

O DIREITO À SAÚDE DA MULHER IRRADIADOS DOS DOCUMENTOS INTERNACIONAIS E DO PLANO NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

THE RIGHT TO WOMEN'S HEALTH RADIATED FROM
INTERNATIONAL DOCUMENTS AND THE NATIONAL
PLAN FOR COMPREHENSIVE HEALTH CARE FOR
WOMEN

EL DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER IRRADIADOS
DE DOCUMENTOS INTERNACIONALES Y DEL PLAN
NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA
MUJER

SUMÁRIO:

1. Introdução; 2. A saúde publica na ordem internacional; 3. As conferências internacionais de saúde; 3.1 Conferência Internacional de Alma-Ata; 3.2 Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Carta de Otawa; 3.3 Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Adelaide; 3.4 Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Sundsvall; 3.5 Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Jacarta; 3.6 Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração do México; 3.7 Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Declaração de Santa Fé de Bogotá; 3.8 Declaração Política do Rio Sobre Determinantes Sociais da Saúde; 4 Agenda 2030 para

Como citar este artigo:
BREGA FILHO,
Vladimir, COIMBRA,
Mário. O direito à
saúde da mulher
irradiados dos
documentos
internacionais e do
Plano Nacional de
Atenção Integral à
Saúde da Mulher.
Argumenta Journal
Law, Jacarezinho – PR,
Brasil, n. 38, 2022,
p. 263-304

Data da submissão:
01/06/2022

Data da aprovação:
08/12/2022

1. Universidade Estadual do Norte do Paraná – Brasil
2. Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente Universidade Estadual do Norte do Paraná – Brasil

o desenvolvimento sustentável; 5 Atenção integral à saúde da mulher no Brasil; 5.1 Concreção da política pública de assistência à saúde da mulher no Brasil; 5.2 Ações e serviços de saúde negligenciados; 5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; 6. Políticas públicas marcantes na tutela dos direitos da mulher; 7. Conclusão; Referências.

RESUMO:

O direito fundamental à saúde é uma quimera para uma legião de cidadãos que não têm acesso formal ao Sistema Único de Saúde. No que tange à mulher, embora seja a maior usuária do SUS, permaneceu por vários anos olvidada de uma política específica à sua saúde. As conferências internacionais de saúde e o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher fomentaram a construção de uma política pública voltada à saúde da mulher sobrelevando, assim, sua dignidade no âmbito da saúde pública. Foi utilizado o método dedutivo. A técnica condutora da pesquisa foi a bibliográfica.

ABSTRACT:

The fundamental right to health is a fantasy for a mass of citizens who, despite the constitutional principles of universality and integrality, do not have formal access to the Unified Health System. In relation to women, despite being the largest user of the Unified Health System, they remained for several years without a health policy. The International health conferences and the National Plan for Integral Attention to Women's Health encouraged a public policy for women's health, thus elevating their dignity in the context of public health. The deductive method was used. The conducting technique of the research was bibliographic.

RESUMEN:

El derecho fundamental a la salud es una quimera para una legión de ciudadanos que, a pesar de los principios constitucionales de la universalidad e integralidad, no tienen acceso formal al Sistema Único de Salud. En cuanto a la mujer, si bien sea la mayor usuaria del SUS, desde hace varios años se han olvidado de una política específica para su salud. Las Conferencias Internacionales de Salud y el Plan Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer han impulsado una política pública para la salud de

la mujer, elevando así su dignidad en el contexto de la salud pública. Se utilizó el método deductivo. La técnica de realización de la investigación fue la bibliográfica.

PALAVRAS-CHAVE:

Políticas Públicas ; Dignidade Humana; Conferências Internacionais de Saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde da mulher.

KEYWORDS:

Public Policies; Human Dignity; International Health Conferences; Health Unic System; Women's Health.

PALABRAS CLAVE:

Políticas Públicas; Dignidad Humana; Conferencias Internacionales de la Salud; Sistema Único de La Salud; La salud de la mujer.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde sempre angustiou os cultores deste importante direito social, uma vez que, a despeito das centúrias decorridas após a concreção dos direitos de segunda dimensão e a evolução da política pública de saúde, ainda subsiste uma legião de cidadãos, coletivamente considerados, desassistidos que não encontram amparo junto ao gestor público na proteção, recuperação e promoção da tão almejada saúde.

Não se pode ignorar, contudo, que a despeito da fundamentalidade material e formal do direito ao acesso à saúde irradiada dos referidos preceitos há uma inegável realidade fática sombria que recai sobre milhares de usuários que sofrem agruras perante às unidades do SUS, especialmente nos níveis secundário e terciário, uma vez que estrutura do sistema de saúde não consegue dar suporte às crescentes demandas por saúde fomentando, assim, infundáveis filas para exames e procedimentos relevantes com reflexos deletérios à saúde dos usuários e ao próprio SUS, que sofre inegável desmoralização perante a coletividade pela não efetividade das ações e serviços, tanto no âmbito da prevenção como na recuperação e promoção da saúde.

Impõe-se o registro de que a despeito do louvável movimento da reforma sanitária desencadeado, a partir da década de 1970, cujos frutos

foram sedimentados na criação constitucional do nosso sonhado Sistema Único de Saúde, não se pode olvidar que as conferências internacionais de saúde, foram de fundamental importância para o fortalecimento desses hercúleos embates nacionais para o fortalecimento da saúde pública, com ênfase na atenção primária.

Anote-se, por oportuno, que muito antes das referidas conferências, tanto a ONU, a OMS e a OEA palmilharam importantes diretrizes para o fortalecimento do Direito Internacional e Regional na área de saúde com reflexos positivos na internalização de princípios e normas de proteção internacional à saúde, como ocorreu no ordenamento jurídico nacional.

É digno de preocupação, contudo, a situação da assistência à saúde de grupos mais vulneráveis e sensíveis, como a Saúde da Mulher, cuja tutela mereceu atenção de documentos internacionais e das referidas conferências internacionais.

Objetiva o presente artigo, portanto, focar a efetividade da política nacional de atenção integral à saúde da mulher e sua concretização nos três níveis de assistência e quais foram as metas internacionais, de fato internalizadas no SUS, na proteção dessa camada populacional.

A pesquisa propõe, nesse enfoque de gênero, deslindar os documentos internacionais e referidas conferências internacionais e suas metas irradiantes na tutela da saúde da mulher.

Para se alcançar o objetivo proposto foi adotado o método dedutivo com conclusões irradiadas de documentos internacionais e da legislação sanitária nacional.

Para se alcançar o objetivo proposto foi utilizado o método dedutivo. A técnica condutora da pesquisa foi a bibliográfica.

2. A SAÚDE PÚBLICA NA ORDEM INTERNACIONAL

A instituição da Organização das Nações Unidas – ONU, em 1945, trouxe inegáveis efeitos positivos na área de saúde.

No ano seguinte, mais precisamente, em 22 de julho de 1946, as Nações Unidas proclamaram ao mundo, a Constituição da Organização Mundial da Saúde, que esculpiu no seu preâmbulo, o célebre conceito de saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

No mesmo preâmbulo dimana importante política de saúde, ao ditar

que “Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 10 de dezembro de 1948 se revestiu do oráculo de proteção aos direitos da pessoa humana por todas as Nações do mundo. Estabelece em seu artigo 25, 1 que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica [...]” O mesmo artigo preceitua no item 2 que “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistências especiais).

O referido documento paradigmático na proteção dos direitos humanos inspirou a ONU na elaboração do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, que estabeleceu no seu artigo 12, 1 que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica”.

Regionalmente a Organização dos Estados Americanos, aprovou, em 17 de novembro de 1988, em Assembleia Geral realizada em “San Salvador” o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que dispõe, em seu artigo 10, 1 que “Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental”. O mesmo artigo impõe, no item 2 que “A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público [...]”. A alínea “a” do item 2 consagra a “assistência primária à saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial ao alcance de todas as pessoas e família da comunidade”.

Focando, com especificidade a dignidade da mulher, como gênero, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 18 de dezembro de 1979, dispôs no artigo 11, 1, alínea f que os Estados-Partes deverão assegurar à mulher “o direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução”. Estabeleceu, ainda, no mesmo artigo, item 2, alínea d que os Estados Partes deverão velar pela “[...] proteção especial às mulheres durante a gravidez nos tipos de trabalho comprovadamente

prejudiciais para elas”.

