

Direito à saúde da mulher e da criança no Brasil

Right to health of women and children in Brazil

Fábio Solon Tajra¹

Ricardo José Soares Pontes²

Francisco Herlânio Costa Carvalho²

¹Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE, Brasil.

O direito à saúde constitui um dos aspectos para o exercício da cidadania e tratar de um debate acerca dessa temática é refletir sobre as bases regulamentadoras das relações sociais. Ao longo da história, podemos perceber um processo intenso de lutas pela efetivação desse direito que se relaciona com a necessidade de transformação da nossa sociedade de tal forma que possibilite elaborar respostas às expressões das diversas questões sociais¹.

Potencializamos essa discussão quando relacionamos grupos específicos, por exemplo, mulheres e crianças. Ao pensar nisso, elaboramos um questionamento: como tem se efetivado o direito à saúde de mulheres e crianças no Brasil?

Inicialmente, vale mencionar que a saúde nem sempre recebeu proteção legal. A saúde esteve relacionada ao direito à vida até o início do século XX e só passou a ser protegida pelos ordenamentos jurídicos legais na passagem do Estado Liberal para o Estado do Bem-Estar. Em termos internacionais, a saúde passou a ser, assim, tratada com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando os direitos humanos passaram a ser devidamente reconhecidos.

No Brasil, a saúde como direito fundamental só foi mencionada a partir da Constituição Federal de 1934. Naquela ocasião, estava associada à saúde do trabalhador. Na Carta de 1937, houve uma preocupação isolada com a saúde da criança. Contudo, não foi possível avançar nesta temática ao longo dos anos.

Somente a partir do movimento de reforma sanitária da década de 1980, a saúde ganhou destaque como direito fundamental. Na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser compreendida como direito social e prestada por um sistema regionalizado e hierarquizado.

Ao longo da história, no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, podemos mencionar vários movimentos a partir de um panorama mundial: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Declaração dos Direitos da Criança (1959); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) de 1979; Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994; Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (1995); e, Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD+5), Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1999). Em geral, cada um deles agregou um ponto relevante diante da temática de direito à saúde. Nessa oportunidade, foram mencionados tópicos acerca da atenção aos determinantes sociais, redução das taxas de mortalidade materna e infantil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde.

Todas as discussões promovidas por esse movimento internacional foram importantes para que, no ano 2000, fossem desenhados macro-objetivos a serem cumpridos no novo milênio. Nesse entendimento, foi elaborada a Declaração do Milênio das Nações Unidas que contava com oito desafios, a saber: redução da pobreza; alcance do ensino básico universal; igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; redução da mortalidade na infância; melhoria da saúde materna; combate do HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantia da sustentabilidade ambiental; e, estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento. Essa proposta foi elaborada com a intencionalidade de se conquistar esses objetivos até o ano de 2015 e trouxe à tona o desafio de garantir o direito à saúde das mulheres e crianças de forma bastante enfática.

No que diz respeito à tentativa de redução da mortalidade materna, a meta era reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM). Quanto à redução da mortalidade na infância, a intenção era de reduzir em dois terços, a morte de crianças com menos de 5 anos de idade. Nessa ocasião, o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento desses objetivos, em especial, relacionados à saúde materna e infantil, foi: reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna e reduzir a mortalidade infantil para 17,9 óbitos por mil (ONU/PNUD, 2000).

Na perspectiva de reduzir expressões da questão social, como a mortalidade materna e infantil, além de garantir o acesso e o direito à saúde da mulher e da criança, foram elaboradas estratégias diferentes ao longo da história de saúde pública no país, tanto em nível nacional como também em níveis estadual e municipal². A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, por exemplo, refletiu o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e para diminuição da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis³. Segundo esse documento, o Estado deveria garantir o direito a informações de qualidade acerca da saúde sexual e reprodutiva para mulheres e homens, bem como a acessibilidade aos contraceptivos, considerando-se a contracepção de emergência. Essas ações seriam realizadas no âmbito do SUS, na perspectiva da integralidade da atenção, como preconizado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) há mais de duas décadas.

