do PNAISM estabeleceram compromisso com ações que promovessem o atendimento clínico-ginecológico, planejamento reprodutivo, acompanhamento do pré-natal e atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (UNICEF, 2011).

Nessa esteira da PNAISM, o MS em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publica o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, com o objetivo de promover o conhecimento às mulheres, gestantes e famílias sobre os direitos conquistados legalmente e ainda fazer com que saibam como exigí-los. As diretrizes do PNAISM (2014) implicam que o MS se compromete a garantir à gestante o acesso e o direito à saúde na gravidez com a realização de pré-natal, parto e pós-parto de qualidade dessa assistência). Ainda, expõem os direitos de natureza trabalhista (manutenção do vínculo trabalhista; do emprego) e de ordem social: atendimento em caixas especiais, em diversos estabelecimentos, prioridade em fila, acesso pela porta da frente em transportes coletivos e assento reservado nesses transportes. (PASCHOAL et al., 2013).

Quadro 1 - Análise da categoria CONTEXTO referente aos documentos editados pelo Ministério da Saúde, do Brasil: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, segundo proposta analítica de Araújo e Maciel (2001).

CONTEXTO	
PAISM	Situações de crises econômicas, políticas e por movimentos pela luta da redemocratização do país, o que favoreceu o rompimento, ou no mínimo o investimento em práticas de saúde que tomassem a saúde para além do corpo biológico e assim defendessem e mesmo resistissem para que as ações e programas voltados para a saúde da mulher não tivessem o foco somente no aparelho reprodutor feminino. Momento histórico que na década anterior passou por uma crise econômica internacional com reflexo intenso no cenário nacional e este ainda agravado por uma crise política. Nesse momento do contexto era de luta para o estabelecimento de estrangeiras de participação democrática para a elaboração e implantação de políticas sociais.
PHPN	Foi na esteira da luta pelo fortalecimento da democrática, luta pelos direitos humanos, direitos das mulheres e a implantação do Sistema Único de Saúde pautado nos princípios da integralidade e no princípio constitucional de saúde com o direito e na resistência ao projeto de saúde regulada pelo comércio emerge a elaboração e publicação do PNP. Contexto demarcado com tensões entre o projeto que defende a saúde como direito e dever do Estado (SUS) e o projeto neoliberal que defende o Estado Mínimo.
PNAISM	Um contexto demarcado por avanços do projeto neoliberal, por outro lado torna-se evidente a permanente resistência a esse projeto. Foi nessa contradição e enfrentamento que ainda se tornou possível, em relação à atenção à saúde da mulher instituir legalmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher A indefinição sobre um montante estável para o financiamento do setor saúde resultou em enormes dificuldades para a implantação e implementações das políticas de saúde, mesmo diante de diversas proposições legislativas que foram objetos de discussão no Congresso e Senado Nacional com vista a definir os parâmetros do financiamento desse setor.

Fonte: produção da própria autora

4.2 CATEGORIA ATORES

Nesta categoria de análise, os autores Araújo e Maciel (2001, p. 338) incluem “todas as pessoas, instituições e organizações sociais que se relacionam direta ou indiretamente com a política, em todas as fases de seu processo”. Ainda, recomendam identificar a posição destes frente à política, destacando os atores que apoiam ou são contrários, resistentes à política em estudo.

Mattos e Baptista (2011, p. 70), estudiosos de políticas públicas, consideram esta categoria como a que possibilita a “compreensão de que são os sujeitos que fazem a história [...] sendo importante reconhecer suas diferentes inserções e atribuições”.

Os três documentos relacionados a Políticas de Atenção à Mulher no Brasil, editados pelo MS, são o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), de 2000, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004. Esses documentos que traduzem os compromissos dessa política de saúde possuem uma complementariedade, e são indissociáveis, não sendo dissonantes. Portanto, recuperar seus atores remete a reconhecer instituições, movimentos e atores que são precursores das ideias que defendiam a dignidade e os direitos humanos, com ênfase nos direitos da mulher. Assim, nesta primeira parte, serão apresentados os atores que iniciaram essa luta na área da saúde da mulher e, em cada um dos três documentos que são foco deste estudo, serão apresentados os atores mais pontualmente relacionados a cada um deles: PAISM PHPN e PNAISM.

4.2.1 PAISM - atores

Os investimentos teóricos e práticos realizados para a reversão ou enfrentamento das políticas de atenção à saúde da mulher tiveram ênfase na assistência ao parto e foram acrescidos de todo o contexto sociopolítico sanitário que potencializou o movimento pela luta dos direitos humanos. No Brasil, ocorria a luta pela redemocratização do país, no final da década de 1970 e início da década de 1980, e foi quando atores sociais se mobilizaram e articularam para concluírem, em 1984, a redação do PAISM, que foi publicada nesse mesmo ano.

Assim, a abordagem desse programa se diferencia dos programas de saúde materno-infantil, que tinham como finalidade maior intervenções no corpo da mulher com vistas a certificar que os corpos dos seus filhos atendessem as necessidades da estrutura social hegemônica, ou seja, os interesses do capitalismo (CANESQUI, 1987).

A proposta do PAISM foi elaborada por uma comissão composta por três médicos e uma socióloga. Compuseram a comissão a médica sanitarista Ana Maria Costa, que também tinha um vínculo forte com o movimento das mulheres; também,

a socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Maria da Graça Ohana. Participaram ainda os ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto. Essa participação os intitula como atores sociais do PAISM. Também se acrescenta como atores as Universidades às quais os médicos ginecologistas eram vinculados, mesmo porque estes tinham desde a década de 1970 ações e projetos comprometidos com uma visão de atenção integral no atendimento às mulheres (OSIS, 1998).

Como em toda proposta de mudança, emergem as forças resistentes e mesmo contrárias, e no PAISM os atores e atrizes dessa natureza se constituíram de forma pulverizada em alguns grupos de mulheres, de partidos políticos, setores acadêmicos e da categoria médica, principalmente ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM), que apontam contradições no programa e ainda suspeitavam que o programa tinha como foco real e principal o controle da natalidade no Brasil (OSIS, 1994).

Carmem Barroso⁵, uma das articulistas dos movimentos das mulheres, manifestava que a introdução das ações de anticoncepção vinha ao encontro de uma das demandas das mulheres brasileiras, o que não gerou nenhuma interrogação, nenhum questionamento quanto à inclusão dessa temática no PAISM. Esse anseio de anticoncepção era compreendido de forma diferente e até mesmo combatiam a defesa do planejamento familiar propagada pela BEMFAM, ao defender que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos (SOBRINHO, 1993; ROCHA, 1993 apud OSIS, 1998, p. 29).

Os esforços empreendidos para a elaboração e publicação do PAISM tiveram a participação de diferentes grupos da sociedade, dentre eles, particularmente, sempre esteve presente o movimento das mulheres e aqueles que os questionavam e possibilitaram o diálogo e os esclarecimentos ou entendimentos diferentes que defendiam; mesmo em campo de tensão, todos são reconhecidos como atores e autores dessa obra intitulada PAISM, enfim, participantes da construção dessa história.

⁵ Segundo o *website* ONU NEWS, o “Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Carmen Barroso tem ‘longo compromisso’ com causas relacionadas à população e foi ‘pioneira em estudos de gênero’ no Brasil; em entrevista à Rádio ONU, ela falou sobre ‘honra’ pela premiação e desafios para se alcançar metas relacionadas à saúde de mulheres, crianças e adolescentes”.

Um momento marcante do PAISM se deu em 21 de junho de 1983, ocasião em que o então Ministro da Saúde, Waldir Arco Verde, prestava depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no senado brasileiro, sobre a investigação que se dava em torno do crescimento populacional, o Ministro apresenta a proposta do PAISM, consolidada em 1984. O Ministro Waldir Arco Verde representou e exerceu diante do seu poder institucional grande e valioso apoio para a consolidação dessa publicação. Assim, temos mais um ator social que deixou seu legado ao PAISM (OSIS, 2005).

A história construída por esses atores vai ter continuidade dentro dos movimentos sociais que continuaram e continuam em busca da instituição legal e legítima das políticas de atenção integral à saúde da mulher.

Nesta perspectiva, a seguir, serão apresentados os atores da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

4.2.2 PHPN - atores

O Programa da Humanização do Parto e do Nascimento, editado pela portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4.

Neste documento, a realização do parto foi considerada uma prática desumanizante, e, em momentos históricos anteriores à assistência médica, a desumanização era ditada e apoiada pela Igreja Católica ao considerar que o parto era consequência do pecado capital e, portanto, não era permitida nenhuma intervenção que aliviasse suas dores; ainda, era ilegal a realização de procedimento preventivo para seus riscos (DINIZ, 2005). Desta forma, a Igreja Católica foi uma instituição incluída na categoria atores.

Com o advento da prática médica, mais especificamente da Obstetrícia médica, toma-se como objeto de preocupação o parto sem dor e procura-se abolir a ideia do parto como desígnio de Deus, tomando o parto como a hora bendita da maternidade, caracterizando uma posição humanitária e antagônica a da Igreja Católica. Aqui pode-se elencar mais um ator social na análise das políticas de atenção à saúde da mulher, ou seja, a Obstetrícia médica (MAGALHÃES, 1916).

Além da teoria baseada no teocentrismo, que considera as dores do parto como castigo divino, desenvolveu-se a teoria cartesiana, que se fundamentou na física e na matemática para estudar a pélvis feminina e explicar a dinâmica do parto e propor

intervenções que aliviassem a dor, através do uso de medicamentos que levavam a mulher a ficar inconsciente e, portanto, a não se lembrar da experiência do seu parto (DINIZ, 2005). Essas intervenções médicas também revelam que a produção do conhecimento está entre os atores que alicerçam as diretrizes das políticas da saúde.

Essa prática do parto inconsciente no Brasil teve como expoente Fernando Augusto Ribeiro Magalhães⁶, e este também se tornou um ator na luta pelas políticas de saúde da mulher, apoiando o parto inconsciente.

Em um movimento contínuo da ciência médica, a hospitalização, em meados do século XX, já era fato consumado em muitos países, e naquele momento a norma era de que a mulher deveria estar consciente durante o parto. Para tanto, foram instituídas uma série de rotinas, que definiam a posição deitada e se preciso até era feita a contenção da mulher, era prescrito a episiotomia, não era permitido acompanhante e todos os pertences da mulher, incluindo óculos, dentaduras, eram retirados e guardados sem que as mulheres tivessem acesso direto, enfim, os aspectos das relações humanas ficavam muito a desejar. Em alguns hospitais maternidades, principalmente vinculadas a hospital escola, o uso do fórceps era frequente em primíparas.

Esse conjunto de procedimentos foi sendo alvo de questionamentos e provocou a emergência de um movimento internacional com vista a se opor a práticas que utilizassem dessas tecnologias e passassem a incorporar tecnologias apropriadas, visando à qualidade e a interação entre as mulheres e os profissionais dos serviços de saúde.

Esse movimento foi intitulado de Humanização ao Parto, e no Brasil ocorreram muitas iniciativas nessa direção.

Diniz (2005) informa que o feminismo teve papel central nesse processo “[...] incluindo o movimento de usuárias que tiveram um papel central, desde o movimento pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970,

⁶ De acordo com o *website* da Academia Nacional de Medicina, Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães nasceu na cidade do Rio de Janeiro, a 18 de fevereiro de 1878. Fez seus estudos preparatórios no Colégio Pedro II e doutorou-se em Medicina pela Faculdade Nacional de Medicina, em 1899, defendendo a tese intitulada “Indicações nos vícios de conformação da bacia”. Foi Professor catedrático de Clínica Obstétrica, em 1922, Diretor da Faculdade Nacional de Medicina, em 1930, Reitor da Universidade do Rio de Janeiro (1931 a 1934), estabelecimento a partir do qual constituiu-se a Universidade do Brasil. Deixou uma vasta obra médica, da qual se destacam os seis volumes de “Clínica obstétrica”, “As lições de clínica obstétrica”, “A obstetrícia no Brasil”, “Síntese obstétrica” “Obstetrícia forense” e mais de 200 trabalhos esparsos sobre assuntos médicos. Foi um ilustre orador.

com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres” de acordo com BWHBC (1998 apud DINIZ, 2005, p. 629).

Ainda, Diniz (2005) afirma a forte influência que as feministas tiveram nos rumos de inscrever a assistência à mulher fundamentada nos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos.

Pelo exposto, já se identifica que o movimento feminista foi um dos atores presentes e influentes na luta para que a atenção à saúde da mulher fosse alicerçada nos direitos humanos.

Na década de 1970, as ciências sociais marcaram posições favoráveis a uma política de atenção à mulher comprometida para além do corpo anatômico e fisiológico, trazendo os aspectos culturais, mostrando as relações sociais tanto das sociedades primitivas como das sociedades mais complexas na condução do parto. Assim, mais um tipo de ciência se apresenta como um dos atores desse movimento (HOWARDJ; STRAUSS, 1975).