Também, após assegurar à mulher, no artigo 12,1 o pleno acesso aos serviços médicos, inclusive no que tange ao planejamento familiar, a referida convenção erigiu em norma protetiva, no item 2 do mesmo artigo a garantia de que a mulher terá assistência médica adequada durante a gravidez, bem como “[...] ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância”.

A Convenção teve uma preocupação especial com a mulher da zona rural estabelecendo no artigo 14,2, b que os Estados-Partes deverão assegurar que a mulher do campo tenha “[...] acesso a serviços médicos adequados, inclusive informação, aconselhamento e serviços em matéria de planejamento familiar”. Asseverou, ainda, no mesmo item, alínea h que a mulher da zona rural deverá “[...] gozar de condições de vida adequadas, particularmente nas esferas da habitação, dos serviços sanitários, da eletricidade e do abastecimento de água, do transporte e das comunicações”.

Não se deve olvidar, aliás, que, dentre às várias funções da Organização Mundial de Saúde, listadas no artigo 2º da sua constituição deve ser destacada aquela da alínea l consistente em “promover a saúde e o bem-estar da mãe e da criança e favorecer a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável”

Tais normas irradiadas do Direito Internacional se revestiram de sobrelevada importância para a internalização de direitos protetivos da saúde da mulher pelo Estado brasileiro.

3. AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DE SAÚDE

Sem desconsiderar a importância dos documentos internacionais da ONU para a tutela internacional do direito à saúde, inegavelmente as conferências internacionais de saúde contribuíram efetivamente para o fortalecimento da saúde pública a concreção da fundamentalidade material do referido direito público.

Podem ser listadas, pela sua magnitude, as seguintes conferências internacionais: Alma-Ata de 1978; Carta de Otawa de 1986; Declaração de Adelaide de 1988; Declaração de Sundsvall de 1991; Declaração de Jacarta de 1997; Declaração do México de 2000; Declaração do Rio de 2011.

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, embora agluti-

ne várias metas em áreas de interesse global, listou como metas importantes a saúde para todos e o empoderamento feminino, daí a razão da sua análise no presente artigo.

A Conferência Internacional de Santa Fé de Bogotá, Colômbia, na realidade se revestiu de natureza regional, uma vez que tratou apenas da questão da saúde na América Latina.

3.1 Conferência Internacional de Alma-Ata

A despeito da OMS ter rompido com o classismo que gravitava sobre o conceito de saúde restrito à ausência de doença e enfermidade, a audaciosa meta daquela organização de focar a saúde como completo bem-estar físico, mental e social demorou a ser assimilada pelos Estados-partes.

No entanto, importantes debates realizados nos anos 60 chamavam a atenção para a necessidade de se implantar uma medicina social ao alcance de todos planejada, a partir de uma atenção primária para a concreção da almejada universalidade.

Essa premente necessidade fomentou mais tarde, a realização da paradigmática Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários da Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, engendrada pela OMS, em parceria com a UNICEF, no período de 06 a 12 de setembro de 1978.

A Declaração de Alma-Ata, publicada em 12 de setembro daquele ano, representou o primeiro documento internacional que enfatizou a universalidade e a integralidade da saúde pública com ênfase à atenção primária.

O referido documento realça, já no seu preâmbulo, a fundamentalidade material do direito à saúde e que a concreção do mais alto nível de saúde seria a mais importante meta social mundial. Assinalou, ainda, a questão da capilaridade da saúde pública, cuja realização depende da ação de muitos outros setores econômicos e sociais.

Alma-Ata chama a atenção para a chocante desigualdade do estado de saúde entre os povos desenvolvidos e aqueles ainda em desenvolvimento e mesmo dentro dos próprios países focando que a referida degradação social não pode ser admitida. Assim, para que se possa atingir o ápice da meta de saúde para todos, com a conseqüente redução da gritante diferença entre o estado de saúde dos países mais ricos e daqueles mais pobres deve haver uma ordem econômica internacional a iluminar o desenvolvi-

mento econômico e social de todos os povos.

A participação popular na política pública direcionada à saúde pública também se tornou o estandarte de Alma-Ata pela importância que se reveste o debate democrático nas diretivas que gravitam sobre o referido tema extremamente sensível a toda a população.

Após conclamar os governos do mundo inteiro a assumirem a devida responsabilidade pela saúde pública e adotarem medidas sanitárias e sociais adequadas, Alma-Ata estabeleceu como ousada meta social não só dos governos, mas também das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, no sentido de que todos os povos do mundo inteiro pudessem ter no ano de 2000, um nível de saúde que lhes permitissem construir uma vida social e economicamente ativa louvando-se, por oportuno, na necessidade de investimentos nos cuidados primários da saúde pública.

Sobrelevando a necessidade de os governos focarem suas políticas públicas na atenção primária de saúde estabelece a necessidade dessa política pública estar planteada em métodos cientificamente e socialmente aceitáveis e que deve ter como foco a plena universalidade para alcançar todos os indivíduos e famílias da comunidade e que haja o pleno engajamento desta na concreção desta política pública a um custo que a própria comunidade e o país possam suportar. Há necessidade de que tais serviços estejam próximos da comunidade, onde as pessoas vivem e trabalham, uma vez que o êxito da atenção primária depende das pilastras da autoconfiança e autodeterminação. Alma Ata destaca a importância dos cuidados primários da saúde para o desenvolvimento social e econômico global da comunidade e integram o sistema nacional de saúde como seu foco central e principal, sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde.

Como Alma-Ata destaca o conceito de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade estabeleceu a necessidade dos demais componentes sociais e econômicos que gravitam sobre o indivíduo merecerem também a atenção dos gestores públicos.

Preconiza, portanto, o referido documento que os cuidados primários de saúde abrange, dentre outros, a necessária educação quanto aos problemas rotineiros de saúde e os métodos para a sua prevenção e

controle; a promoção da distribuição de alimentos e nutrição apropriada; a disponibilização de provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; o incremento dos cuidados de saúde-materno infantil, abrangendo, inclusive, o planejamento familiar; a imunização da comunidade contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado para doenças e lesões comuns e dispensação de medicamentos essenciais. Destaca a necessidade de atenção a outros setores correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, como a agropecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas e as comunicações.

Deu-se destaque, ainda, à importância dos cuidados primários de saúde estarem amparados por sistemas integrados, funcionais e mutuamente amparados, a fim de que o sistema de saúde se torne exitoso com enfoque à equidade.

Alma-Ata erigiu a saúde pública, com especificidade aos cuidados primários da saúde, como um problema que aflige todos os povos, de forma que todos os países devem colaborar uns com os outros, especialmente com aqueles menos desenvolvidos, para que os cidadãos do mundo inteiro possam de fato usufruir do mais completo bem-estar físico, mental e social.

Merece registro, por oportuno, a seguinte observação sobre Alma-Ata:

A adoção da Declaração de Alma-Ata... foi o marco mais importante do movimento Saúde Para Todos no Ano 2000, lançado pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1977. Estruturado sobre o reconhecimento da saúde como um objetivo social fundamental, a Declaração dá uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais (OPAS, 2015).

Superou-se, assim, com a Declaração de Alma-Ata, a política convencional no trato da saúde pública, até então aplicada descortinando-se, assim, a necessidade da ação universal e integrada, com ênfase na atenção primária e a ampla participação popular na política pública de saúde.

3.2 Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Carta de Otawa

Concomitantemente ao sucesso de Alma-Ata, avançaram os estudos que questionavam o enfoque individual da promoção da saúde com a proposição da adoção de uma abordagem social. Também foram acrescidos na tutela à saúde pública, mais dois novos conceitos consubstanciados na “política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.11-12).

Com estes enfoques foi mentalizada e realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 que consistiu numa Carta de Intenções objetivando atingir a ousada meta de Saúde Para Todos, até o ano 2000 e anos subseqüentes planificada, na Conferência de Alma-Ata.

Essa primeira conferência internacional teve a participação de trinta e cinco países e, “passou a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo” (HEIDMANN et al, 2008, p.03)

A Carta de Ottawa denomina promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Assevera que a saúde deve ser focada como um conceito positivo, com realce para os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas dos indivíduos. Enfatiza que a promoção da saúde não é de responsabilidade apenas do setor saúde.

