

Transições

Centro Universitário Barão de Mauá

Título

Avanços e lacunas no processo de elaboração das políticas de saúde da mulher, do Brasil, no momento da perda do período perinatal

Autores

Maria José Bistafa Pereira
Débora Aparecida Miranda Benetti
Carla Aparecida Arena Ventura
Sílvia Sidnéia da Silva

Ano de publicação

2021

Referência

PEREIRA, Maria José Bistafa; BENETTI, Débora Miranda; VENTURA, Carla Arena; SILVA, Sílvia Sidnéia. Avanços e lacunas no processo de elaboração das políticas de saúde da mulher, do Brasil, no momento da perda do período perinatal. **Transições**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, 2021.

Recebimento: 27/04/2021

Aprovação: 01/07/2021

AVANÇOS E LACUNAS NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER, DO BRASIL, NO MOMENTO DA PERDA NO PERÍODO PERINATAL

IMPROVEMENTS AND GAPS IN THE ELABORATION PROCESS OF WOMEN'S HEALTH PUBLIC POLICIES, IN BRAZIL, AT A TIME OF PERINATAL LOSS

Maria José Bistafa Pereira*
Débora Aparecida Miranda Benetti**
Carla Aparecida Arena Ventura***
Sílvia Sidnéia da Silva****

Resumo: Este estudo estabeleceu como objetivos: descrever as diretrizes específicas de atenção às mulheres, enfatizando aqueles referentes à perda perinatal, nos seguintes documentos editados pelo Ministério da Saúde: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Trata-se de uma pesquisa descritiva e de abordagem analítica. O modelo analítico utilizado na análise é composto por quatro categorias: contexto, processo, atores e conteúdo. O foco foi centrado na categoria contexto. O resultado evidenciou ausência de diretrizes específicas relacionadas à perda perinatal, nos três documentos analisados. Também revelou que a elaboração, implantação e implementação desses documentos apresentou tensões, decorrida por projetos ideológicos distintos, implicando na necessidade

* Doutorado em Enfermagem pela USP. Docente da UNAERP. Atuou no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. Contato: mjbpereira@unaerp.br

** Mestranda em Saúde e Educação pela UNAERP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: debora_aparecida@uol.com.br

*** Doutorado em Administração pela USP. Docente da USP e colaboradora do programa Leaders for Health Equity da George Washington University. Contato: caaventu@eerp.usp.br

**** Doutorado em Enfermagem pela USP. Docente e pesquisadora da UNAERP. Contato: sssilva@unaerp.br

de mobilizar e articular diferentes recursos em um processo contínuo. Revelou serem necessárias avaliações constantes visando a aprimorar e conquistar demandas ainda não incluídas. Os direitos humanos defendem a luta dos grupos em suas necessidades específicas visando a conquistar legalmente direitos para obter tratamento mais digno tanto nos direitos gerais como nos específicos. Portanto, as especificidades do luto pela perda perinatal merecem ter diretrizes incluídas nas políticas públicas, na perspectiva de um atendimento humanizado como compromisso do Estado frente a essa situação.

Palavras-chave: Morte perinatal. Políticas de saúde. Luto. Parto humanizado.

Abstract: This study set as its aim to describe the specific guidelines of women's care, emphasizing those related to perinatal loss in the following documents from the Ministry of Health: Comprehensive Care Program for Woman's Health, Prenatal and Birth Humanization Program and National Policy for Comprehensive Care for Woman's Health. It is a descriptive research with analytical approach. The analytical model used for the analysis is formed by four categories: context, process, actors and content. The focus was centered in the context category. The result showed the absence of specific guidelines related to neonatal loss, in all three documents analyzed. Also, it revealed that the elaboration, implantation and implementation of these documents presented tensions, due to distinct ideological projects, implicating on the need to mobilize and articulate different resources in a continuous process. It revealed to be necessary constant evaluation aiming to improve and conquer demands that are not included yet. Human Rights stand by the struggle of groups in their specific needs aiming to legally conquer rights to obtain a more dignifying treatment both in general and specific rights. Therefore, the specificities of grief towards perinatal loss deserve to have its guidelines included in public policies, in the perspective of having humanizing care as a commitment from the State in the face of this situation.

Keywords: Perinatal death. Public policies. Bereavement. Humanized birth.

INTRODUÇÃO

São inegáveis os avanços conquistados nas políticas sociais brasileiras com ênfase na saúde, nas últimas décadas do século passado e na primeira década do ano 2000.

Em Brasil (2004), 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, assim incluindo demandas que historicamente se encontravam excluídas das políticas públicas.

Em um movimento de enfrentamento constante, situação inerente ao processo democrático, a implementação dos princípios e das diretrizes do 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, 2004). 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. O PNAISM se comprometeu com a integralidade da atenção, com a saúde enquanto direito e com a participação dos sujeitos na avaliação e implementação de propostas dos serviços de saúde. Nesse sentido, Freitas *et al.* (2009) brilhantemente afirmam que:

[...] 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 (FREITAS *et al.*, 2009, p. 8).