No Brasil, Galba de Araújo e Moisés Paciornick, respectivamente com atuação no Ceará e no Paraná, tornaram-se dissidentes da obstetrícia que defendia mais a tecnologia e se inspiraram em experiências de indígenas e parteiras, trazendo grandes contribuições ao movimento de Humanização ao Parto e Nascimento. Vale mencionar também os grupos de práticas integrativas e complementares (chamadas antigamente de práticas alternativas), que também introduziram na assistência ao parto a Yoga, contribuindo para esse movimento de mudança (DINIZ, 2005).

Em Diniz (2005), é possível identificar como a Organização Pan-Americana da Saúde e os seus escritórios instalados em vários locais do mundo, bem como a Organização Mundial da Saúde, tiveram papel muito importante nessa mudança de prática de saúde, apoiando eventos e elaborando publicações acerca da defesa da assistência à mulher comprometida com o conceito de saúde como um dos direitos humanos; assim, essas organizações passam a compor os atores que reescreveram a história da atenção à saúde da mulher. Ainda, o Medicina Baseada em Evidência reescreveu o parto e teve forte influência nos novos rumos para as intervenções assistenciais, o que também o elege como um ator nesse processo de mudança.

No Brasil, um ator relevante na atenção à saúde da mulher foi o SUS, por apresentar em seus princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade e, entre os princípios organizativos, a participação social. E o conceito de saúde é tido como saúde resultante das condições de vida, portanto inclui os

determinantes sociais, econômicos e culturais, vindo ao encontro da defesa da luta pela saúde da mulher enquanto uma prática pautada na dignidade e nos direitos humanos.

Ainda no Brasil, em 1983, é constituída a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - REHUNA, que também desenvolveu uma série de atividades pertinentes à luta pela mudança das práticas de atenção à mulher e em especial ao parto, o que lhe confere ser um ator nessa empreitada na conquista para mudanças, tanto na prática assistencial como na elaboração de políticas públicas comprometidas nessa direção da humanização ao parto, ao nascimento e ao atendimento às mulheres.

O Sr. José Serra era o Ministro da Saúde na época da edição do PHPN, em junho de 2000, sendo a autoridade máxima da pasta da saúde e, portanto, um ator desse programa ao promulgar essa portaria.

Pelo exposto, foi possível apreender que os primórdios do movimento da Humanização do Parto e Nascimento subsidiaram as políticas de saúde voltadas para a especificidade da saúde da mulher, pois nesta se desencadeou a necessidade de lutar por política/programa de atenção integral à mulher.

Na continuidade, serão apresentados os atores do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

4.2.3 PNAISM - atores

Além das citações de atrizes e atores sociais destacados no Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), em 2000, e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), editado em 1984, são aqui considerados atores que também estão presentes na história da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), publicada em 2004.

Assim, na continuidade, reforçaremos alguns atores já mencionados bem como novos personagens que fizeram essa história.

Na apresentação do documento da PNAISM, encontramos a citação do reconhecimento dos vários segmentos que participaram e contribuíram com a elaboração dos princípios e das diretrizes da PNAISM, conforme pode ser identificado na transcrição abaixo:

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento 'Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes', **em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.** Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2004b, p. 5, grifo nosso).

Ainda, citam a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada na cidade do Cairo, em 1994, como um dos eventos reconhecidos na construção dessa política.

Com a instituição dos espaços do controle e participação social pela lei 8042/90, foram criados Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, espaço triparte com representação de 50% da sociedade civil organizada, 25% de representantes de trabalhadores e 25% de gestores. Esses espaços possibilitaram a inclusão e a discussão de diversos temas, entre eles os referentes à saúde da mulher. Dessas discussões, muitas decisões subsidiaram a formulação do PNAISM, e, com essa mesma característica da instituição legal das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais, os movimentos sociais organizados levaram para esses fóruns de discussão e de deliberação reivindicações pertinentes à melhoria das condições de saúde e de organização e atendimento nos serviços de saúde, sendo que os grupos organizados de mulheres e o movimento feminista marcavam presença na apresentação de propostas, nos grupos de discussão, bem como nas plenárias de deliberações participando nas questões específicas à saúde da mulher, com reconhecido saber sobre esta especificidade, mas também nas questões gerais da reforma sanitária que culminou com a criação do SUS.

Foi nesse processo participativo da 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi aprovada e convocada a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em outubro de 1986, sob coordenação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, contando, ainda, com o apoio do MS, do Ministério da Previdência e dos movimentos de mulheres de todos os estados brasileiros. Assim, além de reafirmar, também produziram as propostas com mais detalhes e especificidades, estabelecendo as diretrizes norteadoras das políticas de saúde da mulher, tomando

como referência os princípios e os conceitos aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde. Diante do exposto, agora incluem-se no conjunto de atores da história da PNAISM a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, ambas realizadas em 1986 (SANTANA et al., 2019).

Nesse momento histórico ocupava a presidência do Brasil o Sr. Luiz Inácio Lula da Silva e respondia pela pasta do MS o médico sanitário Arthur Chioro.

A característica mais marcante do processo de construção dessa política é a forma da participação dos atores sociais nessa história, vindo ao encontro de conceitos sobre política pública:

‘Políticas públicas’ são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. [...] conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. (TEIXEIRA, 1997, p. 43).

Fazer essa análise permite apreender o movimento da sociedade retratando as demandas sociais que emergem nas relações concretas da vida, como se processa os enfrentamentos nas adversidades e nas parcerias e o entendimento que as conquistas são fruto de muita mobilização, muito reconhecimento dos saberes e poderes dos diferentes segmentos da sociedade, e que é nesse movimento que os homens, as instituições e organizações escrevem a história das políticas públicas.

Quadro 2 - Análise da categoria ATORES referente aos documentos editados pelo Ministério da Saúde, do Brasil: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, segundo proposta analítica de Araújo e Maciel (2001).

ATORES	
PAISM	Atores sociais se mobilizaram e articularam para concluírem, em 1984, a redação do PAISM. A comissão, composta por três médicos e uma socióloga: a médica sanitária Ana Maria Costa, que também tinha um vínculo forte com o movimento das mulheres; também, a socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Maria da Graça Ohana. Participaram ainda os ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto. Ainda, as forças resistentes e mesmo contrárias, e no PAISM os atores e atrizes dessa natureza se constituíram de forma pulverizada em alguns grupos de mulheres, de partidos políticos, setores acadêmicos e da categoria médica, principalmente ligados à

	<p>Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil (BEMFAM), que apontam contradições no programa e ainda suspeitavam que o programa tinha como foco real e principal o controle da natalidade no Brasil (OSIS, 1994). Também inclui como atores a participação de diferentes grupos da sociedade, dentre eles, particularmente, sempre esteve presente o movimento das mulheres e aqueles que os questionavam e possibilitaram o diálogo e os esclarecimentos ou entendimentos diferentes que defendiam; mesmo em campo de tensão, todos são reconhecidos como atores e autores dessa obra intitulada PAISM, enfim, participantes da construção dessa história. O Ministro Waldir Arco Verde representou e exerceu diante do seu poder institucional grande e valioso apoio para a consolidação dessa publicação. Assim, temos mais um ator social que deixou seu legado ao PAISM (OSIS, 2005).</p>
PHPN	<p>Historicamente, pode ser incluído como atores a Igreja Católica, a obstetrícia médica. O Brasil teve como expoente Fernando Augusto Ribeiro Magalhães, a ciência médica. O movimento feminista teve papel central nesse processo. Nas décadas de 1960 e 1970, conseguem instituir os centros feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres, e nesse processo apresentam a proposta da assistência ao parto a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais (DINIZ, 2005). As ciências sociais marcaram posições favoráveis a uma política de atenção à mulher comprometida para além do corpo anatômico e fisiológico, trazendo os aspectos culturais, mostrando as relações sociais tanto das sociedades primitivas como das sociedades mais complexas na condução do parto. Também a Medicina Baseada em Evidência. Os organismos OMS, OPAS. No Brasil a rede REHUNA, o Ministério da Saúde. O Sr. José Serra era o Ministro da Saúde, na época da edição do PHPN.</p>
PNAISM	<p>Consideramos que os atores presentes na elaboração do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), em 2000, e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) também aqui na PNAISM se constituem como atores. Os participantes e seus representados nas seguintes conferências: 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi aprovada e convocada a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada em outubro de 1986, sob coordenação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher, contando, ainda, com o apoio do MS, do Ministério da Previdência e dos movimentos de mulheres de todos os estados brasileiros; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada na cidade do Cairo, em 1994. Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde e o próprio Ministério da Saúde representado pelo Ministro o médico sanitário Arthur Chioro e sem dúvida as integrantes dos movimentos sociais feministas.</p>

Fonte: produção da própria autora

4.3 CATEGORIA CONTEÚDO

Araújo e Maciel (2001), na categoria de análise *conteúdo*, consideram os programas, projetos, ações, objetivos, metas e, ainda, os recursos materiais, organizacionais e políticos. Esses autores chamam a atenção que nesta categoria também se torna foco da análise a identificação da coerência interna e externa, os resultados e a perspectiva política e social que cerca a política.

Outra contribuição acerca da categoria conteúdo de uma política vem de Mattos e Baptista (2011), que apontam como elementos constituintes dessa categoria, além

dos documentos institucionais, também as falas de sujeitos participantes do debate político, na mídia e em outros veículos de comunicação.

Neste trabalho serão analisados os documentos relativos ao PAISM (1984), à Portaria 569 (2000) e PNAISM (2004a), devendo ser considerados os critérios estabelecidos por Araújo e Maciel (2001, p. 338).

- Resultados obtidos pela política desdobrando-se o alcance ou não das metas propostas;
- Conexão entre objetos e metas propostas em relação aos programas, projetos e ações desenvolvidos.
- A concepção político-social que fundamenta as propostas da política (objetivos, metas, programas, projetos e ações).

A seguir, será apresentada análise do conteúdo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1984), seguido pelo Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (2000), e, por último, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004b).

4.3.1 PAISM - conteúdo

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi lançado e divulgado oficialmente pelo MS em 1984 com o seguinte título: 'Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática', sendo uma nova abordagem à saúde da mulher.

Foi considerado um marco na história da atenção reprodutiva da saúde da mulher. Foi a primeira vez que o Brasil implantou, embora de forma parcial, ações de planejamento familiar atendendo diretrizes do controle da reprodução.

Isso suscitou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Porém, analisando brevemente a história desse Programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. (OSIS, 1998, p. 25).

Nesse programa, a mulher deixou de ser vista somente enquanto um aparelho reprodutor. A partir desse entendimento em relação à saúde reprodutiva das mulheres, foi estabelecido que a mulher precisava ser atendida diante de suas necessidades, na perspectiva da integralidade da atenção, ou seja, na promoção, no tratamento e na recuperação da saúde e, portanto, essa decisão rompia com projetos

de planejamento familiar que eram desenvolvidos em serviços exclusivamente com foco no controle da natalidade, de forma isolada dos outros aspectos e demandas vividos pelas mulheres.

A partir desse entendimento, o programa ganhou a adesão das mulheres e estas estiveram presentes no cenário para lutar por sua implantação e implementação.

A publicação desse Programa apresenta uma introdução na qual constam os limites do sistema de saúde em relação à atenção à saúde da mulher. Outro subitem traz o sumário diagnóstico sobre a situação epidemiológica dos problemas relacionados à saúde que a mulher brasileira vive.

Na sequência, descreve as Bases Doutrinárias, Diretrizes e Objetivos Programáticos; as Diretrizes Gerais, os Conteúdos Programáticos e as Estratégias de Implantação, terminando com as referências bibliográficas.

A seguir, serão apresentadas as Diretrizes Gerais (BRASIL, 1984, p. 16):

- O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.
- O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos.
- O conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.
- O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios de equidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população -, e de ordem médica, traduzido no risco gravídico.
- Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.

Na sequência, constam os aspectos do objetivo programático (BRASIL, 1984, p. 16):

- Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionadas iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.
- Melhorar a Qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais) e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.
- Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
- Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.
- Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

Na continuidade, o PAISM apresenta o conteúdo programático que se divide em assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato.

Com relação à assistência ao parto e ao puerpério imediato, vamos transcrever o que o Programa traz, uma vez que apresentam situações relacionadas que são o foco deste estudo, ou seja, a atenção ao parto e ao puerpério imediato, para analisarmos se apresenta alguma diretriz específica para a situação da perda perinatal.

Compreende um conjunto de ações harmônicas integradas que visam a proporcionar assistência ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal, inclusive o manejo adequado das condições que possam acarretar danos à mãe ou ao concepto. Apresenta os seguintes componentes (BRASIL, 1984, p. 20):

- Anamnese e exame clínico-obstétrico cuidadoso, buscando obter informações específicas sobre fatores que podem determinar complicações no trabalho de parto ou puerpério.
- Acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente.
- Assistência ao recém-nascido, objetivando auxiliá-lo em sua adaptação. Detecção de doenças para posterior tratamento.
- Estímulo ao aleitamento materno, promovendo a lactação, sempre que possível, ainda na sala de parto.
- Assistência ao puerpério imediato com supervisão continuada da equipe de saúde no ambiente do alojamento conjunto.