Merece registro o fato de que a referida conferência esculpiu algumas condições e recursos imprescindíveis para a saúde, como a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, sob o fundamento de que o incremento da promoção da saúde tem que estar sedimentada solidamente nesses pré-requisitos.

De forma enfática sobreleva a saúde pública como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. Adverte de que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos tanto favorecem como podem prejudicar a saúde.

Realça a equidade como um dos focos da promoção da saúde, uma vez que se deve atuar na redução das diferenças no estado de saúde da população oportunizando o acesso a recursos de forma igualitária para que todos possam atingir completamente o seu potencial de saúde. De

fato, as pessoas devem ter oportunidade de palmilharem uma vida mais saudável já que não conseguirão atingir o ápice do seu potencial de saúde, se não forem capazes de controlar os fatores determinantes da sua saúde, se aplicando tal lógica a homens e mulheres.

A mencionada Carta chama a atenção dos políticos e gestores públicos afirmando que a questão da saúde pública deve ser listada como prioridade em suas agendas, uma vez que suas decisões poderão apresentar efeitos irradiantes positivos ou negativos, no referido setor. A classe política, bem como os gestores públicos devem ser conscientizados que as escolhas saudáveis são aquelas mais fáceis de se concretizar.

Ensina que uma política exitosa de promoção da saúde requer uma distribuição mais equitativa de renda e adequadas políticas sociais. A saúde não pode ser focada de forma separada de outras metas e objetivos sugerindo, por oportuno, que haja ajuda recíproca entre as nações, entre as regiões e comunidades para a superação dos seus problemas e para a preservação do meio-ambiente natural, sendo que esta tarefa deveria ser uma responsabilidade global, já que a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

A promoção da saúde, para a Carta de Ottawa, passa pela transmutação dos modos de vida, de trabalho e de lazer enfatizando que os dois últimos deveriam ser fontes de saúde para todos.

Estabelece que a promoção da saúde pressupõe o fortalecimento das comunidades, que através de tomada de decisões e definições de estratégias poderão alcançar a melhoria das condições da saúde. A comunidade deve ter a posse e o controle dos seus próprios destinos.

A responsabilidade pela promoção da saúde é de diferentes atores sociais. Assim, indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos devem trabalhar juntos objetivando a criação de um sistema de saúde que, de fato, contribua para um elevado nível de saúde.

Diante de tais premissas, os integrantes da citada Conferência firmaram o compromisso de atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores; agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de

vida não-saudáveis e a má nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais; atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade; reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar; reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade; reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida.

3.3 Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração de Adelaide

A segunda conferência internacional sobre a promoção da saúde foi realizada em Adelaide, Austrália, no período de 05 a 09 de abril de 1988 reafirmando não só as linhas de ação de Ottawa, como também da Declaração de Alma-Ata.

A Declaração de Adelaide apontou quatro áreas prioritárias objetivando a promoção exitosa e imediata no âmbito de políticas públicas saudáveis.

Nunca é demais lembrar a lição de Paulo M. Buss (2019, p. 01) para quem “Políticas públicas saudáveis são aquelas que na sua formulação, implementação e avaliação tomam em conta as repercussões, positivas ou negativas, que têm sobre a saúde humana”.

A primeira área prioritária apontada gravitou sobre o apoio à saúde da mulher. Realça preambularmente a necessidade dos países em se empenharem na concreção de políticas públicas efetivas direcionadas à saúde da mulher, como igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio

a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes.

A alimentação e nutrição despertou a atenção dos conferencistas em Adelaide, uma vez que a extirpação da fome e da má nutrição devem estar no foco das políticas públicas direcionadas à saúde. De fato, devem ser garantidos a todos o acesso a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade, sendo que os governos devem aumentar seus estoques de alimentos e que garantam ao consumidor pronto acesso a alimentos saudáveis não podendo ser olvidado os estoques para hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho.

A questão do tabaco e álcool descortinou importante debate em Adelaide, em face dos efeitos deletérios do abuso do álcool e do uso do fumo acarretando elevado número de mortes. Alerta os governos para o impacto desses nefastos efeitos negativos e que, portanto, deveriam desenvolver políticas públicas visando a redução da produção de tabaco e distribuição de bebidas alcoólicas, bem como a devida restrição do marketing e de consumo.

A Conferência de Adelaide alerta o mundo que uma política pública exitosa de saúde somente pode ser concretizada em ambientes que conservem os recursos naturais. Apregoa a necessidade da OMS atuar junto aos dirigentes para o fomento ao desenvolvimento sustentável.

Realça a tese de que políticas públicas saudáveis exigem grande engajamento daqueles que acreditam na causa, a fim de que a saúde pública seja inserida como agenda prioritária dos políticos e gestores públicos.

3.4 Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração de Sundsvall

A terceira conferência internacional sobre promoção da saúde foi realizada na cidade de Sundsvall, Suécia, no período de 09 a 15 de junho de 1991 enfocando graves problemas obstativos para a concreção de uma justiça social plena em saúde.

A conferência preambularmente destaca que todos são responsáveis pela criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. No entanto, expõe a triste realidade de milhões de pessoas que vivem numa situação de extrema pobreza e privação, num ambiente que se degrada a cada dia, cuja calamidade tornou-se uma realidade tanto na zona urbana,

como na rural. Além do rápido crescimento ameaçar sobremaneira o desenvolvimento sustentável, a contínua migração populacional das zonas rurais para os setores urbanos, com o conseqüente incremento de favelas desprovidas de água potável, saneamento básico, alimentação adequada, abrigo e acesso inadequado aos cuidados primários de saúde comprometem a meta de saúde para todos. A solução torna-se multisetorial envolvendo educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agrícola e deverá haver uma coordenação em nível local, regional, nacional e mundial para que afluam, no caso, soluções, de fato, sustentáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 13-14).

A mencionada conferência apontou quatro aspectos ideais para um ambiente favorável irradiante de saúde.

Inicialmente a dimensão social abrangendo as normas, costumes e processos sociais afetam inegavelmente a saúde.

Também a dimensão política requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades e requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.

A dimensão econômica aflora ainda como um aspecto importante pela necessidade de se privilegiar aportes de recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável.

Como último aspecto enalteceu a figura da mulher dispondo sobre a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

A conferência listou, ainda, quatro estratégias fundamentais para a criação de ambientes favoráveis na comunidade, com foco à saúde pública.

Novamente enaltecendo a força feminina aduz que se deve reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres.

Focando a força da educação estabelece que se deve capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de de-

cisão.

Como terceira estratégia aponta a necessidade de se construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, inserindo como quarta estratégia o fomento à mediação dos interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

Fator interessante irradiado da Declaração de Sundsvall refere-se ao enaltecimento da educação como solução chave para a necessária transformação com o objetivo de que seja consolidada a saúde pública.

Reconhece a conferência que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade.

3.5 Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração de Jacarta

A quarta conferência internacional sobre promoção da saúde foi realizada na cidade de Jacarta, República da Indonésia, no período de 21 a 25 de julho de 1997.

O tema central escolhido para a conferência foi “Promoção da Saúde no Século XXI”, sendo a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento. Também teve a primazia de inserir o setor privado no apoio à promoção da saúde.

A Declaração de Jacarta consolidou a tese de que a saúde é um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento econômico e social e de que a promoção da saúde, mediante adequados investimentos e ações contribui para a redução das iniquidades em tal setor, com repercussão positiva para a concreção dos direitos humanos e formação do capital social. Adverte de que a meta da promoção da saúde pressupõe alguns pré-requisitos imprescindíveis que são: a paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.14-15).

Reafirmando a mesma tese já consagrada na Declaração de Sundsvall, a referida conferência assevera que a pobreza constitui a maior amea-

ça à saúde. Acrescenta que a urbanização, o gradativo aumento de pessoas idosas e o afloramento de doenças crônicas, o comportamento sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, bem como o uso abusivo de drogas e violência civil e doméstica constituem inegável ameaça à saúde e bem-estar de centenas de milhões de pessoas.

Objetivando a promoção da saúde, no século XXI estabeleceu as seguintes prioridades: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde.

3.6 Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração do México

A quinta conferência internacional sobre promoção da saúde foi realizada na cidade do México, no período de -5 a 09 de junho de 2000.