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 Ministério da Saúde 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. 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, pode-se afirmar o reconhecimento das conquistas, no entanto, há muito a se aprimorar e conquistar no campo da saúde da mulher.

Nesse sentido, diante da experiência vivida por muitas mulheres e seus familiares, conforme relatam Salgado e Polido (2018); Adriana Negreiros (2016); Nogueira (2017), como também pelas ONGs intituladas Amada Helena e Luto à Luta, instituídas em prol das famílias que vivem o luto da perda neonatal, é também possível assinalar que ainda se tem muito a investir, tanto na ambiência das instituições hospitalares/maternidades como em relação à prática dos profissionais de saúde.

Por esses relatos de experiências e outras afirmações citadas por mulheres e familiares, considera-se ser necessário que a regulação pelo Estado seja implantada ou no mínimo implementada.

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 adequado, essa pessoa tem mais possibilidades de se fortalecer, e passar pelas dificuldades dessa vivência para enfrentar a vida e reconstruir novos sonhos e desejos. Caminho esse pertinente à humanização e ao estado de direito do sujeito.

Diante dos fatos, formulou-se o seguinte questionamento - O que as políticas públicas de saúde, do Brasil, principalmente aquelas com foco na saúde da mulher, contemplam ou não sobre as necessidades específicas acerca da situação da perda perinatal?

Temos como pressuposto ser necessário incorporar e ou fortalecer as políticas públicas, em especial aquelas voltadas para a saúde da mulher, elaborando diretrizes específicas 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, fundamentados nos direitos e dignidade humana para que se elimine a barreira da indiferença, tanto na estrutura física como nas práticas profissionais, marcadas muitas vezes pela mecanicidade, incluindo a comunicação e, dessa forma, também ajude a mãe e familiares a recuperarem-se dessa dor imensa.

Para Viana (1996), 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. Ainda, afirma que estas não se limitam ao campo político e administrativo quando da sua execução, mas proporcionam uma narrativa revelando a complexidade embutida nesse conceito trazendo uma visão teórico-prática (VIANA,1996).

Em ampla revisão da literatura realizada com a finalidade de identificar artigos com a temática do presente trabalho, foram realizadas pesquisas nas bases de dados LILACS, PUBMED, EMBASE, CINAHL, PSYCINFO, WEB OF SCIENCE e SCOPUS, usando como palavras-chave os termos “Política de Saúde” e “Política Pública” e seus sinônimos combinados com os termos “Morte Perinatal” e “Perda neonatal” e seus sinônimos. Os resultados dessas buscas foram tratados na plataforma Rayyan, tendo apresentado número total de 1.722 resultados únicos, que, após um filtro de termos, tópicos, intervalo de data de publicação e análise por conveniência, resultaram em 58 artigos que foram analisados integralmente, de modo a identificar aqueles que possuísem maior aderência ao objetivo do trabalho.

Pautada nessa situação do sofrimento da perda perinatal, e considerando que temos, no Brasil, documentos oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde que abordam com especificidade a atenção à

saúde da mulher, estabelecemos para essa investigação os seguintes objetivos:

- Descrever as diretrizes específicas de atenção às mulheres, enfatizando aquelas enlutadas, voltadas para o cuidado frente à perda perinatal, nos seguintes documentos: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 1984; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; e Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), de junho de 2000.
- Analisar os três documentos selecionados do Ministério da Saúde brasileiro acerca da saúde da mulher, no período de 1970 a 2010, com ênfase nos respectivos processos de elaboração.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e de abordagem analítica, inserida no campo dos fenômenos sociais (TRIVIÑOS, 1992).

Os documentos alvos de análise foram: Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher, editado em 1984; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; e a Portaria / GM nº 569, de 01/06/2000, do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Esses documentos foram selecionados, no período estudado, por tratarem de programas e ou políticas editadas pelo Ministério da Saúde, 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 da atenção e ênfase apenas em suas funções reprodutivas. O PHPN foi um documento com foco muito pertinente ao objeto de estudo e o PNAISM

foi a política que ampliou o enfoque nas diversas dimensões pertinentes à mulher.

As políticas públicas podem ser analisadas por diferentes modelos teóricos, com métodos apresentados por estudiosos nesse tema, dentre os quais destacamos: Viana (1997), Mattos e Baptista (2011), Araújo e Rodrigues (2017) e Almeida e Gomes (2019). Viana (1996), ao alertar acerca da multiplicidade de fatores, atores e outros elementos, torna impossível fazer uma análise que tenha abrangência total dos mesmos.

Dentre os diversos modos de analisar uma política, optamos pelo método proposto por Araújo e Maciel (2001), sendo que a proposta foi baseada no modelo de Walt e Gilson (1994), que utiliza um modelo analítico composto por 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 *que* analisar e *como* analisar. Neste estudo, apresentaremos a análise da categoria processo. Os autores indicam como relevante a se analisar, nessa categoria, o momento de decisão da formulação e da implantação da política, e 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. Também alertam para a dinamicidade que circunscreve as políticas públicas, o seu caráter processual, e as etapas estabelecidas que têm mais uma característica didática, uma vez que nem sempre é possível fazer essa separação.