- Ações educativas relacionadas ao aleitamento materno. Oportunidade de retorno aos serviços de saúde para controle do puerpério imediato e tardio.
- Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

Os procedimentos que deverão ser observados em relação aos aspectos específicos das egressas do parto e puerpério imediato (BRASIL, 1984, p. 21) são:

- Atendimento periódico e sistemático nos primeiros cinco meses de pós-parto, visando a corrigir estados mórbidos associados ou não ao ciclo gravídico-puerperal.
- Estimulo à manutenção da lactação.
- Orientações específicas em casos de problemas de amamentação.
- Tratamento adequado das doenças mamárias detectadas no período.
- Implementação de técnicas simples de relactação nos casos de suspensão do aleitamento.
- Avaliação nutricional e suplementação nutricional ou alimentar quando necessário.
- Oferecimento de alternativas de regulação da fertilidade nos casos indicados, mediante orientação sobre o uso de métodos, implementação das técnicas mais simples e referência dos casos que exijam maior complexidade na sua execução.

Para que as ações mencionadas sejam eficazes, é necessário a adoção de estratégias que assegurem o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade de assistência (BRASIL, 1984, p. 21):

- Criação de mecanismos de articulação interinstitucional que assegurem o aumento de cobertura e a qualidade de atendimento ao parto, nos casos que tenham sido ou não encaminhados pelos serviços de assistência pré-natal. Toda parturiente deverá ser submetida à avaliação criteriosa do seu risco e contemplada com o atendimento apropriado a cada caso.
- Implementação do alojamento conjunto nas maternidades do setor público ou que mantenham convênio com a previdência social.
- Melhoria da qualidade da assistência ao parto hospitalar, através da capacitação da equipe de saúde para o atendimento ao parto normal.
- Adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência. (BRASIL, 1984, p. 20).

Por fim, relacionado ao PAISM, o documento analisado descreve as estratégias de implementação.

Para a sua implantação é importante destacar que o Programa prioriza a integração, regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde.

Com essa integração será possível a melhoria das ações de cada ente envolvido no programa (federal, estadual e municipal) com o início de uma implementação gradativa para a assistência integral da saúde da mulher.

Para isso, também é previsto o preparo técnico do pessoal envolvido na execução dos serviços e na supervisão e coordenação programática (BRASIL, 1984).

O PAISM trouxe grande avanço na área de saúde da mulher. Contudo, a sua implementação efetiva ainda está longe de ser alcançada em todo o território nacional, como descreveu Osis (1998, p. 31):

É verdade, porém, e não se pode deixar de registrar, que a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional não aconteceu. Dados disponíveis (por exemplo: Costa, 1992; Hardy et al., 1991, 1993; Osis et al., 1990, 1993; Pinotti et al., 1990) apontam a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação do programa. Entretanto, não se pode analisar tal fato de forma isolada e exclusiva. Vê-se a inoperância do programa juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais. A saúde das mulheres não é bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral, não recebe a atenção necessária nos serviços públicos. O SUS não consegue firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral. A deterioração dos serviços públicos de saúde é generalizada, e a expectativa de melhora não parece próxima. Portanto, o que tem se passado com o PAISM não surpreende, embora deva ser lamentado pelo potencial de melhoria na atenção à saúde das mulheres que está sendo desperdiçado.

Por fim, vamos apresentar algumas considerações relacionadas à assistência ao parto e ao puerpério imediato, relacionadas à situação de luto pela perda perinatal.

Primeiramente, vale destacar a ausência de diretriz sobre o cuidado específico no caso de vivência do luto materno, particularmente da perda perinatal.

Durante a permanência da mãe na maternidade chama a atenção quando o PAISM expressa compromisso com a humanização do atendimento da mulher, também nesse momento do parto e puerpério, e não aborda o acolhimento e atenção e nem assegura nenhum tipo de direito à mulher, ao pai ou algum familiar que passa por essa situação de dor e sofrimento.

Outro fato muito importante também é a ausência da atenção à lactação quando a mulher perde o bebê. É importante destacar que a mulher que vivencia a perda perinatal produz leite. Nessa situação, como proceder com essa mãe além da

perda do bebê? Assim, é necessário analisar qual a melhor forma de respeitar mais essa dor vivenciada pela mulher enlutada. Infelizmente, o PAISM não apresenta nenhuma forma de cuidado em relação à perda fetal nos hospitais e à lactação relacionada à perda fetal.

A análise desse documento revela o quanto avançou a atenção à saúde da mulher e, por outro lado, também aponta o quanto ainda temos a conquistar.

4.3.2 PHPN - conteúdo

Entre outras considerações, o MS também destaca como direito inalienável da cidadania o acesso das gestantes e dos recém-nascidos ao atendimento digno e de qualidade durante a gestação, o parto, o puerpério e o período neonatal. Nesta perspectiva:

[...] no ano de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, instituído pela Portaria nº 569. Foi estabelecido como objetivo deste programa desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso às ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2000).

O PHPN (2000) também reforça seu compromisso apresentando a filosofia instituída pelo mesmo: “Segundo a filosofia a condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal” (BRASIL, 2002, p. 69).

Vale destacar que essa portaria explicita dois aspectos entre outros relacionados à humanização:

O primeiro relaciona-se à adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, reconhecendo que a instituição deve organizar-se de maneira a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. (BRASIL, 2002, p. 69).

Em relação ao segundo, refere-se:

à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando

práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002, p. 69).

A própria CF de 1988, no artigo 1º, inciso III, já determina como fundamento básico “a dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988). Sendo assim, como determina a Carta Magna, a dignidade da pessoa humana deve ser observada constantemente. Desta forma, a mulher tem um direito garantido de atendimento digno quando falamos em parto, puerpério, bem como o recém-nascido.

Pensando em dignidade humana, Ribeiro (2011, p. 10) comenta: “a dignidade da pessoa humana deve ser considerada ofendida sempre que o homem for rebaixado à condição de objeto, tratado como uma coisa e desconsiderado como sujeito de direitos. “

Seguindo esse raciocínio, pensando na dignidade humana da mulher, não podemos deixar de apresentar, como já foi comentado anteriormente, como é importante o tratamento digno à mulher, seus familiares e ao recém-nascido, reconhecendo que as instituições devem organizar-se de maneira a criar um ambiente acolhedor em um momento de frustração, dor e outras necessidades inerentes ao sentimento de perda.

Como princípios e diretrizes do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Portaria 569/2000, foram estabelecidos:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima. (BRASIL, 2000).

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, vamos apresentar algumas atividades expressas no Programa no anexo

I. Ele traz detalhadamente todas as atividades e procedimentos que devem ser realizados no pré-natal, ainda apresenta os indicadores de avaliação do processo e do resultado da assistência pré-natal (BRASIL, 2000).

Em continuidade, este programa descreve o anexo II - Princípios Gerais e Condições para Adequada Assistência ao Parto, que será transcrito, uma vez que apresenta situações relacionadas ao foco deste estudo:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

1. atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário. (BRASIL, 2000).

O item 9 garante a realização das seguintes atividades: descreve todas as atividades asseguradas para atender a mulher e o recém-nascido no momento do parto (BRASIL, 2000).

Esse é o único documento entre os documentos analisados que estabelece componentes de incentivo financeiro para implantação e implementação do programa, inclusive estabelecendo os componentes previstos no Programa de Humanização do Parto e Nascimento e os respectivos valores financeiros (BRASIL, 2000).

Segundo o PHPN (2000), são competências e atribuições do MS:

- a - articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;
- b - assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das

Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;
c - estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;
d - alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

Em relação às Secretarias Estaduais e do Distrito Federal e Municípios, o Programa também estabelece competências e atribuições para atingir as metas estabelecidas. Somente com o trabalho conjunto dos três entes (União, Estados e Municípios) será possível o atendimento integral ao Programa.

Embora seja um avanço no tratamento das gestantes e recém-nascidos, estabelecendo um atendimento digno e de qualidade a ambos, não houve a abordagem ao luto materno e ao tratamento das gestantes/mães após a perda perinatal.

Por fim, quando falamos em humanização, o que buscamos é tratamento digno para a mulher (seja no parto, no pré-natal) e ao recém-nascido. Neste ponto concordamos que esse tratamento ocorre

Esse tratamento e acompanhamento tem por prioridade a vida, ou seja, a vida da mulher e do recém-nascido.

Mas, como tratar uma mulher enlutada que passou pela perda perinatal? Essa mulher não encontra especificamente e explicitamente o seu direito a um atendimento de qualidade e digno frente a essa situação.

Devemos pensar, principalmente, em dignidade humana, para a família enlutada e para o natimorto, também. Essa lacuna no Programa abre a possibilidade de aprimorar ou criar uma política pública para o atendimento das necessidades específicas das famílias enlutadas.

4.3.3 PNAISM - conteúdo

A 'Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes' (PNAISM) foi editada pelo MS em 2004, o que representou um avanço em relação ao PAISM de 1984, uma vez que o PNAISM ampliou o conceito de assistência integral para além daquelas implantadas pelo PAISM, incluindo outras dimensões pertinentes, também às mulheres.

A elaboração dessa Política se pautou no diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil em relação às situações:

1. Mortalidade Materna,
2. Precariedade da Atenção Obstétrica,
3. Abortamento em Condições de Risco,
4. Precariedade da Assistência em Anticoncepção,
5. DST/HIV/AIDS,
6. Violência Doméstica e Sexual,
7. Saúde da Mulher Adolescente,
8. Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa,
9. Saúde Mental e Gênero,
10. Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico,
11. Saúde das Mulheres Lésbicas,
12. Saúde das Mulheres Negras,
13. Saúde das Mulheres Indígenas,
14. Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural
15. Saúde das Mulheres em Situação de Prisão.

Ao analisar o PNAISM, entre as dimensões incluídas na atenção integral, encontra-se o reconhecimento da gravidade do problema do aborto, no entanto, nesta situação, não apresenta expressamente o luto materno, ou seja, o sofrimento da mãe e familiares frente à perda perinatal.

Em continuidade, ainda em relação à PNAISM, é importante destacar o que são considerados como princípios de humanização e qualidade, e, portanto, vamos citar alguns elementos:

- a) acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- b) captação precoce e busca ativa das usuárias;
- c) disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- d) capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- e) disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;

- f) estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela, entre outros princípios.
- g) estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- h) análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias. (BRASIL, 2004a, p. 61).

As diretrizes registradas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão resumidamente apresentadas a seguir (BRASIL, 2004a):

- O SUS deve estar capacitado, no caso da saúde da mulher, para atender a população feminina no que diz respeito ao controle de patologias mais comuns ao grupo feminino;
- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve atender o público feminino em todo o seu ciclo de vida, ou seja, faixa etária e os grupos distintos;
- A Política deve também estabelecer uma dinâmica para romper todas as possíveis barreiras, como, por exemplo, gênero, raça, etnia, entre outras;
- A Política deverá atender as demandas emergentes e as antigas;
- Seguindo a Política, é importante que a sociedade civil, na implementação das ações voltadas à saúde da mulher, atente-se aos três âmbitos, seja Federal, Estadual ou Municipal;
- A atenção integral à saúde da mulher implica em atender todas as pessoas singulares, seja por razões de economia, cultura, religião, raça, e diferentes orientações sexuais. Afinal, estamos falando de humanização na prática da saúde.

Dando sequência, destacamos os objetivos gerais da PNAISM (BRASIL, 2004a), que são: promover melhoria nas condições de vida da mulher, pensando em direitos legalmente adquiridos; auxiliar na redução da morbidade e mortalidade feminina; ampliar e qualificar no SUS a humanização integral à mulher. Já os objetivos específicos estabelecidos foram (BRASIL, 2004a, p. 69):

1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
2. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
3. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
4. Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
5. Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina;
6. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina;
7. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero,
8. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
9. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;
10. Promover a atenção à saúde da mulher negra;
11. Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:
12. Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
13. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão,
14. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

Por fim, podemos dizer, mais uma vez, que o objetivo principal do PNAISM é a melhoria no atendimento à saúde das mulheres, na perspectiva da atenção integral e foi fruto de muita mobilização e articulação de diversos atores sociais envolvidos com a saúde da mulher. Ainda, pode-se afirmar que o documento apresenta consistência diante das demandas identificadas no diagnóstico realizado para a elaboração dessa política.

Mesmo reconhecendo esses avanços, não podemos deixar de destacar que esse documento, como os demais já analisados, não apresenta nenhuma citação sobre os conteúdos específicos à mulher e à família que passa pela experiência da perda perinatal.

Quando falamos em perda perinatal e não se encontra citação ou citações específicas frente às necessidades geradas por essa perda, entendemos que é necessário ouvir as pessoas (mulheres e familiares) e evidenciar os apelos manifestados, e propor a criação de uma política pública, pensando em um atendimento mais humanizado como compromisso do Estado frente a essa situação.

Quadro 3 - Análise da categoria CONTEÚDO referentes aos documentos editados pelo Ministério da Saúde, do Brasil: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, segundo proposta analítica de Araújo e Maciel (2001). E a identificação sobre Diretrizes orientadoras sobre procedimentos e cuidados diante da situação de perda perinatal. Ribeirão preto, 2021.