A Declaração do México enaltece que o mais alto nível de saúde é um fator positivo não só para o aproveitamento da vida, como também essencial para o desenvolvimento social, econômico e a equidade. Reconhecem que os governantes devem assumir a responsabilidade central para a promoção da saúde e do desenvolvimento social e que este dever e responsabilidade devem ser compartilhados por todos os setores da sociedade. Reafirmam que apesar de reconhecerem que em muitos países houve melhoria significativa da saúde, ainda persistem muitos problemas no referido setor que prejudicam o desenvolvimento social e econômico, de forma que urge resolvê-los para que se possa atingir um nível de equidade e bem-estar.

Não desconhecem também que o afloramento de novas doenças somadas às reemergentes representam inegável ameaça ao progresso alcançado na área de saúde. Daí a necessidade de se fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde, em todos os setores e níveis da sociedade enfrentando os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.

Registra, enfim, que a promoção da saúde deve ocupar o ápice das políticas e programas públicos em todos os países buscando sempre a equidade e melhor saúde para todos.

Assim, propõe que sejam realizadas as seguintes ações: colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; apoiar a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área. Esses planos variarão de acordo com o contexto nacional, mas seguirão uma estrutura básica estabelecida de comum acordo durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, podendo incluir, entre outros: identificação das prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para implantá-las; apoio às pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias; mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais. estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde; defender a ideia de que os órgãos da ONU sejam responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.13)

3.7 Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde – Declaração de Santa Fé de Bogotá

A conferência internacional de Santa Fé de Bogotá, Colômbia, foi realizada naquela cidade, no período de 09 a 12 de dezembro de 1992, com a característica de debater a promoção da saúde na América Latina.

Afligida pela intensa iniquidade que se agrava pela crise econômica, a deterioração das condições de vida, da maioria da população, é uma realidade inescandível, com efeitos deletérios no aumento de riscos para a saúde e uma redução de investimentos para enfrentá-los. O desafio, portanto, consiste em transformar essas relações nocivas conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como atuar pela solidariedade e equidade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.04)

Aponta que para vencer as iniquidades da saúde na América Latina impõe-se a participação ativa das pessoas na mutação das condições sani-

tárias e na maneira de viver voltadas a uma cultura de saúde. Registra que a questão da violência contribui inegavelmente para a deterioração dos serviços, com reflexos significativos para os problemas de saúde pública.

Impõe-se a observação de que iniquidades em saúde se consubstanciam nas “desigualdades na saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias” (BUSS, 2006, p.07)

Em face de o direito e o respeito à vida e à paz serem valores éticos imprescindíveis da cultura e da saúde conclama a América Latina a assumir esses valores, de forma rotineira. A conferência citada diante das iniquidades apontadas assumiu o seguinte compromisso de: Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes; convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, e não degradá-la; Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis; afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar, propiciando a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil; consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutivos, tais como os pressupostos militares, desvios de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiência e desperdício; fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis; eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher; a participação da mulher, genitora de vida e bem-estar, constitui um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina; estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região; fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde; reconhecer como

trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais; estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.04-05).

3.8 Declaração Política do Rio Sobre Determinantes Sociais da Saúde

Sob o auspício da Organização Mundial da Saúde foi realizada no Rio de Janeiro, no período de 19 a 21 de outubro de 2011, uma Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o escopo de promover a equidade social e em saúde por intermédio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar implementadas por meio de uma ampla abordagem intersectorial (OMS, 2011).

A referida conferência assinalou que a equidade em saúde é uma “responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global de ‘todos pela equidade’ e ‘saúde para todos’”.

Após ratificar os princípios e compromissos de Alma-Ata, da Carta de Ottawa e das demais conferências internacionais de saúde reconheceram a responsabilidade que recaem sobre os governantes sobre a saúde de todos os povos e que necessitam desenvolver medidas sociais e sanitárias adequadas. Reconheceram, ainda, “que os esforços nacionais precisam ser apoiados por um ambiente internacional favorável”.

Reafirmaram a inaceitabilidade das desigualdades existentes em cada país e entre países tanto socialmente, como também no âmbito político e econômico, as quais além de serem injustas, em sua maioria, poderiam ser evitadas. Reverenciam a promoção da equidade em saúde que é imprescindível “ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança”.

Foca com veemência a necessidade de se agir sobre as determinantes sociais de saúde coletivamente e que as intervenções sobre os referidos determinantes sociais são imprescindíveis para que a sociedade possa ser,

de fato, inclusivas, com práticas equitativas e que também sejam economicamente produtivas e saudáveis.

Acrescenta que a cultura da boa saúde requer “a existência de um sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil, acessível e de boa qualidade”. O êxito, no entanto, da referida meta passa necessariamente pelo envolvimento de outros setores e atores, já que as ações intersetoriais no referido setor têm demonstrado maior eficácia para os objetivos preconizados. Anota que “enquanto metas coletivas, a saúde e o bem-estar para todos deveriam estar entre as mais altas prioridades no âmbito local, nacional, regional e internacional”.

Reconhece a conferência que a distribuição de recursos na área da saúde é absolutamente desigual, mas que deve ser priorizada a vontade política de concretizar a equidade em saúde, como uma meta a ser atingida em nível nacional, regional e global. Ficou estabelecido o compromisso de enfrentar problemas nodais, como a erradicação da fome e a pobreza; “assegurar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso a água potável, saneamento, emprego, trabalho decente e esquemas de seguridade social; proteger o meio ambiente”. Também reconhece que se deve “gerar crescimento econômico equitativo através de ações firmes sobre os determinantes sociais da saúde em todos os setores e em todos os níveis”.

Ciente de que há necessidade de se adotar urgentes medidas visando a redução das iniquidades em saúde, bem como prevenir a deterioração das condições de vida e dos sistemas universais de saúde de proteção social elege cinco áreas cruciais para o enfrentamento das referidas iniquidades. Inicialmente há que se estabelecer uma governança exitosa no campo da saúde e do desenvolvimento e promover a participação na formulação e implementação de políticas ligadas ao referido setor. Como terceira área deve o setor de saúde continuar a ser reorientado para que possa atingir a almejada redução das iniquidades na referida área. Como quarta e quinta áreas se “deve fortalecer a governança e a colaboração global e monitorar os avanços e ampliar a prestação de contas, respectivamente”.

No que tange ao compromisso de melhor governança no âmbito da saúde e do desenvolvimento foi dado enfoque especial às políticas públicas e nos serviços sociais e de saúde nas questões de gênero e ao desenvolvimento da primeira infância.

Quanto ao compromisso de promover a participação na formulação

e implementação de políticas merece realce o compromisso de sobrelevar o papel das comunidades e “fortalecer a contribuição da sociedade civil na formulação e implementação de políticas através da adoção de medidas que permitam sua efetiva participação no processo decisório em prol do interesse público”.

Verifica-se, assim, que as conferências internacionais se revestem de máximo interesse para a análise da saúde pública no Brasil, inclusive, no que tange ao empoderamento feminino no âmbito da saúde.

4. AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A ONU, em setembro de 2015, aglutinou em Nova York representantes dos seus 193 Estados-Partes para aprovarem e adotarem a Agenda 2030 composta pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Foram esculpidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS que foram replicados em 169 metas. Trata-se de uma agenda política celebrada entre os líderes mundiais, com prelúdio, a partir de 1º de janeiro de 2016.

Ensina Fernando Borges Mânica (2019, p.41) que “a ideia basilar da Agenda 2030 consiste em liberar o mundo da pobreza, construindo um caminho sustentável e resiliente”.