O Programa de Humanização do Parto (PHP), por sua vez, fez parte da Política Nacional de Humanização/PNH, que faz referência a uma proposta ética-estética-política pautada pela noção de equidade, com garantia de acesso aos serviços de saúde, de forma humanizada e com qualidade, atendendo assim os ideais de cidadania, base para uma sociedade democrática. Em primeiro lugar, o PHP buscou evitar intervenções desnecessárias, preservar a privacidade e autonomia da mulher e ainda defendeu estratégias e ações que viabilizassem o máximo de conforto e segurança à gestante, parturiente e bebê. Aqui, além do destaque aos aspectos humanitários, percebemos a tentativa de erradicação da quantidade de cesáreas a pedido, feitas no país, sem verdadeiramente necessidade clínica para isso. Em geral, esse Programa esteve voltado para a qualificação da atenção, de modo a promover o respeito e a promoção dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos⁴.

Ao longo do tempo, foram discutidos assuntos que tratavam da autonomia do paciente e sua participação na tomada de decisões. Isso incluiu o cuidado ao ciclo gravídico-puerperal que compreende o conjunto de serviços destinados ao atendimento da gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. De acordo com Busanello⁵, a qualidade da atenção em saúde envolveria atitudes e comportamentos que pudessem contribuir para reforçar o caráter de atenção em saúde como um direito, assim como o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando

sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. Todavia, estudos que abordam a atenção à saúde da mulher durante este ciclo, revelam que a autonomia das mulheres para definir, analisar e atuar sobre o seu próprio corpo vem sendo violada. A perspectiva de superação desse problema está relacionada com a incorporação de um modelo de atenção humanizada em que a mulher é considerada o sujeito de todas as ações relacionadas à sua saúde⁶.

No que diz respeito à tomadas de decisão sobre o parto, é fundamental acolher a mulher na sua singularidade, dando-lhe autonomia para a condução do processo e criando condições para a imersão na sua subjetividade. Em relação a esse assunto, a perspectiva atual é a de superar o modelo de parto tecnocrático, em que as soluções são meramente técnicas, são desprezados os aspectos humanos e sociais e se concebe o corpo feminino como uma máquina incompleta, que necessita de intervenções. Aqui, a mulher é colocada em uma posição passiva e temerosa, prevalecendo a visão de que é o profissional de saúde quem “faz o parto”^{4,6}.

O direito de ter um acompanhante na hora do parto também faz parte deste rol de possibilidades. Publicada em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da ANVISA dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e prevê a presença de um acompanhante, de livre escolha da mulher, no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato mesmo em hospitais particulares. Apesar disso já fazer parte de bases normativas importantes no país, há um grande desconhecimento em relação a esse assunto^{4,6}.

Desde 2011, está sendo desenvolvida no Brasil uma proposta assistencial que busca articular e integrar os diversos pontos de atenção à saúde em redes na perspectiva de ampliação e organização do cuidado e garantia do acesso às ações e serviços de saúde. Essa proposta de Redes de Atenção à Saúde vem sendo intitulada, no caso específico da saúde materna e infantil, como Rede Cegonha (RC)⁷.

De fato, a RC está inserida numa discussão maior que se propõe a atender à regionalização proposta desde a Constituição de 1988 e a promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil⁸. Nesse sentido, o termo ‘integrar’ constituiria o alicerce desta política que viria a fortalecer aquilo que já estava sendo proposto, mas que ainda não havia sido suficiente para garantir o cuidado à saúde materna e infantil.

É bem verdade que, quanto à implantação da Rede Cegonha nas diversas regiões de saúde, algumas importantes fragilidades precisam ser superadas como o financiamento, a atuação dos profissionais de saúde e o processo regulador. Com base nisso, pretende-se garantir, cada vez mais, qualidade do cuidado à saúde materna e infantil em uma lógica solidária, articulada, cooperativa e interdependente. É importante mencionar, ainda, que é preciso reunir esforços e agregar recursos para atender às necessidades da saúde da mulher e da criança na perspectiva de garantir o acesso e integralidade aos serviços e, assim, materializar o direito à saúde dessa população.

REFERÊNCIAS |

1. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40): 249-60.
2. Cardoso LM, Souza MMCF, Guimarães RUC. Morte materna: uma expressão da “questão social”. *Serv Soc Soc*. 2010; (102):244-268.
3. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev Bioét*. 2013; 21(3):494-508.
4. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psi*. 2013; 25(3):585-602.

5. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):807-14.
6. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3):452-60.
7. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis.* 2013; 23(4):1297-316.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Correspondência para/Reprint request to:

Fábio Solon Tajra

Rua Regina Lopes, 1655, Condomínio Asa Branca, apt 301,

Ininga, Teresina/PI, Brasil

CEP: 64049695

Tel.: (86) 99988-7591

E-mail: fabiolutus@gmail.com