	CONTEÚDO	DIRTERIZES DIANTE DA SITUAÇÃO DE PERDAS PERINATAIS
PAISM	A mulher deixou de ser vista somente enquanto um aparelho reprodutor. Foi estabelecido que deveria ser atendida diante de suas necessidades, na perspectiva da integralidade da atenção, ou seja, na promoção, no tratamento e na recuperação da saúde. Rompimento com projetos de planejamento familiar que eram desenvolvidos em serviços exclusivamente com foco no controle da natalidade, de forma isolada dos outros aspectos e demandas vividos pelas mulheres.	Durante a permanência da mãe na maternidade o PAISM expressa compromisso com a humanização do atendimento da mulher, também nesse momento do parto e puerpério, e não aborda o acolhimento e atenção e nem assegura nenhum tipo de direito à mulher, ao pai ou algum familiar que passa por essa situação de dor e sofrimento.
PHPN	O Ministério da Saúde destaca como direito inalienável da cidadania o acesso das gestantes e dos recém-nascidos ao atendimento digno e de qualidade durante a gestação, o parto, o puerpério e o período neonatal. Estabelece como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso às ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2000).	Aborda os eventos mais comuns que podem ocorrer, não é citado possibilidades de intercorrências, portanto não há nenhuma citação específica em relação a situação da morte perinatal.
PNAISM	Além dos resultados das Conferencias Nacionais também subsidiaram o conteúdo desta política os estudos da situação epidemiológica, foram estabelecidos os temas que a PNAISM iria abranger, sendo eles: Mortalidade Materna, Atenção Obstétrica, Abortamento em Condições de Risco, Assistência em Anticoncepção, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Violência Doméstica e Sexual, A Saúde de Mulheres Adolescentes, Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, Saúde Mental e Gênero, Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico, Saúde das Mulheres Lésbicas, Saúde das Mulheres Negras, Saúde das Mulheres Indígenas, Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural, Saúde da Mulher em Situação de Prisão. Como fio condutor da PNAISM foi estabelecido a humanização e a qualidade	Esse período do estudo é rico no arcabouço legislativo para contribuir na estruturação e consolidação do SUS, e também nos aspectos específicos da atenção à saúde da mulher. No tocante à mulher que passa pela experiência de perda perinatal não se tem uma diretriz específica para o processo de atenção nessa situação.

da atenção em saúde, tendo o compromisso de resolver os problemas identificados e assim promover a satisfação das mulheres, fortalecer esse grupo populacional diante das demandas identificadas e apreender que os seus direitos são integrantes da promoção do cuidado e autocuidado. Resumindo as diretrizes da PNAISM, mantiveram-se as demandas antigas, incluíram-se as emergentes, além de explicitar a operacionalização da execução da atenção integral. Vale destacar que a atenção integral ficou entendida como a promoção, a proteção, a assistência e recuperação da saúde, sendo essas de competência de todos os níveis que compõem o SUS, ou seja, dos serviços de atenção básica até os serviços de alta complexidade

Fonte: produção da própria autora

4.4 CATEGORIA PROCESSO

A análise da categoria processo foi pautada em referências bibliográficas pertinentes ao tema programas e políticas de atenção à saúde da mulher, tendo como foco aspectos considerados da categoria processo.

4.4.1 PAISM - processo

Canesqui (1987) e Osis (1994) consideram que as políticas de atenção à saúde da mulher anteriores à publicação do PAISM (1984) tiveram como foco central a intervenção sobre os corpos das mães com a finalidade de certificar que os corpos e a saúde dos filhos respondessem adequadamente às necessidades da reprodução social.

O contexto político desse período final da década de 1970, e década de 1980, se constituía por situações de crises econômicas, políticas e por movimentos pela luta da redemocratização do país, o que favoreceu o rompimento, ou no mínimo o investimento em práticas de saúde que tomassem a saúde para além do corpo biológico e assim defendessem e mesmo resistissem para que as ações e programas voltados para a saúde da mulher não tivessem o foco somente no aparelho reprodutor feminino. E é nesse sentido que emerge o tema saúde integral, fundamentando-se, portanto, no rompimento com a lógica dos programas e ações anteriores que tinham o centro das atenções à mulher nas questões vinculadas à reprodução (OSIS, 1998).

Assumindo o compromisso com a atenção integral e, portanto, afastando da fragmentação, principalmente do foco exclusivamente reprodutivo da mulher, era de se esperar que essa nova diretriz política fosse trabalhada com uma diversidade de visões. Nessa perspectiva, OSIS (1998) relata que a proposta do PAISM foi elaborada por uma equipe composta por três médicos e duas sociólogas, e OSIS (1998) assinala que “a composição desse grupo já parecia indicar o percurso político do programa a ser elaborado” (OSIS, 1984, p. 26), destacando que as mulheres dessa equipe tinham potencial para promover a aproximação com o movimento organizado de mulheres, com o qual elas tinham vínculos, e a formação de ambas (socióloga e médica sanitária) também contribuiria para vencer possíveis resistências ao programa, significando ampliar as diretrizes para além da visão biológica. Todos os integrantes tinham uma história de anos propondo um modelo de atenção à saúde no qual o corpo da mulher não fosse considerado um conjunto de órgãos anatômicos, mas sim que as mulheres precisavam ser atendidas na perspectiva da integralidade.

Com o exposto, pode-se afirmar que o processo de construção do PAISM tinha um fio condutor: a atenção integral. O conceito de integralidade apresentado foi:

conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde. (BRASIL, 1984, p. 15).

Foi com a justificativa de que o foco na atenção no ciclo gravídico puerperal não era mais suficiente para promover o atendimento adequado às mulheres que o Ministro da Saúde da época, Waldir Arcoverde, apresentou a proposta do PAISM no Senado brasileiro, no mesmo dia em que prestava seu depoimento a uma Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o crescimento populacional, no dia 21 de junho de 1983 (OSIS, 1998).

O lançamento do PAISM foi considerado um marco relevante em um momento histórico, diante do contexto político desse momento no Brasil. A intensa mobilização e articulação dos movimentos sociais, entre eles o movimento feminista e também da própria sociedade civil, engajados na luta pela redemocratização, acrescido do conteúdo exposto no PAISM enfrentando temas polêmicos, durante seu processo de elaboração, foi visivelmente capaz de mobilizar e articular muitos atores e setores da

sociedade em um processo intenso de discussão e assim revelou sua importância como um fato social na história da saúde da mulher, mas também no processo de participação da elaboração da proposta em um momento em que o princípio de cidadania e redemocratização estavam em ebulição (OSIS, 1998).

O documento final apresentava uma descrição, não tão detalhada, mas oferecia pistas de estratégias e procedimentos para a implantação e a operacionalização nos serviços de saúde. Também preconizava que as ações do PAISM deveriam ser todas desenvolvidas no serviço. Assim, não seria aceito com a implantação do PAISM serviços que se comprometessem com uma ação isolada, destacando com mais rigor ainda que nunca seria aceito a implantação de ações relacionadas à concepção e contracepção se os demais objetivos programáticos do programa não estivessem sendo desenvolvidos (OSIS, 1998).

No processo de elaboração, foi ainda previsto um preparo (reciclagem) dos trabalhadores de saúde, tanto da área de gestão como da área assistencial e, para tal, propuseram a criação e a articulação de e com centros regionais de treinamento, incluindo ações de monitoramento e avaliação do programa em cada serviço de saúde em que fosse implantado. Também, uma adequação de normas técnicas, a elaboração e a distribuição de material instrucional foram previstas na edição do programa.

Nesse movimento processual, também os segmentos de oposição se manifestaram, e estes foram constituídos, principalmente, por grupos da academia, grupos da categoria médica, principalmente os que integravam ou tinham alguma vinculação com a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BEMFAM), grupos de partidos políticos. A maioria se opunha pelo conteúdo do que era integralidade e universalidade, e também por acreditarem que o programa tinha a real intenção de fazer o controle da natalidade (OSIS, 1998). As manifestações contrárias em relação à integralidade assinalavam uma certa contradição entre integral e os objetivos elencados no PAISM, considerando que os mesmos eram predominantemente com ênfase em atividades sexuais e reprodutivas, com foco no que se criticava anteriormente, ou seja, que a mulher era a única responsável pela reprodução. Nessa esteira, outra crítica exposta foi a ausência da saúde do homem, e assim defendiam que deveria ser incluído como saúde do adulto. Também tinham os que consideravam o conceito de integralidade mal elaborado ou pelo menos obscuro.

Outros grupos tinham críticas por considerarem que o programa tinha um cunho controlista, pois a narrativa trazia a atenção integral às necessidades da mulher, mas seus objetivos eram enfáticos e focados em atividades sexuais, gravidez, parto, puerpério e contracepção. Essa defesa ainda se apoiava apontando que integralidade ficava a desejar, tendo em vista que o homem não foi objeto de preocupação, só sendo lembrado para situações de realizar vasectomia, e assim manifestavam que: “[...] na verdade, o que se pretendia era atender as mulheres que tivessem atividade sexual e risco de engravidar, justamente para controlar sua fecundidade (Folha de São Paulo, 1983a, 1983b; Cebes-Bahia, 1984; Borges, 1986; Folha da Tarde, 1986)” (OSIS, 1998, p. 28).

Esse processo de debates fortaleceu o Programa enquanto uma prioridade no Ministério, justamente por ter sido amplamente apoiado e respaldado pelos movimentos de mulheres e por vir ao encontro de um projeto de sociedade que clamava por respeito e garantia dos direitos de cidadania.

Quando se trata de luta por conquistas, merece destaque a narrativa abaixo apresentada:

Toda mobilização e discussão em torno das questões específicas de saúde da mulher eram articuladas às lutas mais gerais pela saúde como ‘direito do cidadão e dever do Estado’ reafirmada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Para o movimento de mulheres era imprescindível que o PAISM fosse implantado por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS). Esta estratégia de ação política instituída a partir de 1985 representava a conjugação de princípios e diretrizes entre os níveis federal, estadual e municipal para viabilizar um modelo assistencial cujas premissas básicas eram a descentralização e a universalização do atendimento (SEPÚLVEDA, 1997).

Com essa breve exposição, pode-se identificar que o processo da elaboração do PAISM e das estratégias de sua implantação foi marcado por discussões, críticas, articulações, tensões, e disputas corporativistas, e nesse processo é imprescindível estar munido para fazer o enfrentamento com recursos de reconhecer a resistência à mudança, reconhecer a necessidade de se ter habilidades comunicacionais e relacionais, de reconhecer as ideologias e os interesses em disputa na área social. Também é notório em todo processo que perpassa por mudança, principalmente quando esta tem uma fundamentação diferente e mesmo divergente dos pilares que sustentavam os programas anteriores ao PAISM, esse quadro de conflitos, de

negociações, de jogo de poderes, enfim, a complexidade da mudança se revela sucessivamente.

4.4.2 PHPN - processo

Antes de abordarmos o PHPN, faremos um breve relato da origem do termo Humanizar o Parto. Essa recuperação foi pautada na abastada publicação 'Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento', da autora Carmen Simone Grilo Diniz, no ano de 2005, que de forma brilhante retrata a trajetória e processo de conformação e constituição da Humanização ao Parto, incorporando os movimentos internacionais e nacionais.

Mesmo correndo o risco de ser apontado uma única bibliografia, assim mantivemos, uma vez que ela contemplou as exigências da categoria processo, uma das quatro categorias que compõem o método de análise de políticas públicas de (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

A história do parto descreve que, antes da atenção médica, o parto era tido como um significado Divino em consequência do pecado original, sendo reprovada e considerada ilegal qualquer iniciativa que pudesse aliviar as dores e mesmo os riscos do parto como relata Diniz (1997 apud DINIZ, 2005).

Em um movimento contrário a esse pensamento, a categoria médica passa a investir em ações de caráter humanitário e a defender a realização do parto de forma que não fosse tido com esses princípios penalizantes (MAGALHÃES, 1916 apud DINIZ, 2005), sendo esse posicionamento fundamentado na ideia de que a mulher não era mais ré dos desígnios Divinos, e sim vítima da anatomia e fisiologia do seu próprio corpo. Por meio da pelvimetria (estudos da pélvis), com auxílio da física e da matemática, foram desenvolvidos os instrumentos fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos estes "[...] hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las" (CUNHA, 1989 apud DINIZ, 2005, p. 628).

No século XX, para se apagar e desaparecer com a ideia de uma experiência dolorosa e aterrorizante, foi proposto por médicos a realização do parto por sedação total, injetando morfina no início do trabalho de parto e administrando escopolamina (amnésico), o que possibilitava que mesmo sentindo dor a mulher não conseguia mais se lembrar conscientemente do parto (DINIZ, 2005).

No entanto, como a escopolamina podia provocar agitação pelo seu efeito alucinógeno, as mulheres eram imobilizadas (amarradas no leito) e ao se debaterem formavam-se muitos hematomas; para que essas cenas não fossem vistas, o leito era coberto por uma barraca (WERTZ, 1993 apud DINIZ, 2005, p. 628). No Brasil, essas intervenções também foram realizadas.

Os altos índices de mortalidade materna e neonatal foram fundamentos essenciais para o abandono da prática de atenção ao parto com uso de sedação total e de intervenções por instrumentos. Nesse processo de ter o parto como foco de atenção e com o avanço do conhecimento na anestesia, os analgésicos passaram a ser administrados em todas as etapas do parto (pré-parto, parto, pós-parto, assemelhando-se a uma linha de montagem) (MARTIN, 1987 apud DINIZ, 2005).