Na introdução do pacto é salutar observar que os chefes de Estado e de Governo presentes se sensibilizaram para problemas gravíssimos fomentadores das iniquidades em saúde afirmando que objetivam:

Um mundo com o acesso equitativo e universal à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social estão assegurados (item 7). [...]Um mundo que investe em suas crianças e em que cada criança cresce livre da violência e da exploração. Um mundo em que cada mulher e menina desfruta da plena igualdade de gênero e no qual todos os entraves jurídicos, sociais e econômicos para seu empoderamento foram removidos (item 8). [...]A efetivação da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas dará uma contribuição essencial para o progresso em todos os Objetivos e metas[...]. Mulheres e meninas devem gozar de igualdade de acesso à educação de qualidade, recursos econômicos e participação política, bem como a igualdade de oportunidades com os homens e meninos em termos de emprego, liderança e tomada de decisões em todos os níveis

(item 20). Para promover a saúde física e mental e o bem-estar, e para aumentar a expectativa de vida para todos, temos de alcançar a cobertura universal de saúde e acesso a cuidados de saúde de qualidade. Ninguém deve ser deixado para trás. Comprometemo-nos a acelerar os progressos alcançados até o momento na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna, dando um fim a todas essas mortes evitáveis antes de 2030 (item26)

A saúde se encontra listada no Objetivo 3 da mencionada agenda e consiste em se atingir um nível elevado de saúde em 2030, com redução da mortalidade materna global, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos; acabar com a epidemia de AIDS, tuberculose e outras doenças tropicais, além de combater a hepatite, as enfermidades transmissíveis pela água e outras doenças transmissíveis; reduzir em um terço as denominadas doenças não transmissíveis, com foco na prevenção e no próprio tratamento; promover a saúde mental e o bem estar humano; atuar exitosamente no reforço da prevenção e o tratamento do abuso de drogas, incluindo o uso abusivo de bebida alcoólica; reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes de trânsito em estradas; assegurar a aplicação do princípio universal possibilitando a todos o pleno acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva “incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais”; assegurar a aplicação do princípio universal de saúde possibilitando o acesso a todos a serviços de saúde essenciais de qualidade, bem como o acesso a medicamentos e “vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”; reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo”; apoio substancial à pesquisa e desenvolvimento de vacinas e medicamentos para o combate a doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como possibilitar o acesso a vacinas e medicamentos a preços acessíveis; investir na capacidade dos países, com foco primordial nos países em desenvolvimento “para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde”.

Verifica-se, portanto, que a Agenda 2030 listou como metas importantes a serem atingidas mundialmente, a saúde para todos e o empode-

ramento feminino.

5 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

O Brasil lançou em 2004 o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a partir de um diagnóstico atinente à saúde da mulher no Brasil, tendo como base inspiradora, dentre outras, na Conferência de Alma-Ata e que contou com a participação de diferentes setores da sociedade civil envolvidos na defesa dos direitos da mulher (MINISTÉRIO DA MULHER, 2004).

O Brasil conta com uma população feminina de 51,8 % (IBGE, 2019), sendo que também as mulheres são as maiores usuárias do SUS. As mulheres se revestem de uma característica especial porque não só frequentam as unidades de saúde objetivando o seu próprio atendimento, mas também conduzem crianças, idosos, pessoas com deficiência, vizinhos e amigos. Agregue-se que são elas, muitas vezes, não só cuidadoras de crianças, mas também de outros membros da família, com extensão, ainda, a vizinhos e a outros membros da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011,p.09).

Conforme já assinalado pelas conferências internacionais de saúde analisadas, o problema da saúde é multisetorial, uma vez que encontra capilaridade com o meio ambiente, com os aspectos da moradia, o trabalho, o lazer, a alimentação a renda, etc. No que tange à mulher os agravos à sua saúde têm maior impacto, uma vez que , além de sofrer discriminação nas relações laborais, não é incomum desenvolver sobrecarga nos trabalhos domésticos, além das atividades rotineiras de educação dos filhos, sendo que estes agravos podem ser acentuados, conforme a etnia e a situação de pobreza desencadeando ainda mais a desigualdade social.

As mulheres vivem mais do que os homens, mas como bem ensinam Estela Maria Leão Aquino et al (2005, p.01) “[...] o prolongamento da vida, sem adequadas condições de subsistência, não parece estar significando exatamente uma vantagem para a mulher brasileira. Aliás, não pode ser ignorado o fato de que elas adoecem mais, em decorrência da discriminação e sobrecarga de trabalho.

Merece registro, ainda, que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior à dos homens e que as mulheres trabalham mais horas do que os homens, sendo que a sobrecarga de atividades labo-

rais acabam contribuindo para que as mulheres tenham menos acesso aos equipamentos sociais, inclusive aos serviços de saúde.

5.1 Concreção da política pública de assistência à saúde da mulher no Brasil

Somente nas primeiras décadas do Século XX o Estado brasileiro direcionou políticas públicas à saúde da mulher, mas de forma restrita à gravidez e parto. De fato, os programas de saúde, com enfoque materno-infantis, lançados nas décadas de 30, 50 e 70 focam a mulher, no seu papel de mãe e doméstica, que tinha a precípua responsabilidade de cuidar da saúde dos filhos e dos demais familiares.

É digno de nota o fato de que “[...] esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.15).

Os referidos programas, como todos os demais da época, eram marcados pela verticalidade e as demais ações de saúde desenvolvidas pelo governo federal. Esta despreocupação de inserir uma política de saúde direcionada à mulher levava ao paradoxo desta ter acesso à saúde, ainda que incipiente, no período gravídico-puerperal e ser totalmente ignorada na maior parte da vida.

Em 1984, a acanhada política pública da saúde da mulher alcança uma roupagem disruptiva, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Foram adotados no referido programa, os princípios e diretrizes atinentes à descentralização, hierarquização, regionalização de serviços, com foco na integralidade e equidade. Foram galgadas importantes conquistas nesse programa, como “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, com a inserção da assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, etc” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.17).

Aliás é digno de nota que o princípio da igualdade, irradiado do artigo 196 da Constituição da República, constitui importante pilastro do nosso sistema de saúde, a permitir que a assistência à saúde seja conduzida pelo critério isonômico, sem olvidar, contudo, da necessária equida-

de que deve iluminar todas as ações e serviços à saúde direcionados aos usuários individual e coletivamente considerados.

Pelo referido princípio, portanto, o nosso sistema de saúde deve ter por política pública tratar desigualmente os desiguais permeando toda a sua estrutura disponibilizada aos usuários, com a devida Justiça, de forma que deve disponibilizar “equitativamente maior atenção aos que mais precisam, sem incorrer na prática de privilégio ou de preconceito” (DALLARI; AITH; MAGGIO, 2019, p.12).

Nunca é mais lembrar que a aplicação conjunta dos princípios da igualdade e equidade aperfeiçoa a extirpação das desigualdades e fomenta o tratamento diferenciado para aqueles que necessitam do maior amparo do SUS. Trata-se evidentemente “da igualdade perante a lei, da igualdade em direitos, e sobretudo da igualdade de acesso às condições necessárias para que cada indivíduo se desenvolva física, mental e espiritualmente em sua plenitude” (AITH, 2007, p.218).

Quanto à integralidade, trata-se de princípio importantíssimo à saúde pública, uma vez que o usuário deve receber do gestor toda a assistência necessária objetivando a recuperação da sua saúde, bem como a sua prevenção. Assim, caberá ao Estado prover aos indivíduos “[...] o acesso a todos os meios e mecanismos de recuperação e prevenção da saúde” (MAPPELLI JR; COIMBRA; MATOS, 2012, p.25).

Retomando a análise do PAISM, verifica-se que este foi naturalmente robustecido pelo advento do SUS, pelo natural processo de municipalização da saúde, bem como pela reorganização da atenção primária da saúde, através da Estratégia da Saúde da Família.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 trouxe para o Município a responsabilidade de ações básicas mínimas para garantir o acesso da mulher à saúde pública

A despeito dos avanços do programa, foram detectadas lacunas importantes como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Também houve proposituras de novos campos de atuação, como “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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.18).

Este cenário de novos desafios na assistência à saúde da mulher ensejou, então, o lançamento do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

5.2 Ações e serviços de saúde negligenciados

Embora o Estado brasileiro tenha estabelecido uma política pública de saúde, voltada à atenção integral à saúde da mulher não se atingiu no Brasil um nível satisfatório de assistência à saúde da mulher.

De fato, a tutela da saúde da mulher, embora tenha avançado no Brasil, ainda requer maior investimento em equipamentos e disponibilização de ações e serviços em todo o território nacional, a fim de que se possa afirmar que o SUS incorporou as políticas públicas irradiadas das conferências internacionais e da Agendas 2030 da ONU.