RESULTADOS

O processo da elaboração e publicação do PAISM

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.

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).

Nessa perspectiva, Osis (1998) relata que a proposta do PAISM foi elaborada por uma equipe composta por três médicos e duas sociólogas, 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 sanitarista) também contribuiria para vencer possíveis resistências ao programa, significando ampliar as diretrizes para além da visão biológica. Todos os integrantes propunham 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. Dessa forma, assinala que “a composição desse grupo já parecia indicar o percurso político do programa a ser elaborado” (OSIS, 1984, p. 26).

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 diante do contexto político desse momento histórico do 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 a luta pelo 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 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, pois reconheciam 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. Ainda, criticava-se quanto à real intensão do programa, por acreditarem que esta era de fazer o controle da natalidade (OSIS, 1998).

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 a 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). O conceito de integralidade era considerado mal elaborado ou pelo menos obscuro.

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.

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.

O processo da constituição e da edição da PNAISM

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 pré-conferências 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), sendo esta em Brasília, em 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.

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 feministas, 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, 2004, 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.

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.

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, foram pautadas as necessidades/lacunas identificadas por diversas fontes. 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.

Pode-se afirmar que a área técnica da saúde da mulher, do Ministério da Saúde, 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. A integralidade da atenção é inexistente ou está limitada pela ideologia política e organizacional local. Ainda, os autores identificaram 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, afirmam reconhecer os avanços em relação ao acesso, e também nos indicadores de saúde. Por outro lado, alertam que

[...] 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 5,14,17,18. (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.

O Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN)

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 (2005),

que de forma brilhante retrata a trajetória e processo de conformação e constituição da Humanização ao Parto, incorporando os movimentos internacionais e nacionais.

A história 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 (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, 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.

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 Ministério da Saúde 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 obstetrizes.

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 Ministério da Saúde.

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), ano 2000

Frente às necessidades de atenção específicas à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período do parto e pós-parto, o Ministério da Saúde 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 Ministério da Saúde 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 Ministério da Saúde, 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 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.

Com relação à inclusão de diretrizes específicas sobre as condutas e providências em relação à mãe e aos familiares, no quadro abaixo encontram-se descritos itens relacionados ao conteúdo dos três documentos analisados e, dentre eles, foi averiguado sobre as diretrizes específicas diante da perda perinatal.

Quadro 1 - 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 |
| Objetivos | <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

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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. | <ul style="list-style-type: none"> • 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. | <ul style="list-style-type: none"> • 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 do campo e da cidade e das indígenas. • 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. |
|--|--|--|

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Diretrizes específicas diante da perda | | | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a participação e controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres. |
| | Não há citação desta natureza. | Não há citação desta natureza. | Não há citação desta natureza. |

Fonte: produção da própria autora

O estudo de Barros, Aquino e Souza (2019) abordou, 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, concluíram que a “taxa de mortalidade fetal do país passou de 8,19 em 1996 para 9,50 por 1.000 nascimentos em 2015” e, ainda afirmam que “os óbitos fetais predominaram entre a 28ª e a 36ª semana de gestação, com tendência crescente no Brasil e todas as regiões, exceto no Sul (estacionário)” (BARROS; AQUINO; SOUZA, 2019, p. 1).

Salgado e Polido (2018), estudiosas da temática de morte perinatal, relatam 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. As autoras, na referida publicação, têm 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 neonatal.

Mesmo reconhecendo os avanços, não podemos deixar de destacar que esses documentos não apresentam nenhuma citação sobre os conteúdos específicos voltados à mulher e à família que passa por essa experiência. Necessidades são geradas nessa situação e, portanto, entendemos ser necessário ouvir as pessoas (mulheres e familiares) e evidenciar os apelos manifestados, e propor a criação ou a implementação de uma política pública, pensando em um atendimento mais humanizado como compromisso do Estado frente a essa situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este 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.

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 frente a essa perda.

Outra consideração se trata da necessidade da explicitação das demandas geradas nesse luto, manifestadas por grupos sociais

envolvidos com a saúde em geral, principalmente os envolvidos com a saúde da mulher. Também seria fundamental que 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, incluíssem nas respectivas agendas essa temática.

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 vale 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.

REFERÊNCIAS

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.

ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Perspectivas teóricas para a análise de políticas públicas: como lidam com a complexidade? **Administração Pública e Gestão Social**, 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.

ARAÚJO, L.; RODRIGUES, M. L. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, v. 83, 2017.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004/2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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.

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. **Relatório final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 8**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CANESQUI, A. M. **Assistência Médica e a Saúde e Reprodução Humana**. Campinas, SP: NEPO-UNICAMP, 1987.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

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.

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.

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.

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.

NOGUEIRA, A. Quando a dor de perder um bebê não é respeitada: “Vai incinerar com o lixo”. **Universa**, 22 set. 2017.

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.

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.

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.

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

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, 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**, v. 4, n. 9, p. 353-370, 1994.