Nesse processo, em meados do século XX, a hospitalização do parto já estava instituída nos países industrializados e assim os partos passaram a ser realizados em hospitais, com as mulheres sendo assistidas por uma pessoa desconhecida, submetidas a uma série de normas e rotinas definidas e separadas de familiares e dos pertences pessoais (roupas, dentaduras, óculos). Particularmente, no Brasil, os procedimentos de rotina eram: episiotomia, uso de fórceps e a atenção demarcada por relações humanas caracterizadas por frieza, indiferença, sendo a mulher considerada um objeto inanimado (DINIZ, 2005).

Na perspectiva de se opor a esse tipo de atenção ao parto, emergem movimentos ainda na década de 1950; dentre esses destaca-se o movimento do parto sem dor, parto sem medo, parto sem violência, parto natural. Nas décadas de 1960 e 1970, o movimento feminista consegue instituir os centros feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres, e nesse processo apresentam a proposta da assistência ao parto a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais (DINIZ, 2005).

Vários grupos dessa natureza se mobilizaram e sistematizaram estudos acerca da eficácia e segurança na atenção à gravidez, parto e pós-parto. Esses grupos receberam apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses estudos foram o embrião para a elaboração da Medicina Baseada em Evidências, que entre suas atuações e rumos possibilitou evidenciar o poder econômico e corporativo nas decisões e diretrizes estabelecidas das políticas e também tomaram como prioridade a defesa dos direitos dos pacientes (DINIZ, 2005).

Diniz (2005) traz que essa articulação com a OMS, em 1985, por meio dos escritórios regionais da Europa e Américas, possibilitou a realização da Conferência

Internacional: Tecnologias apropriadas ao Parto. Esse evento foi considerado um marco, uma vez que foi intenso o apelo de saúde pública e de defesa dos direitos das mulheres, e, a partir dessa Conferência, foi editada a Carta de Fortaleza, que sensibilizou, motivou e inspirou muitas mudanças. Vejamos:

Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução [...] (DINIZ, 2005, p. 630).

Como fruto dessas articulações e eventos foram realizadas uma série de revisões que culminou com várias publicações. Dentre elas, foi destacada e editada, em 1985, pela OMS a publicação intitulada 'Recomendações da OMS', que veio a se constituir em uma referência para os grupos que aderiam à humanização ao parto. Alguns temas incluídos nessa publicação foram incorporados nesse movimento no Brasil como, por exemplo, o direito a acompanhante no SUS e a eliminação da prática da episiotomia (DINIZ, 2005).

Interessante destacar que nesse processo, em 1996, foi elaborada uma série de publicações voltadas para diferentes públicos - profissionais da saúde e usuárias, com linguagem devidamente adequada, considerado um símbolo do combate à violência aos direitos humanos (DINIZ, 2005).

Derivada da publicação *Recomendações da OMS*, no ano 2000, pelo MS do Brasil, foi feita a edição do material "*Assistência ao Parto Normal - Um Guia Prático*", sendo o mesmo distribuído a profissionais médicos ginecologistas, enfermeiras obstétricas e enfermeiras obstetritzas.

Diniz (2005) apresenta, no Brasil, uma série de maternidades de diferentes estados brasileiros com iniciativas de experiências de atuação em humanização ao parto e ainda outras pautadas na atuação em população indígena, com parteiras tradicionais, também práticas de atenção ao parto com a adesão e execução das práticas integrativas e complementares, como a Yoga. E, somando a esses grupos, em 1993, surge a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), fundada a partir da Carta de Campinas, tendo sido conformada por centenas de participantes institucionais e profissionais de saúde vinculados a serviços de saúde pública, a ONGs, profissionais liberais de diferentes categorias, e também profissionais com vínculo em execução de pesquisas, além de usuárias dos serviços

de saúde. O ideário do SUS e as ideias da Saúde Coletiva também integraram esses grupos e movimentos em defesa da Humanização do Parto e do Nascimento.

A partir dessa recuperação do processo histórico, de onde emergiu a necessidade e as estratégias e iniciativas da Humanização do Parto e Nascimento, será apresentado como essa demanda foi institucionalizada pelo MS.

Frente às necessidades de atenção específicas à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período do parto e pós-parto, o MS responde com a instituição do Programa de Humanização do Parto e Nascimento - PHPN (Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4). Com essa decisão, o Ministério visava a certificar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e atenção neonatal.

Esse Programa apresenta o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição essencial de sua operacionalização, e sendo eles seus dois eixos fundamentais. Para tanto, explicitou o conceito como também, nesse processo de elaboração, destacou ser um instrumento norteador da organização e estruturação das redes de serviços de referência para a atenção às gestantes, sendo adotada a lógica da regionalização e hierarquização e definindo as responsabilidades dos três níveis de gestão (federal - Ministério da Saúde; estadual - Secretarias do Estado de Saúde; e nível municipal - Secretarias Municipais de Saúde). Assim, ficou definido:

Ao gestor federal cabe articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa, estabelecendo mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento deste processo. Compete, ainda, prestar assessoria técnica na elaboração dos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento. É de responsabilidade do setor estadual elaborar os Planos Regionais, articulados com as secretarias municipais de saúde, no sentido de organizar seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção; estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal e assessorar os municípios tanto na estruturação das suas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal como na implantação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares. Além disso, o estado responsabiliza-se pela alocação complementar de recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; pelo acompanhamento dos indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal e, também, pela assessoria técnica em todo o processo de implementação, controle e avaliação do Programa. Ao gestor estadual cabe, ainda, a análise e a

homologação dos Termos de Adesão encaminhados pelos municípios. (BRASIL, 2002, p. 69).

O processo de inclusão dos municípios nesse programa exigia a participação do município na elaboração do Plano Regional, e ter o Termo de Adesão ao PHPN encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde, que após análise e homologação era encaminhado ao MS para publicação da Portaria de Adesão do Município. Em continuidade, o município recebia o sistema de informatização - SIS Pré-Natal- que possibilitava gerar relatórios para o monitoramento e avaliação da assistência prestada, segundo ações preconizadas pelo Programa (BRASIL, 2002).

Ainda, esse Programa no seu processo de implantação incluiu o Prêmio Galba de Araújo, médico especialista em Ginecologia e Obstétrica, formado pela Universidade Federal da Bahia e com especialização na Universidade de Michigan (EUA), e que, na década de 1970, foi um dos profissionais dissidentes do parto instrumental e se aliou ao movimento do Parto e Nascimento Humanizado, tendo se inspirado na experiência de partos das indígenas e parteiras práticas.

Foi pelo reconhecimento desse profissional que apreciou o parto humanizado, valorizando a cultura popular de forma articulada ao conhecimento técnico e científico, que o MS, em 1999, instituiu o prêmio que levou seu nome para apoiar e valorizar as instituições de saúde que adotassem as práticas humanizadas às mulheres e aos recém-nascidos do Brasil, durante todo o ciclo gravídico puerperal. Foram estabelecidos como critérios para pontuação nesse prêmio a qualidade do atendimento, identificado pelo acolhimento e as ações obstétricas, a organização do estabelecimento de saúde, a avaliação das usuárias, tendo como indicador a satisfação das mesmas e também a valorização das iniciativas/estratégias criativas e inovadoras pertinentes à humanização. Esse Prêmio revelou o compromisso principalmente no tocante a iniciativas criativas dentro do contexto, investindo em práticas acolhedoras, seguras e com caráter de humanização, e, portanto, não por suas estruturas físicas e tecnológicas. No ano 2000 foram 5 maternidades que assim conquistaram esse prêmio. Na entrega do prêmio, os estabelecimentos de saúde vencedores recebiam, além da placa e do certificado, um incentivo em valor financeiro, portanto era uma estratégia indutora de mudança de prática a assistencial.

O próprio Ministério realizou um processo de avaliação piloto de adesão e implementação do PHPN em Aracaju (SE), Maceió (AL) e Ribeirão Preto (SP), sendo

que esses municípios haviam passado por diferentes estágios de andamento no seu desenvolvimento e os resultados permitiram eleger subsídios para as devidas adequações, e também incentivou a criatividade de estratégias que contribuíssem para os municípios superarem as dificuldades enfrentadas.

O Brasil tem sua história registrada nessa luta e na edição desse Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, em 2000, que se sustenta nos princípios do SUS e trabalha na implantação do PHPN de forma descentralizada, possibilitando ao pacto dos municípios que compunham territórios regionais discutir e elaborar o fluxo do atendimento com vistas a assegurar o acesso das mulheres à assistência ao parto e nascimento. Introduziu uma ferramenta de gerenciamento de programa que permitia aos gestores locais, regionais e estaduais monitorarem e avaliarem na perspectiva quantitativa as ações do PHPN. Não foi previsto nenhum campo nessa ou em outra ferramenta em que a voz da mulher ou de familiares fossem veiculadas e incluídas no processo avaliativo.

Assim, o PHPN teve seu processo de implantação originário de séculos passados e resultante de um processo de determinação, de não se calar diante da indignação e, portanto, de muito investimento pessoal, institucional e de articulação entre os atores que acreditaram e acreditam em mudanças, de âmbito nacional e internacional, na perspectiva do direito à saúde.

4.4.3 PNAISM - processo

Como já apresentado na categoria contexto, o engajamento da área da saúde na luta pela redemocratização, especialmente do movimento da Reforma Sanitária, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986. Nesse evento, os mais de 5000 participantes da sociedade civil organizada, representantes dos diversos segmentos da sociedade, discutiram os temas centrais - Saúde: direito de todos e dever do Estado; Reorganização do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor Saúde. A partir das propostas oriundas das préconferências municipais e das conferências estaduais, elegeram os princípios doutrinários fundamentais do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade, e seu texto básico foi referência para a integração do capítulo 196º da Constituição Brasileira (BRASIL, 1990); assim, foi inscrito pela primeira vez um capítulo referente à saúde e foi assegurada a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Nessa perspectiva de conquista de direitos e luta pela cidadania, ocorreram, após a 8ª CNS, eventos de temáticas específicas, entre eles a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (BRASIL, 1987), que ocorreu em Brasília, entre 10 e 13 de outubro de 1986. Evento esse que fortaleceu o compromisso de conhecer as demandas oriundas das diversas realidades desse Brasil continental e ainda objetivou potencializar os usuários em agentes ativos do processo de conquista de seus direitos.

Apesar dessa conquista representada pelo PAISM, sua sustentação e mesmo ampliação implicava e implica em processo constante de enfrentamento do desmonte das políticas públicas, evidenciado a partir da década de 1990, conforme cita Luz (2001), quando os princípios da política neoliberal ganham força e têm a característica central de ter o Estado mínimo na regulação das políticas sociais, ou seja, o mercado passa a ser o grande regulador, portanto antagônico aos princípios do SUS.

Mesmo diante da diversidade e adversidade dos contextos regionais, dos contrastes econômicos e culturais, para se implantar um sistema de saúde concebido de forma ampla como um direito de cidadania, não se pode negar os avanços obtidos e particularmente destacar a luta pela saúde e pelos direitos da mulher.

Foi nesse contexto e nesse processo de resistência e de determinação pela conquista de um projeto ético-político, que tem o direito e a cidadania como princípios fundamentais do ser humano e voltado para a constituição de uma sociedade equânime, que o processo de instituir políticas públicas para a saúde da mulher teve continuidade.

Na continuidade, em 2004, foi editada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que levou em consideração para sua elaboração os resultados dos diversos movimentos, principalmente dos movimentos femininos, tanto de âmbito nacional como internacional. Ela adota como conceito de saúde as condições de vida, não somente as condições biológicas, além de incluir a dimensão dos direitos humanos e cidadania. Como também, considerou a situação epidemiológica desse grupo populacional e dados gerais da população brasileira.

Para a implantação do SUS, na década de 1990, foram introduzidos os princípios organizativos, com a municipalização da saúde (a transferência da gestão de serviços de saúde para os municípios), também com a implantação de Normas Operacionais para a reorganização da atenção básica, o que favoreceu para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher. Esse processo de municipalização também monitora a implantação das ações, o que contribuiu para o

diagnóstico e identificação de que a maioria das dificuldades pertenciam às esferas políticas, técnicas e administrativas.

Com base nos estudos da situação epidemiológica, foram estabelecidos os temas que a PNAISM iria abranger, sendo eles: Mortalidade Materna, Atenção Obstétrica, Abortamento em Condições de Risco, Assistência em Anticoncepção, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Violência Doméstica e Sexual, A Saúde de Mulheres Adolescentes, Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, Saúde Mental e Gênero, Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico, Saúde das Mulheres Lésbicas, Saúde das Mulheres Negras, Saúde das Mulheres Indígenas, Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural, Saúde da Mulher em Situação de Prisão. Frente a essa complexidade de temas, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em 2003, considerou e assim estabeleceu a articulação com outras áreas técnicas para a proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004b, p. 18).

Essas temáticas envolviam questões de desigualdades sociais, de gênero, de raça, de vulnerabilidade socioeconômica e subjetiva, e, nesse sentido, como fio condutor da PNAISM foi estabelecido a humanização e a qualidade da atenção em saúde, tendo o compromisso de resolver os problemas identificados e assim promover a satisfação das mulheres, fortalecer esse grupo populacional diante das demandas identificadas e apreender que os seus direitos são integrantes da promoção do cuidado e autocuidado.