Preambularmente causa preocupação a mortalidade materna no ciclo gravídico-puerperal que é mensurada pelo índice denominado Razões de Mortalidade Materna (RMM). O referido coeficiente se estende até eventual morte ocorrida em até 42 dias após o término na gestação. Um índice elevado demonstra a vulnerabilidade das mulheres inseridas em meio socioeconômico precário, associado a baixo grau de formação e educação, cuja vulnerabilidade é acentuada pela dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade.

A agenda 2030 da ONU esculpiu como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ligadas à saúde a redução de o índice de mortalidade materna global para menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A meta para o Brasil corresponde em reduzir a RMM para cerca de 20 óbitos, para cada 100 mil nascidos vivos, até 2030.

Um ano antes do pacto multilateral, em análise, mais precisamente em 2014, a Região Norte alcançou 78,58 mortes por 100 mil nascidos vivos; na região Nordeste, para cada 100 mil nascidos vivos morreram 71,30 mães. A Região Centro-Oeste apresentou 54,27 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto a Região Sudeste apresentou 54,57 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. A Região Sul, com melhor índice, apresentou 37,58 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (SUDENE, 2016).

Embora a RMM no Brasil apresentou uma queda significativa verifi-

ca-se que o nosso coeficiente está muito acima da meta de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos e temos apenas nove anos para descer o nosso índice ao patamar planejado.

Aliás, a cobertura da atenção pré-natal é deficitária, notadamente às gestantes da zona rural. Da mesma forma, a atenção ao puerpério ainda está fragilizada no Brasil, havendo evidências que as mães não recebem o devido amparo para compreenderem a importância da consulta puerperal.

Também a prática abusiva de cesarianas, a intensa medicalização marcada pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.29).

A violência obstétrica reina quase que impunemente nessa área, em que a mulher é focada por alguns profissionais de saúde, como mero instrumento necessário para o tão esperado parto. De fato, a mulher não é consultada, na ampla maioria das vezes, pelo médico obstetra que se utiliza de técnicas, por vezes danosas à saúde da parturiente, sem cientificá-las previamente.

A dignidade da parturiente também é olvidada por alguns obstetras que transmudam a sala do parto em verdadeiro cenário cinematográfico expondo a intimidade da mulher à publicização sem importar-se com os efeitos deletérios de tal conduta à honra e a saúde mental da parturiente, que no caso se encontra em altíssimo grau de vulnerabilidade.

Reportagem veiculada pelo Jornal O Estado de São Paulo (2021, A16) relata que sete pacientes imputaram a um famoso médico obstetra, a prática de violência obstétrica, cujos fatos estão sendo apurados pelo Ministério Público e Conselho Regional de Medicina.

Registre-se que o termo violência obstétrica é empregado para definir condutas e procedimentos médicos que impliquem em maus tratos e abusos de profissionais da saúde contra a mulher, nos períodos de gestação, parto e puerpério. É utilizado também para abarcar o uso de práticas de parto não fundamentadas em evidências científicas.

Assinale-se que a violência obstétrica é praticada de forma verbal, física, psicológica e sexual, sendo que a cada quatro gestantes, uma sofre violência antes, durante ou mesmo no decorrer do puerpério.

Uma das formas comuns de violência obstétrica é a episiotomia, que

consiste num corte feito no períneo (situado na parte inferior da vulva e o anus) para forçar a saída da criança, que muitas vezes é realizado sem o esclarecimento e o consentimento da gestante.

Pode ser citada, ainda, a Manobra de Kristeller que consiste numa manobra onde o obstetra exerce uma forte pressão na parte superior do útero para forçar o nascimento da criança, cujo procedimento pode causar lesões graves tanto à mãe, como no bebê.

Ainda, como modalidade de violência física sofrida pela parturiente podem ser mencionados os exames de toque desnecessários e por vários profissionais, inclusive, realizados por estudantes de medicina; ter alguma parte do corpo amarrada; ser obrigada a parir horizontalizada; ter liberdade de movimentação restringida durante o parto; ser induzida a fazer cesárea sem necessidade; a utilização de fórceps durante o parto, sem necessidade; aplicação desnecessária de ocitocina para acelerar o trabalho de parto.

A violência obstétrica pode ser aplicada de forma verbal e psicológica quando a parturiente é ofendida moralmente ou é alvo de piadas durante o parto; quando a parturiente é deixada sozinha, isolada ou trancada ou é afastada do filho depois do nascimento.

Na forma sexual, a violência obstétrica é praticada de várias maneiras, sendo a mais comum, os exames de toque desnecessários, numa grave violipêndio principalmente à dignidade sexual da parturiente.

Aliás, para Leonardo Ferron Baggio *et al* (2018) a maioria das violências recebidas pela mulher, durante a gestação, ocorre de forma verbal, com efeitos deletérios graves para a mãe e a criança. Esclarecem que tais mulheres podem apresentar sequelas semelhantes ao estupro, como rejeição ao próprio corpo, medo de relações sexuais, complicações de saúde e ansiedade e medo de outra gestação.

O nível de violência obstétrica atingiu um nível tão preocupante no Brasil, que o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (2017), a serem comentadas no tópico seguinte.

O abortamento, também, contribui para o índice de mortalidade das mulheres já que não é incomum a perfuração do útero, hemorragia e infecções que podem ocasionar não só distintos graus de morbidade, mas também a própria morte.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) assolam o mundo

todo, inclusive, o Brasil.

Algumas dessas doenças se não diagnosticadas e tratadas a tempo podem contaminar o feto, com graves lesões ensejadoras até mesmo de aborto.

Lamentavelmente, as maiores vítimas dessas doenças são as mulheres e os recém-nascidos.

Os efeitos deletérios à saúde da mulher que contrai essas moléstias alcançam a doença inflamatória pélvica (DIP), que causa a infertilidade; “a dor crônica, a gravidez ectópica, podendo causar a mortalidade materna associada e o câncer de colo uterino, pela estreita correlação dessa patologia com alguns subtipos do HPV e com a imunodeficiência promovida pela infecção por HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.35).

Quanto à violência doméstica e sexual constituem grave problema de saúde pública, mas são poucas as vítimas que procuraram unidades de saúde para o devido tratamento físico e psicológico.

No que tange à saúde das mulheres adolescentes assinalam os sanitaristas a importância das mulheres, nessa faixa etária, receberem a devida atenção do SUS nas denominadas ações educativas e de redução da vulnerabilidade aos agravos à saúde sexual e reprodutiva.

A saúde da mulher no climatério, assim compreendido o período entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher, merece atenção, porque embora se trate de um período da vida da mulher, em que muitas passam sem maiores transtornos, algumas passam por transtornos que devem ser tratados pelo SUS.

Devem ser desenvolvidos programas de combate ao sedentarismo visando melhorar a aptidão física e autoestima para a vida. Há necessidade de uma dieta saudável, do combate ao tabagismo

No que tange à saúde mental e gênero impõe-se a observação de que as mulheres acometidas de transtorno mental sofrem efeitos deletérios na vida social muito mais impactantes do que os homens, em face das condições sociais e culturais que já lhes são afilivas, notadamente no que tange à subalternidade em relação aos homens.

Assinale-se que as mulheres recebem remunerações inferiores aos homens para a mesma atividade laboral, com grave vilipêndio à isonomia constitucional e à dignidade feminina. Como bem observa a Revista Veja (Veja/São Paulo, 2010): “Quando se nega a mulheres oportunidades equi-

valentes às dos homens no mercado, a gente abre mão de cérebros. Estamos deixando de incorporar no mercado de trabalho no Brasil mulheres que seriam extremamente talentosas”

Além da discriminação sofrida no mercado de trabalho, as mulheres atuam em atividades menos valorizadas, sofrem mais violência doméstica, sexual e emocional, além de exercerem dupla ou tripla jornada de trabalho, sendo as mais penalizadas também no sucateamento de serviços e políticas sociais. Acrescente-se ainda a questão de classe social e etnia que podem agravar a desigualdade feminina sendo que todos estes aspectos negativos comprometem a saúde mental de milhares de mulheres ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.45).

Todas essas maculações à saúde mental da mulher exigem do sistema de saúde atenção especial para que as mulheres acometidas de transtorno mental recebam um tratamento justo e adequado à questão de gênero e que os profissionais de saúde recebam uma capacitação necessária para que as ações e serviços direcionados à paciente-mulher sejam mais exitosos.