Esse arrojado projeto do SUS e mesmo a PNAISM não seriam implantados de forma tranquila, e assim o processo enfrentou muitos obstáculos, que já eram resquícios das mudanças propostas pelo PAISM. Nessa perspectiva, Correa e Piola (2002) realizaram um estudo em que afirmam que entre 1998 e 2002 o empenho da implantação do SUS e do PAISM foi centrado em resolver problemas priorizando a saúde reprodutiva e as ações relativas à redução da mortalidade materna, e assim a perspectiva da atenção integral ficou a desejar em relação às outras áreas projetadas para se atingir para além do período gravídico puerperal. No entanto, reconheceram os autores que não foi uma atuação vertical e isolada como antes, pois até mesmo conseguiram apreender a necessidade de incluir outra área de atenção à saúde da mulher que foi a violência sexual.

Destacaram déficit na atenção ao:

climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. (CORREA, PIOLA, 2002, p. 18).

No processo de elaboração do PNAISM, foi considerado a humanização e a qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzissem na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

O reconhecimento da humanização, tida como uma das condições essenciais na atenção à saúde da mulher é fruto da tensão gerada nas relações no atendimento às mulheres caracterizadas por discriminação, frustrações, violação dos direitos e produção de mal-estar psíquico e físico. Portanto, a PNAISM, reconhecendo essa situação, assume que a humanização tem compromisso com o reconhecimento e respeito aos direitos humanos na perspectiva da atenção integral e produção do bem-estar.

Nesse processo de trabalho, foram pautadas as necessidades/lacunas identificadas por diversas fontes. A partir dessa identificação, foram abordadas as necessidades relativas às condições de vida e de saúde da mulher, nas diferentes faixas etárias e nos distintos grupos populacionais, que subsidiaram as novas diretrizes da PNAISM. Resumindo as diretrizes da PNAISM, mantiveram-se as demandas antigas, incluíram-se as emergentes, além de explicitar a operacionalização da execução da atenção integral. Vale destacar que a atenção integral ficou entendida como a promoção, a proteção, a assistência e recuperação da saúde, sendo essas de competência de todos os níveis que compõem o SUS, ou seja, dos serviços de atenção básica até os serviços de alta complexidade.

Também, o conjunto das diretrizes a PNAISM explicita que a prática de atenção à mulher deve ser fundamentada em uma concepção ampliada do processo saúde/doença, e, para tanto, deve-se considerar seu contexto de vida diante das demandas apresentadas nos diversos momentos do atendimento, reconhecer a singularidade por razões socioeconômicas, culturais, religiosas, raciais, orientações sexuais, entre outras, e a capacidade de a mulher ser responsável por tomar decisões.

Essas questões aqui apontadas também são inerentes ao processo das práticas humanizadas. Na continuidade, outras diretrizes dissertam sobre o dever da avaliação, afirmando que deveria ser apoiada e deveria ser estimulada a participação da sociedade civil organizada, principalmente os segmentos organizados das mulheres, e essa participação deveria ocorrer nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

Pode-se afirmar que a área técnica da saúde da mulher, do MS, estava muito bem atenta às necessidades de mudanças e, portanto, recuperou lacunas identificadas nas diversas fontes que possibilitaram reconhecer o que carecia de explicitar e assegurar na elaboração dessas diretrizes.

O processo de elaboração dessa política pública, apesar do cenário não ser o mais favorável, visto que os princípios neoliberais eram fortemente presentes, foi permeado por discussões, reconhecimento de necessidades, de lacunas, pelo embasamento nas produções e ações de mobilização e articulação de vários setores e atores sociais do setor de saúde e de outros setores da área das ciências sociais e humanas. Assim, em 2004, foi editada a PNAISM.

A implantação se deu, e evidentemente as dificuldades foram inúmeras. Nesse sentido, Santana et al. (2019) realizaram um estudo de revisão bibliográfica no qual identificaram a abordagem para as questões de gênero entre os desafios para a implementação da atenção integral à saúde da mulher. Também detectaram em um dos estudos citados que a integralidade da atenção é inexistente ou está limitada pela ideologia política e organizacional local. Nesse mesmo estudo é relatado um estudo realizado na cidade de São Paulo, no ano de 2015, no qual se conclui que a maioria das ações atendem as demandas materno-infantis, decisão esta que coloca mulheres acima de 50 anos em vulnerabilidade programática, uma vez que para mulheres dessa faixa etária não se tem programação organizada, e assim se contrapõe às diretrizes da PNAISM.

Destacam entre os avanços o aumento do acesso ao pré-natal, e a possibilidade concreta de reconhecer a voz das mulheres em manifestar suas demandas e assim ter a participação ativa em uma política pública com especificidade a esse grupo populacional. Os autores, após realizarem esse estudo intitulado 'Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura', afirmam:

Portanto, mesmo com os reconhecidos avanços vivenciados no Brasil em várias áreas da oferta de serviços públicos e nos indicadores de saúde, há ainda um longo e difícil caminho no qual a superação das iniquidades e das desigualdades se apresentam como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público. No Brasil, novos desafios na área da saúde surgem todos os dias, enquanto alguns dos antigos desafios persistem inalterados. (SANTANA et al., 2019, p. 140).

A persistência e monitoramento para a conquista de avanços nas políticas públicas são requisitos essenciais e constantes nesse processo de elaboração, implantação e implementação. É percorrer continuamente a utopia, no sentido de que ao estar próximo ou mesmo já conseguido o ideal, já se tem mais demandas e necessidades identificadas, portanto é um projeto permanentemente inacabado e, portanto, um processo continuamente em construção.

Quadro 4 - Análise da categoria PROCESSO referente aos documentos editados pelo Ministério da Saúde, do Brasil: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, segundo proposta analítica de Araújo e Maciel (2001).

PROCESSO	
PAISM	Considerado um marco na história da atenção reprodutiva da saúde da mulher. Foi a primeira vez que o Brasil implantou, embora de forma parcial, ações de planejamento familiar atendendo diretrizes do controle da reprodução. O processo de construção do PAISM tinha um fio condutor: a atenção integral. A intensa mobilização e articulação dos movimentos sociais, entre eles o movimento feminista e também da própria sociedade civil, engajados na luta pela redemocratização, acrescido do conteúdo exposto no PAISM enfrentando temas polêmicos, durante seu processo de elaboração, foi visivelmente capaz de mobilizar e articular muitos atores e setores da sociedade em um processo intenso de discussão e assim revelou sua importância como um fato social na história da saúde da mulher, mas também no processo de participação da elaboração da proposta em um momento em que o princípio de cidadania e redemocratização estavam em ebulição (OSIS, 1998). O documento final apresentava uma descrição, não tão detalhada, mas oferecia pistas de estratégias e procedimentos para a implantação e a operacionalização nos serviços de saúde. Também preconizava que as ações do PAISM deveriam ser todas desenvolvidas no serviço. Assim, não seria aceito com a implantação do PAISM serviços que se comprometessem com uma ação isolada, destacando com mais rigor ainda que nunca seria aceito a implantação de ações relacionadas à concepção e contracepção se os demais objetivos programáticos do programa não estivessem sendo desenvolvidos (OSIS, 1998). No processo de elaboração, foi ainda previsto um preparo (reciclagem) dos trabalhadores de saúde, tanto da área de gestão como da área assistencial e, para tal, propuseram a criação e a articulação de e com centros regionais de treinamento, incluindo ações de monitoramento e avaliação do programa em cada serviço de

	saúde em que fosse implantado. Também, uma adequação de normas técnicas, a elaboração e a distribuição de material instrucional foram previstas na edição do programa.
PHPN	<p>A história da assistência ao parto sofre variações no decorrer da história tendo sido considerada como um significado Divino em consequência do pecado original, sendo reprovada e considerada ilegal qualquer iniciativa que pudesse aliviar as dores e mesmo os riscos do parto como relata 1997 DINIZ (1997 apud DINIZ, 2005). Em resistência a essa ideia passou a mulher ser vítima da anatomia e fisiologia do seu próprio corpo, onde a pelvimetria (estudos da pélvis), com auxílio da física e da matemática, foram desenvolvidos os instrumentos fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos. No século XX, para se apagar e desaparecer com a ideia de uma experiência dolorosa e aterrorizante, foi proposto por médicos a realização do parto por sedação total, injetando morfina no início do trabalho de parto e administrando escopolamina (amnésico), o que possibilitava que mesmo sentindo dor a mulher não conseguia mais se lembrar conscientemente do parto (DINIZ, 2005). No entanto, como a escopolamina podia provocar agitação pelo seu efeito alucinógeno, as mulheres eram imobilizadas (amarradas no leito) e ao se debaterem formavam-se muitos hematomas; para que essas cenas não fossem vistas, o leito era coberto por uma barraca (WERTZ, 1993 apud DINIZ, 2005, p. 628). No Brasil, essas intervenções também foram realizadas. Os altos índices de mortalidade materna e neonatal foram fundamentos essenciais para o abandono da prática. Nesse processo de ter o parto como foco de atenção e com o avanço do conhecimento na anestesia, os analgésicos passaram a ser administrados em todas as etapas do parto (pré-parto, parto, pós-parto, assemelhando-se a uma linha de montagem) (MARTIN, 1987 apud DINIZ, 2005). Nesse processo, em meados do século XX, a hospitalização do parto já estava instituída nos países, sendo as mulheres assistidas por uma pessoa desconhecida, submetidas a uma série de normas e rotinas definidas e separadas de familiares e dos pertences pessoais (roupas, dentaduras, óculos). Particularmente, no Brasil, os procedimentos de rotina eram: episiotomia, uso de fórceps e a atenção demarcada por relações humanas caracterizadas por frieza, indiferença, sendo a mulher considerada um objeto inanimado (DINIZ, 2005). Na perspectiva de se opor a esse tipo de atenção ao parto, emergem movimentos, na década de 1950; dentre esses destaca-se o movimento do parto sem dor, parto sem medo, parto sem violência, parto natural. A OMS, em 1985, por meio dos escritórios regionais da Europa e Américas, possibilitou a realização da Conferência Internacional: “Tecnologias apropriadas ao Parto”. Esse evento foi considerado um marco, pois foi intenso o apelo de saúde pública e de defesa dos direitos das mulheres, e, a partir dessa Conferência, foi editada a Carta de Fortaleza, que sensibilizou, motivou e inspirou muitas mudanças. Como fruto dessas articulações e eventos foram realizadas uma série de revisões que culminou com várias publicações. Dentre elas, foi destacada e editada, em 1985, pela OMS a publicação intitulada ‘Recomendações da OMS’, que veio a se constituir em uma referência para os grupos que aderiam à humanização ao parto e também subsidiou a PNP.</p>
PNAISM	<p>A conquista de direitos e luta pela cidadania, ocorreram, após a 8ª CNS, eventos de temáticas específicas, entre eles a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (BRASIL, 1987), realizada em Brasília, entre 10 e 13 de outubro de 1986. Evento esse que fortaleceu o compromisso de conhecer as demandas oriundas das diversas realidades desse Brasil continental e ainda objetivou potencializar os usuários em agentes ativos do processo de conquista de seus direitos. Mesmo diante da diversidade e adversidade dos contextos regionais, dos contrastes econômicos e culturais, para se implantar um sistema de saúde concebido de forma ampla como um direito de cidadania, não se pode negar os</p>

avanços obtidos e destacar a luta pela saúde e pelos direitos da mulher. Esse processo de luta por políticas públicas voltadas também para a saúde da mulher foi marcado por enfrentamento de resistência e de determinação pela conquista de um projeto ético-político, que tem o direito e a cidadania como princípios fundamentais do ser humano e voltado para a constituição de uma sociedade equânime onde os sujeitos exerçam a seus direitos de cidadania. Na continuidade, em 2004, foi editada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que levou em consideração para sua elaboração os resultados dos diversos movimentos sociais, principalmente dos movimentos femininos, tanto de âmbito nacional como internacional. Adotou como conceito de saúde as condições de vida, não somente as condições biológicas, além de incluir a dimensão dos direitos humanos e cidadania. Como também, considerou a situação epidemiológica e específicas desse grupo populacional e dados gerais da população brasileira. O processo enfrentou muitos obstáculos, que já eram resquícios das mudanças propostas pelo PAISM. O processo de elaboração dessa política pública, apesar do cenário não ser o mais favorável, visto que os princípios neoliberais eram fortemente presentes, foi permeado por discussões, reconhecimento de necessidades, de lacunas, pelo embasamento nas produções e ações de mobilização e articulação de vários setores e atores sociais do setor de saúde e de outros setores da área das ciências sociais e humanas. Assim, em 2004, foi editada a PNAISM.

Fonte: produção da própria autora

A seguir encontra-se o quadro 5 no qual está registrado a síntese da análise de cada um dos documentos analisados e o resultado acerca das diretrizes específicas diante da perda perinatal.

Quadro 5 - Síntese dos elementos constitutivos dos documentos relacionados à saúde da mulher: PAISM (1984), PHPN (2000) e PNAISM (2004)

	PAISM	PHPN	PNAISM
Data	1984	2000	2004
Público alvo	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres, da adolescência até a terceira idade. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes e recém-nascidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres em todos os ciclos da vida.
Finalidade	<ul style="list-style-type: none"> Diminuição da mortalidade entre as mulheres. 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de ampliar os esforços para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Humanizar e melhorar a qualidade da atenção em saúde da mulher

<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento integral à mulher (clínico-ginecológico e educativo, voltados ao aprimoramento do controle pré-natal, parto e puerpério. • Controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário. • Assistência para concepção e contracepção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimorar o sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado. • Acompanhamento pré-natal com atendimento pré e inter-hospitalar e hospitalar. • Controle de leitos obstétricos como forma de garantir a integralidade assistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria das condições de vida e saúde das mulheres com a garantia de direitos legalmente reconhecidos e ampliação aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. • Redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e sem discriminação de qualquer espécie. • Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.
-------------------------	---	--	---

Estratégias de implantação

- Criação de centros de referência regionais para a educação continuada de pessoal da rede básica nas atividades de atenção à mulher e à criança.
- Apoiar os centros que desenvolvem pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos atinentes à saúde da mulher e que possam oferecer subsídios técnico-científicos para a implementação do programa.
- Execução através da integração das redes federal, estadual e municipal por meio de planos ajustados às suas prioridades e possibilidades, promovendo, em especial, a articulação interinstitucional.
- Aprimoramento constante do programa proposto.

- Implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal.
- Estabelecer princípios e diretrizes para a estruturação do programa.
- Melhorar as formas de custeio e pagamento nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do SIH/SUS.
- Estabelecer competências e atribuições para os integrantes do sistema, Federal, Estadual e Municipal.

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar no âmbito da atenção integral à saúde.
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo assistência ao abortamento com condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
- Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina.
- Reduzir a mortalidade feminina por câncer.
- Implantar um modelo de atenção à saúde mental da mulher sob o enfoque de gênero.
- Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.
- Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade e da mulher negra, das trabalhadoras

			<p>do campo e da cidade e das indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV. • Fortalecer a participação e controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.
Diretrizes específicas diante da perda perinatal	Não há citação desta natureza.	Não há citação desta natureza.	Não há citação desta natureza.

Fonte: produção da própria autora

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou reconhecer os avanços conquistados nos programas e políticas de saúde com relação à atenção à saúde da mulher, a partir dos anos 1980 até 2010.

No entanto, é reconhecido que o processo de elaboração, implantação e implementação é contínuo e requer análises, avaliações permanentes, pois é com esse processo e tendo o objetivo de aprimorar o que foi construído que se tem a possibilidade de melhorar os resultados, no caso em relação às políticas de saúde da mulher e mais especificamente com as diretrizes dessas políticas voltadas para as mulheres e familiares que passam pela vivência da perda perinatal.

No processo de análise que envolveu os documentos editados pelo MS - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 1984; Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de junho de 2000; e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, foi possível identificar a ausência de diretrizes específicas para a atenção à saúde tanto da mulher quanto dos familiares que vivem a perda perinatal, nos três documentos analisados.

Reconhecemos que o compromisso com a humanização nos documentos tem potência para a implantação e implementação de práticas de gestão e de atenção para as pessoas que passam pela situação, no entanto, por não estar explícito esse direito, não fica assegurado, e possibilita um descuido ou mesmo práticas inadequadas para o sofrimento gerado por essa perda.

Outra consideração se trata da necessidade da explicitação das demandas geradas nesse luto, por vezes explicitadas por grupos sociais envolvidos com a saúde em geral, principalmente os envolvidos com a saúde da mulher. Também as instituições formadoras, as instituições de pesquisa, os representantes dos espaços do controle social, os legisladores, trabalhadores e gestores da saúde, das entidades de classe e todos que se comprometem em lutar pela instituição cada vez mais fortalecida com uma sociedade que tem entre seus princípios doutrinários a dignidade humana e os direitos humanos.

A mobilização pode começar nos microespaços e ir se consolidando em todas as oportunidades para que a política de saúde já existente seja aprimorada e/ou seja conquistada uma legislação que atenda às necessidades da mãe e da família enlutada pela perda de uma criança, seja ainda na gestação, durante o parto ou dias após o nascimento.

Vale lembrar que os Direitos Humanos reconhecem e abrem a possibilidade para que grupos com necessidades específicas também reivindiquem suas especificidades para conquistar um tratamento mais digno e ter seus direitos gerais e específicos legalmente reconhecidos e assim preservados. E cabe ainda lembrar que reconhecer a dignidade humana é não considerar o outro como um subalterno, e nem tampouco tratá-lo como um objeto, mas sim reconhecê-lo como um ser portador de direitos.

5.1 LIMITAÇÃO DO ESTUDO PESQUISA DOCUMENTAL

Nossa primeira intenção era fazer uma entrevista semiestruturadas utilizando a técnica “*snowball*” tendo uma previsão de incluir em torno de 20 mulheres que passaram pela experiência de situação de perda perinatal. Mas em virtude de em 2019 o mundo se deparar com o novo corona vírus, que resultou na pandemia Covid-19, precisamos modificar nosso estudo. Acreditamos que as mulheres e o relatos das mulheres que tiveram perda fetal perinatal seriam muito enriquecedores com potencialidade de produzir subsídios profundos e de sensibilidade ímpar. Mas com o distanciamento social tudo precisou mudar e as especificidades da pesquisa, principalmente que em entrevista virtual poderia não atender todos os aspectos éticos assumidos, portanto não foi possível seguir esse caminho.

Assim, analisamos três documentos Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PAISM (1984); Portaria 569 de 1º de junho de 2000 (PHPN); e Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PANAISM (2004). Também foi realizada uma pesquisa de artigos na Plataforma Rayyan. A pergunta adotada para realizar a busca foi a seguinte: “Quais são as evidências sobre políticas públicas para mulheres que sofreram perda fetal intrauterina ou perda no pós-parto?”. Portanto fica como uma limitação do estudo o fato de utilizarmos apenas uma estratégia de método para obter e posteriormente analisar os dados.

Também realizamos a criação de um produto, um folder convite (Apêndice C), sugerindo uma conversa on-line com as autoras da dissertação e atores de diversas instituições de ensino, instituições representantes de trabalhadores, como a Ordem dos Advogados do Brasil, movimentos sociais organizados, comissões de saúde do poder legislativo, espaços organizados do controle social, pesquisadores da temática aqui tratada visando. Iniciar e organizar estratégias que possibilitem promover na perspectiva de apresentar e discutir a análise e implicações das políticas públicas em relação à saúde da mulher no Brasil e caminhar para a elaboração e inclusão de diretrizes que contemplem as especificidades do cuidado diante da situação da morte perinatal, tanto para a mulher como para a família.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. **Fernando Augusto Ribeiro De Magalhães**. Disponível em: www.anm.org.br/fernando-augusto-ribeiro-de-magalhaes/. Acesso em: 21 fev. 2021.
- ADICHIE, C. N. 'Eu decidi me chamar de Feminista Feliz' - Em sua palestra de sucesso no TED, a romancista premiada expôs seus sonhos por um mundo mais justo: este é um trecho da versão publicada. **The Guardian**, 17 out. 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/books/2014/oct/17/chimamanda-ngozi-adichie-extract-we-should-all-be-feminists>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-76RHW7/1/raphael_augusto_teixeira_de_aguiar.pdf Acesso em: 12 jan. 2021.
- ALMEIDA, C. Crise Econômica, crise do “Welfare State” e reforma sanitária. *In*: VIANNA, M. L. W.; GERSCHMAN, S. (org.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 177-200.
- ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Perspectivas teóricas para a análise de políticas públicas: como lidam com a complexidade? **Administração Pública e Gestão Social**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 16-27, jan./mar. 2019.
- ARAÚJO, J. L. J.; MACIEL, R. F. Developing an operational framework for policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.
- ARAUJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas [Online]**, v, 83, 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/2662>. Acesso em: 02 fev. 2021.
- AROUCA, S. Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS. **Saúde em Debate**, [s. l.], n. 22, p. 49-54, out. 1988.
- BARROS, P. S.; AQUINO, É. C.; SOUZA, M. R. Mortalidade Fetal e os Desafios para a Atenção à Saúde da Mulher no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 12, p. 1-10, 2019.
- BELLINI, M. I. B. et al. **Políticas públicas e intersectorialidade em debate**. Repositório Institucional PUCRS. RS. Apresentações em eventos. 2014. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/8133>. Acesso em: 01 fev. 2021.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL 3649/2019**. Estabelece aos hospitais públicos e privados instituírem procedimentos relacionados a humanização do luto materno e parental. Brasília, DF, 2019b. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=220871>
5. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL 978/2019**. Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para dispor sobre o luto materno. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=219259>
0. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher [...]. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4) Disponível em:
https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf?exitBundle=1 Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004/2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípio e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. bras. Saúde matern. infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, jan./abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Informes Técnico-Institucionais - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69-71, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a11.pdf> Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. **Relatório final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 8**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/03mar17_Relatorio_1CNSMulheres.pdf Acesso em: 10 jan. 2021.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-197, 1999.

CANCIAN, R. Feminismo - Movimento surgiu na Revolução Francesa. **UOL Sociologia**, 08 mar. 2016. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/feminismo-movimento-surgiu-na-revolucao-francesa.htm> Acesso em: 20 jan. 2021.

CANESQUI, A. M. **Assistência Médica e a Saúde e Reprodução Humana**. Campinas, SP: NEPO-UNICAMP, 1987. Disponível em: https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_13.pdf Acesso em: 15 dez. 2020.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68675/71254> Acesso em: 30 jan. 2021.

- CHAN, M. F.; CHAN, S. H.; DAY, M. C. A pilot study on nurses' attitudes toward perinatal bereavement support: a cluster analysis. **Nurse education today**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 202-210, 2004.
- COLLUCCI, C. Como lidar com o luto de mães que perderam bebês? **Folha de São Paulo**, 24 set. 2018. Disponível em: <https://folha.com/o85p1kwm>
- CONSOLIM, V. H. O que pede a terceira onda feminista? **Justificando**, 15 set. 2017. Disponível em: www.justificando.com/2017/09/15/o-que-pede-terceira-onda-feminista/. Acesso em: 20 jan. 2021.
- CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanco 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- DIAS, N. 10 coisas que as mulheres conquistaram e você não sabia. **Dicas de mulher**, 04 fev. 2020. Disponível em: <https://www.dicasdemulher.com.br/conquistas-femininas/>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (ESF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E. et al. (org.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 3, p. 55-124.
- FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. J.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a Política de Atenção à Saúde da Mulher no Contexto da Promoção da Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- GASPARETTO JUNIOR, A. Segunda Onda Feminista. **InfoEscola**. Disponível em: <https://www.infoescola.com/historia/segunda-onda-feminista/>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- GOMES, F. B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, jan./mar. 2014.
- HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. Nova York: John Wiley & Sons, 1975.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, L. D. L.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018.

LOURENÇO, B. 6 pensadoras feministas que você precisa conhecer. **Galileu**, 10 mar. 2020. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/03/6-pensadoras-feministas-que-voce-precisa-conhecer.html>. Acesso em: 24 jan. 2021.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1986.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 17-37.

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Castilho, 1916.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012.

MARTÍNEZ-BASCUÑÁN, M. O feminismo que nasceu com Simone de Beauvoir. **El país**, 06 jul. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/05/cultura/1562337766_757567.html. Acesso em: 12 jan. 2021.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde).

NEGREIROS, A. Do luto à luta: Mães que perderam bebês depois do parto reivindicam tratamento digno em hospitais. **Portal Geledés**, 22 ago. 2016. Disponível em: <https://scq.io/FKBywh2>. Acesso em: 12 jan. 2021.

NOGUEIRA, A. Quando a dor de perder um bebê não é respeitada: “Vai incinerar com o lixo”. **Universa**, 22 set. 2017. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2017/09/22/maes-que-perderam-seus-bebes-vivem-o-luto-no-meio-da-alegria-da-maternidade.htm>. Acesso em: 17 jan. 2021.

O'DWVER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017.

OCKÉ-REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990**: o caso do Ministério da Saúde - Texto para Discussão (TD) 802. Brasília, DF: IPEA; 2001. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2004/1/TD_0802.pdf Acesso em: 10 dez. 2020.

OMS. **Atención Primaria de Salud** - Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 10 dez. 2020.

OMS. **Perinatal mortality**: a listing of available information. Geneva: World Health Organization, 1996.

ONU NEWS. Brasileira recebe Prêmio de População das Nações Unidas. 23 jun. 2016. Disponível em: <https://news.un.org/pt/audio/2016/06/1177201>. Acesso em: 11 fev. 2021.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/280858/1/Osis_MariaJoseMartinsDuarte_M.pdf Acesso em: 13 dez. 2020.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 11. ed. Campinas: Papiros, 2005.

PASCHOAL, A. et al. Direitos no período gravídico-puerperal: conhecimento das gestantes. **Revista Âmbito Jurídico**, jun. 2013. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-113/direitos-no-periodo-gravidico-puerperal-conhecimento-das-gestantes/#:~:text=Quando%20perguntadas%20sobre%20> Acesso em: 25 jan. 2021.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G.; DE NARDI, T. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, [s. l.], v. 13, n. 1, p.63-72, 2008.