As doenças crônico-degenerativas atingiram inevitavelmente as mulheres, em face não só do stress provocado pelo ritmo de vida decorrente do mundo moderno podendo ser listadas a hipertensão arterial e diabetes mellitus, como doenças graves a merecer a devida atenção dos gestores de saúde na implementação de programas eficazes na prevenção e tratamento das referidas moléstias.

No caso da hipertensão arterial há fortes evidências de provocar o denominado acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração. A diabetes mellitus, por sua vez, além de provocar inúmeras comorbidades vem crescendo no Brasil, sendo que a “Mortalidade padronizada por idade e sexo em indivíduo com diabetes é 57% maior do que na população geral é responsável” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2019).

O câncer de mama e ginecológico, a despeito do inegável avanço da ciência tanto para o diagnóstico, como para a recuperação da paciente, ainda continuam a molestar de forma preocupante a população feminina.

A estimativa de casos novos de câncer feminino, no ano de 2020, aponta para 29,7% para tumores de mama, 3,0% para câncer de ovário e 2,9% para câncer do corpo de útero (INCA, Estatística de Câncer, 2021).

Cabe, portanto, ao SUS desenvolver programas exitosos tanto na pre-

venção, como na recuperação da saúde dessas pacientes, uma vez que o diagnóstico tardio dessas patologias obstaculizam um tratamento exitoso.

As mulheres negras não recebem a devida atenção do nosso sistema de saúde, em face da ausência do necessário recorte étnico-racial no estabelecimento de metas e ações estratégicas para a perfeita operacionalização de uma política de ação integral à saúde da mulher.

De fato, um contingente considerável de mulheres negras vive abaixo da linha da pobreza, com uma taxa de analfabetismo atingindo o dobro das mulheres brancas.

Há que se observa, ainda, que o recorte racial é imprescindível para que se tenha um diagnóstico preciso das patologias que afligem determinada etnia. Com efeito, algumas doenças incidem prevalentemente sobre mulheres negras como diabetes, tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. Aliás, o índice de miomas em mulheres negras é cinco vezes superior ao de mulheres brancas.

A saúde da mulher indígena permaneceu olvidada pelo Ministério da Saúde, praticamente todo o século XX, sendo que somente em 1999, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) assumiu a responsabilidade da referida política pública, que ficou denominada de Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Os indígenas constitui 0,2% da população brasileira, sendo que as mulheres indígenas recebem uma assistência à saúde com vilipêndio ao princípio da integralidade. Com efeito, a mulher indígena não recebe a devida assistência pré-natal, não havendo ainda prevenção do câncer do colo de útero e de DST/HIV, dentre outras patologias.

A mulher residente na zona rural tem também sua saúde negligenciada por fatores históricos ligados às relações de gênero de trabalho, uma vez que as trabalhadoras rurais sofrem muito mais com os agravos decorrentes das atividades laborais desenvolvidas no campo, bem como o natural distanciamento e a precariedade dos serviços de saúde disponibilizados a tal segmento da população feminina.

5.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

As referidas mazelas que recaem sobre a múltipla assistência negligenciada à população feminina fomentaram a estruturação de uma política nacional, no sentido de propiciar a devida atenção integral à saúde da

mulher.

Por logicidade natural o SUS deve ser estruturado para possibilitar a devida integralidade na assistência à saúde da mulher, com foco nas patologias mais prevalentes do referido segmento populacional.

Para que se possa falar em assistência integral à saúde da mulher deverá ela receber o devido amparo do SUS em todos os ciclos da vida, com atenção à equidade, em face de distintos grupos sociais que necessitam de maior atenção, como as mulheres negras e indígenas, por exemplo.

A política pública de saúde voltada à mulher deve ser engendrada e executada numa perspectiva de gênero e etnia, através de uma dinâmica inclusiva visando amparar todos os níveis assistenciais.

No que tange à questão de gênero é oportuna a lição de Kátia Maria Barreto Souto (2008, p.169):

Ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento. Incluir essa abordagem na política de saúde significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral à saúde e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para a humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as suas fases de vida.

A assistência à saúde da mulher deve ser conduzida pela integralidade, nos diferentes níveis de atenção à saúde, sendo que a operacionalidade do sistema deve ser conduzida com respeito aos diferentes segmentos, com máximo respeito aos variados grupos, que perfilham diferentes orientações sexual, cultural, racial e social.

O princípio da humanidade dever nortear a assistência à saúde, no sentido de que as mulheres possam fazer opções adequadas ao melhor tratamento para o caso concreto, com a utilização de avançada tecnologia para extirpar ou minorar o sofrimento da paciente

É imprescindível a participação da sociedade civil na elaboração da política de atenção à saúde da mulher, com especificidade dos movimentos feministas devendo os gestores das diferenças instâncias administrativas fomentar e aprimorar a relação multisetorial, pela inegável melhoria téc-

nica e política irradiada de tais setores na melhor política de saúde a tal segmento populacional.

A necessidade de se implantar uma efetiva política pública e saúde voltada à mulher levou o Brasil a implementar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, as seguintes estratégias e objetivos.

Inicialmente se deve “ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST”. Não se pode olvidar de “estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde”. Também há que se “promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes”. Se deve implementar a promoção “da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”. Não descuidar de “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” e “reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina”. O SUS deve “Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero”, bem como “Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério”, além de “promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade...e da mulher negra, bem como a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade”; atenção à saúde da mulher indígena; a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão”, além de “fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde”.

Merece registro que, dentre os vários objetivos focados pela política nacional de atenção integral à saúde da mulher, as diretrizes para o parto humanizado, com foco no combate à violência obstétrica.

Aliás, objetivando uma assistência obstétrica respeitosa a Organização Mundial de Saúde publicou o documento Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde (2014) propondo cinco medidas imprescindíveis para a extirpação da violência obstétrica:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e

os maus-tratos; 2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; 3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; 4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; 5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Não é por outra razão que o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal no Brasil (2017) como foco à humanização do parto e de servir de parâmetro aos profissionais de saúde e fonte de consulta para as próprias gestantes.

Esse empoderamento da parturiente permite que a própria mulher estabeleça o seu plano de parto. A criação dos Centros de Parto Normal aflorou a figura da enfermeira obstétrica que poderá realizar partos de baixo risco nas referidas unidades especiais de saúde, uma vez que a participação dessas profissionais tem evidenciado o denominado parto humanizado.

As referidas diretrizes irradiam às maternidades o dever de estabelecerem a liberdade de posição durante o parto, a implementação da dieta livre, a autorização da atuação das doulas, acompanhante, métodos de alívio de dor, como massagens e imersão em água, contato pele-a-pele com a criança logo após o nascimento, estímulo à amamentação e respeito à privacidade da família.

Com as referidas diretrizes que referenciaram as inegáveis vantagens do parto normal, se objetivou também extirpar a prática comum de episiotomia, ocitocina, cesariana, dentre outras intervenções que contrariam as melhores evidências científicas. Aliás, a manobra de Kristeller passou a ser repudiada pelas novas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Como já observado, embora todas as áreas de assistência à saúde da mulher sejam importantes, a questão do parto humanizado ganhou manchetes na mídia nacional, evidenciando que há ainda um longo caminho a ser trilhado na sensibilização dos profissionais e gestores de saúde, para

que se possa falar em extirpação da violência obstétrica.

6. POLÍTICAS PÚBLICAS MARCANTES NA TUTELA DOS DIREITOS DA MULHER

Preambularmente merece registro, pela importância histórica na proteção da mulher e do direito ao nascimento seguro, a instituição da Rede Cegonha, inicialmente prevista na Portaria MS/GM 1459/11, e que se encontra sedimentada na Portaria de Consolidação 03, de outubro de 2017, Anexo II, cuja rede de cuidados objetiva “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (art.1º).

Os objetivos da Rede Cegonha se encontram descritos no artigo 3º do mencionado Anexo e o primeiro se consubstancia no grande projeto do SUS de estimular e de concretizar o novo modelo de atenção à saúde da mulher, bem como da criança, desde o preparo do parto, com enfoque na ampliação do acesso e melhoria da qualidade do exame pré-natal, o nascimento, o crescimento e o desenvolvimento da criança, de zero a vinte e quatro meses. Também se insere como objetivo a implementação e organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, no sentido de possibilitar o devido acesso e acolhimento e que seja ela resolutive. Uma das grandes metas de alma Ata se encontra sedimentada no terceiro objetivo que consiste na redução da mortalidade materna e infantil, no âmbito do componente neonatal.