PINHONI, M. Aborto entra para a lista de procedimentos do SUS. **Exame**, 23 maio 2014. Disponível em: <https://exame.com/brasil/aborto-legal-entra-para-a-lista-de-procedimentos-do-sus/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S. **Financiamento Público da Saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf Acesso em: 17 jan. 2021.

PORFÍRIO, F. Angela Davis. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/angela-davis.htm>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PORTO, S. M. Comentário: Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). **Rev. saúde pública**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 576-578, ago. 2006.

- REZENDE, M. O. Movimento sufragista. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/movimento-sufragista.htm>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- RIBEIRO, M. V. **Direitos Humanos**. São Paulo: Montecristo, 2011.
- RODRIGUES NETO, E. Discurso na Reunião da ABRASCO, em Cachoeira-BA. **Saúde em Debate**, [s. l.], n. 20, abr. 1988.
- RODRIGUES, R. Saúde da Mulher - 30 anos de muitas conquistas! **Rede Humaniza SUS**, 28 fev. 2013. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/60403-saude-da-mulher-30-anos-de-muitas-conquistas>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- RODRIGUES, S. Conheça a história do feminismo no Brasil: Da luta contra a escravidão até o direito ao voto e à vida, a luta por direitos sempre esteve presente na história das brasileiras. **Instituto AzMina**, 21 jan. 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/feminismo-no-brasil/>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- RODRIGUES, T. Djamila Ribeiro: 'A gente luta por uma sociedade em que as mulheres possam ser consideradas pessoas'. **Portal Geledés**, 6 nov. 2018. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/djamila-ribeiro-gente-luta-por-uma-sociedade-em-que-as-mulheres-possam-ser-consideradas-pessoas/>. Acesso em: 19 jan. 2021.
- RORTY, R. Feminism, ideology, and deconstruction: a pragmatist view. **Hypatia**, v. 8, n. 2, p. 96-103, 1993.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.
- SALGADO, H. O.; POLIDO, C. A. **Como lidar com o luto perinatal**: acolhimento em situações de perda gestacional e perinatal. São Paulo: Lexema; Ema Livros, 2018.
- SANTANA, T. D. B. et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141, jul./set., 2019.
- SANTOS, J. S. A distante relação do ensino, da assistência e da pesquisa com os agravos agudos à saúde. **Rev. Medicina**, [s. l.], v. 36, suppl. 1, p. 3-4, 2003.
- SANTOS, J. S. As relações entre a Universidade, o Hospital Universitário e o SUS. **Rev. do Médico**, [s. l.], v. 17, p. 30-31, nov./dez. 2002.
- SANTOS, J. S. et al. Cirurgia Ambulatorial em Assistência Primária à Saúde da Família. Avaliação da Organização de Programa Didático-Assistencial para o Ensino de Graduação. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [s. l.], v. 26, supl. 13, p. 11-13, 1999.
- SANTOS, M. G. O feminismo e suas ondas. **Cult**, 5 set. 2017. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/entenda-o-feminismo-e-suas-ondas/>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Projeto MULHER VIVA - Educando para uma vida saudável**. 1997. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas1.htm>
Acesso em: 30 nov. 2020.

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

SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Financiamento da saúde no Brasil. *In*: BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil em desenvolvimento 2011: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília, DF: IPEA, 2011. v. 1. p. 37-57. Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_brasil_desenvolvimento2011_vol01.pdf Acesso em: 20 jan. 2021.

SNOWDON, C. et al. Death, bereavement and randomised controlled trials (BRACELET): a methodological study of policy and practice in neonatal and paediatric intensive care trials. **Health technology assessment**, Winchester, England, v. 18, n. 42, p. 1-410, 2014.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. AATR-BA, 2002. Disponível em:
<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

TEXEIRA, P. R. Políticas públicas em Aids. *In*: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids**. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Zahar, 1997, p. 43-68.

TERRIE, B. 'Só vi meu filho no enterro', diz mãe que perdeu bebê no parto. **Universa**, 12 jan. 2018. Disponível em:
<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2018/01/12/so-vi-meu-filho-no-enterro-diz-mae-que-perdeu-bebe-no-parto.htm>. Acesso em: 12 jan. 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. Ilustrações de Zivaldo. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em:
<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/guia-dos-direitos-da-gestante-e-do-bebe>. Acesso em: 25 jan. 2021. Acesso em: 12 jan. 2021.

UOL. Mães relatam o drama da perda gestacional tardia. **Universa**, 03 mar. 2016. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2016/03/03/maes-relatam-o-drama-da-perda-gestacional-tardia.htm>. Acesso em: 12 jan. 2021.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 2, n. 30, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. *In*: CANESQUI, A. M. (Org) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 205-215.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 4, n. 9, p. 353-370, 1994.

WRIGHT, P. M. **Pushing On: A Grounded Theory Study of Maternal Perinatal Bereavement**. 2010. 147 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Loyola University Chicago, Chicago, 2010. Disponível em: https://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1146&context=luc_diss Acesso em: 20 fev. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Compilação dos dados dos Projetos de Lei 978/2010, 3391/2019 e 3649/2019

	PL 978/2010	PL 3391/2019	PL 3649/2019
Autor	Deputadas Federais: Flávia Carreiro Albuquerque Moraes (PDT/ GO) e Hilkea Carla de Souza Medeiros Lima (PROS/ RN)	Deputado Federal: Fábio Salustino Mesquita de Faria (PSD/RN).	Deputada Federal: Carmen Emília Bonfá Zanotto (Cidadania/ SC).
Finalidade	Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para dispor sobre o luto materno.	Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, para dispor sobre a prioridade na assistência psicológica às mulheres que sofreram aborto espontâneo, nos casos permitidos em Lei ou na ocorrência de óbito perinatal.	Estabelece aos hospitais públicos e privados instituírem procedimentos relacionados à humanização do luto materno e parental. Altera a Lei nº 8.069, de 1990, e a Lei nº 6.015, de 1973.
Justificativa	Este projeto de lei baseia-se em uma proposição da Deputada Federal Keiko Ota. Ele visa a oferecer tratamento mais humanizado para as famílias cujos bebês não conseguiram sobreviver. Pretende a inclusão no artigo 10 da Lei 8.069/1990 ECA, que dispõe sobre as obrigações dos hospitais e demais estabelecimentos públicos ou particulares, de norma para acomodação das mães que perderam seus bebês em leitos separados. O projeto busca amenizar a dor da perda fetal. Muitas vezes a família fica junto com as famílias de filhos vivos.	O abortamento espontâneo é uma intercorrência frequente na gestação. Além de todos os problemas físicos, há os problemas psicológicos relacionados à perda. Relatos frequentes na psicologia apontam tristeza, frustração, culpa e sensação de vulnerabilidade. Desta forma, é importante o atendimento prioritário no Sistema Único de Saúde "SUS".	Esta proposta foi trabalhada pela ONG Amada Helena. É a história de um casal que perdeu sua filha com 17 dias de nascimento. É um trabalho bem mais detalhado sobre a atenção ao luto familiar.
Situação	Em andamento - Pronto para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).	Em andamento - Aguardando parecer do relator na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER).	Em andamento - Apensado ao Projeto n. 3391/2019.

APÊNDICE B - Apresentação do resultado da pesquisa bibliográfica realizado em novembro de 2020 e fevereiro de 2021, segundo a finalidade, a temática, as bases de dados, o período da pesquisa, o tempo estimado na coleta desses dados, os artigos identificados, a quantidade de artigos por base de dados, o número de artigos duplicados, o número de artigos únicos para o estudo, os termos filtro utilizado para especificar o tema em estudo, o número de artigos após uso do filtro, número de artigos após incluir novo filtro, número total de artigos após a utilização do novo filtro juntamente com os artigos já identificados anteriormente e o número de artigos em relação a especificidade da temática estudada. Ribeirão Preto, 2021.

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA		
Finalidade	Conhecer sobre as Políticas Públicas relativas à atenção à saúde da mulher	
Temática escolhida	“perdas fetais e perda fetal pós-parto imediato”	
Base de dados	LILACS, PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, Scopus, PsycINFO	
Período	1970 até 2010	
Tempo estimado na coleta de dados	44 horas	
Artigos identificados	3.224 (Plataforma Rayyan)	
Quantidade de artigos por base de dados	LILACS	15
	PubMed	728
	Embase	800
	CINAHL	241
	Web of Science	236
	Scopus	1.098
	PsycINFO	106
Artigos em duplicatas	1.502	
Artigos únicos para estudo	1.722	
Filtro utilizado para especificar o tema em estudo	“Pregnancy loss” (perda gestacional), “neonatal loss” (perda neonatal), “Perinatal Death (morte perinatal), “Stillbirth” (natimorto) incluído porque no DeCS o termo “Perda Fetal Tardia” está incluso nesse descritor e “Postpartum period” (período pós-parto) que tivessem entre os tópicos principais “Health Care Policy”, “Health Policy”, “Pregnancy”, “Stillbirth” e “Newborn Death”	
Resultado após a utilização do filtro	54	
Inclusão de novo filtro	“Bereavement” (luto) com os mesmos tópicos principais do primeiro filtro	
Resultado total após a utilização do novo filtro	7, dos quais 3 já se encontravam nos 54 anteriores e 4 após o intervalo 1970-2010	
Total de artigos analisados	58	
Artigos que tratam de Políticas Públicas especificamente estudada: diretrizes nas políticas de Saúde da Mulher, em relação aos cuidados frente a morte perinatal.	Nenhum	

APÊNDICE C - Produto da dissertação: “Análise e implicações das políticas públicas em relação à saúde da mulher no Brasil: um processo contínuo de aprimoramento” (folder com dobra tripla)

**Análise
e implicações
das políticas
públicas em
relação à saúde
da mulher no
Brasil: um
processo
contínuo de
aprimoramento**

**Venha bater um papo
on-line com a gente**

Débora Aparecida Miranda Benetti

debora_aparecida@uol.com.br

Maria José Bistafa Pereira

mjbpereira@unaerp.br



BENETTI, D. A. M. **Parto: as lacunas das políticas públicas de atenção integral à mulher em momento de perda.** 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação) - Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, Ribeirão Preto-SP, 2021.



Canva



Ao analisarmos três políticas de atenção à saúde da mulher: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984); o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), é possível reconhecer avanços nas conquistas, no entanto, isso não significa que ainda não se tem muito a aprimorar e conquistar no campo da saúde da mulher.

Um dos aspectos que é possível identificar trata-se da ausência de uma diretriz voltada para as necessidades específicas da mulher e seus familiares diante da perda perinatal.

São vários os grupos instituídos que vêm trabalhando na produção de atenção e cuidados voltados a mães e famílias que passam por esse sofrimento. No entanto, a ausência de legislação que assegure medidas adequadas, caracterizadas pelo atendimento humanizado e digno nesse momento, deixa os pais e a família em situação de vulnerabilidade emocional. Também ficam na dependência de os serviços de saúde reconhecerem a complexidade dessa experiência. Para muitos profissionais, a morte/perda é uma ocorrência inerente ao processo de trabalho da área da saúde; por outro lado, para a mãe, pai e familiares, é um acontecimento cruel e muito doloroso, podendo deixar marcas profundas.

Estudiosas no assunto, como Heloisa Salgado e Carla Polido (2018, p. 39), na obra Como Lidar com o Luto Perinatal, afirmam que "as memórias de experiências – limite (como o nascimento e a morte) serão robustas, intensas, marcantes e eternas. Terão um peso maior ou menor, leveza ou dureza, tranquilidade ou dificuldade, dependendo de como a experiência aconteceu no momento em que foi vivida".

Nesse processo, é possível afirmar que vem ocorrendo uma situação problema em relação à perda de um filho, quando se depara com os relatos de experiências e outras afirmações citadas por mulheres, cônjuges e familiares, e, nesse sentido, faz-se necessário que a regulação pelo Estado seja implantada ou mesmo implementada.

Os cuidados junto à mãe e familiares que vivem a perda perinatal se tornaram uma necessidade que precisa ser ouvida, e é preciso gerar diretrizes no âmbito do Estado, quer na formação ou na educação permanente dos trabalhadores da saúde, como também diretrizes voltadas para o âmbito do ambiente institucional das maternidades e hospitais.

Para tanto, entendemos que se faz necessário mobilizar e articular recursos para a elaboração e criação de uma política pública, para mães e família em situação de perda perinatal.

Essas iniciativas podem ocorrer nos diversos espaços de luta pelos direitos humanos, nos espaços e grupos de estudos e formação que se comprometem com uma prática de saúde humanizada e na perspectiva da atenção integral. Também, com os que exercem o poder parlamentar e se comprometem a ouvir as necessidades dos diversos grupos sociais em situação de sofrimento, de vulnerabilidade, e elaborar leis que assegurem legalmente a intervenção no sentido de reduzir essas situações. Aos grupos que assumiram participar dos fóruns, conferências e conselhos com a atribuição de formular políticas públicas visando a promover a saúde, prevenir o sofrimento, como também tratar técnica e dignamente a população que demanda o serviço de saúde, nesse caso específico, as mulheres e seus familiares.