Em face das ações e serviços estarem delineados em rede de atenção torna-se ela mais exitosa com início desde o pré-natal passando pelo parto, nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança (art.6º).

Deve ser comemorada, aliás, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao próprio transporte seguro. Nesse sentido, dispõe a Lei nº 11.634/07 que é direito da gestante ter vinculação prévia e conhecimento da maternidade, onde será realizado o seu parto, bem como da unidade em que será atendida nos casos de intercorrência pré-natal, que deverá contar com estrutura adequada para lhe prestar o devido atendimento.

A luta pela sedimentação legislativa da isonomia dos direitos da mulher se encontra também inserida na Lei nº 9.263/96 que disciplina o planejamento familiar. Dispõe o artigo 3º da referida lei que o planejamento

familiar é irradiado da “parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde”.

As ações e serviços disponibilizados à mulher, ao homem e ao casal alcançam a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis (art.3º).

A presença de uma pessoa de confiança da parturiente no trabalho de parto, no parto e pós-parto é de fundamental importância para a saúde da mãe e da criança, sendo que o referido direito, decorrente de luta histórica junto ao parlamento brasileiro, resultou na aprovação, sanção e publicação da Lei nº 11.108/05 que inseriu o artigo 19-J na Lei Orgânica da Saúde determinando que é direito da parturiente ter ao seu lado um acompanhante por ela indicado, durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato.

Outra política pública marcante foi aquela introduzida pela Lei nº 11.664/08 que coroou um grande marco histórico na adoção de política pública estatal voltada à prevenção, detecção, tratamento e seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

De fato, o artigo 2º da referida lei estabeleceu que o SUS deve contemplar a mulher com assistência integral nas referidas patologias, desde o intenso trabalho preventivo e detecção precoce até o tratamento e seguimento dos referidos tipos de câncer descortinando, assim, a desejada Rede de Atenção ao Câncer do Colo de Útero e da Mama.

Registre-se que para aquelas mulheres com dificuldades de acesso à referida linha de cuidado estabelece a referida política pública, até mesmo o desenvolvimento de estratégias intersetoriais específicas de busca ativa, para que a RAS se torne mais exitosa.

Como bem anotado pela Secretaria de Atenção à Saúde (2013, p.01):

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários

Merece encômio ainda a tutela da integridade física e psíquica da mulher, pela Lei nº 13.931/19 deu nova redação ao artigo 1º da Lei nº 10.778/03 dispondo que, nos casos em que os agentes de saúde, quer nas unidades públicas ou privadas, percebam indícios ou confirmação de violência praticada contra a mulher, deverão notificar a autoridade policial, no prazo de vinte e quatro horas.

Aliás, para a OMS (2005), a violência praticada pelo parceiro contra a mulher constitui grave problema de saúde física e mental para a vítima com elevado custos sociais e econômicos.

Tornou-se paradigmática, também, a Portaria 2.561/20 que disciplinou, no âmbito do SUS, o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez, nos casos previstos em lei.

O referido procedimento é constituído de quatro fases, sendo que na primeira se colhe o relato circunstanciado do evento prestado pela própria gestante perante dois profissionais de saúde da unidade. A segunda fase o médico responsável da unidade de saúde emitirá um parecer técnico, após a realização de diversos exames necessários ao procedimento do aborto. A terceira fase se concretiza com a assinatura da gestante ou do seu representante legal contendo a advertência expressa sobre eventual prática de crime de falsidade ideológica e de aborto, na hipótese de não se tratar de vítima de crime de estupro. A quarta fase é finalizada com a celebração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que a mulher tome conhecimento dos procedimentos médicos a serem realizados, os riscos e desconfortos decorrentes da procedimento, como será o acompanhamento e a assistência, bem como a garantia do sigilo. Constará no referido termo declaração expressa atinente à decisão voluntária e consciente da interrupção da gravidez.

Diante da autonomia dos entes federados, os Estados-membros ou mesmo os Municípios poderão também legislar visando a garantia da assistência integral à saúde da mulher, o que, certamente, contribuirá para o empoderamento da mulher, na área da saúde, em todos o território nacional, com especificidades regionais.

Cite-se, por exemplo, a Lei Estadual paulista de nº 17.431/21 que instituiu a Consolidação das Leis de Proteção e Defesa da Mulher, que tratou da saúde da mulher, no seu Capítulo V. Destaca-se a instituição da carteira de prevenção do câncer ginecológico e mamário; o programa de cirurgia

plástica reconstrutiva da mama; do direito das vítimas de crimes contra a dignidade sexual submeterem-se a tratamento preventivo contra a contaminação pelo Vírus HIV; do direito das vítimas de estupro serem cientificadas sobre o aborto legal; do direito às mulheres vítimas de violência de submeterem à cirurgia plástica, nos hospitais da rede pública; do atendimento especializado às mulheres acometidas de tensão pré-menstrual (TPM); do programa de orientação em saúde e atendimento social à gravidez precoce e juvenil; do centro de apoio à gestante que tenha gravidez indesejada; da obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto; do programa de saúde da mulher detenta; do programa da Rede de Proteção à Mãe Paulista; do projeto mãe cidadã – leite materno; da realização de exames sorológicos de pré-natal em mulheres grávidas; dos exames pré-natais; da permanência da mãe nos internamentos e hospitais; do atendimento prioritário à gestante; do direito de acompanhante à parturiente; da realização do exame de cardiocitografia; da prestação de assistência especial a parturientes, cujos filhos recém-nascidos apresentem qualquer tipo de deficiência ou patologia que exija tratamento continuado; do direito ao parto humanizado; do direito ao aleitamento materno e da instalação de assentos para gestantes nos terminais de transportes coletivos rodoviários intermunicipais, do Metrô e estações de trens.

7. CONCLUSÃO

A tutela da dignidade da mulher, como gênero foi esculpida Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 18 de dezembro de 1979, sendo assegurado o direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução. A referida convenção também conclamou os Estados Partes a velarem pela proteção especial às mulheres durante a gravidez nos tipos de trabalho comprovadamente prejudiciais para elas.

Também, assegurou à mulher o pleno acesso aos serviços médicos, inclusive no que tange ao planejamento familiar, bem como a garantia de assistência médica adequada durante a gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

A Convenção teve uma preocupação especial com a mulher da zona rural estabelecendo que os Estados-Partes deverão assegurar que a mulher do campo tenha acesso a serviços médicos adequados, inclusive informação, aconselhamento e serviços em matéria de planejamento familiar.

Quanto às conferências internacionais de saúde merece destaque a Declaração de Adelaide (2ª Conferência), em que uma das áreas prioritárias gravitou sobre o apoio à saúde da mulher.

Também a terceira conferência – Declaração de Sundsvall enalteceu a figura da mulher dispondo sobre a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

A Conferência de Santa Fé de Bogotá reafirmou a importância da participação da mulher na política pública de saúde ditando que a participação da mulher, genitora de vida e bem-estar, constitui um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina.

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável ao estabelecer o acesso de universal e equitativo de todos aos cuidados de saúde e proteção social esculpiu que a efetivação da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas dará uma contribuição essencial para o progresso em todos os objetivos e metas.

O Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher esculpiu importantes diretrizes para assegurar uma respeitável política pública de tutela nesse considerável seguimento populacional.

Apesar das diretrizes nacionais ditadas pelo Ministério da Saúde para a realização de um parto humanizado, a violência obstétrica ainda é uma realidade preocupante nas maternidades brasileiras.

Verifica-se que a ação integral à saúde da mulher se encontra sedimentada em importantes instrumentos normativos no âmbito federal e também em alguns Estados, como na Lei Estadual paulista de nº 17.431/21 que instituiu a Consolidação das Leis de Proteção e Defesa da Mulher, que tratou da saúde da mulher, no seu Capítulo V.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de Direito sanitário** – a proteção do direito à

saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AQUINO, Estela Maria Leão et al. **Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte?** Campinas: 2005. Disponível em: www.scielo.br/j/csp/a/VfP98XftjQPnWQjqGz4pqgx. Acesso em: 05.05.2021.

BAGGIO, Leonardo Ferron *et al.* **Violência Obstétrica**. Curitiba: 2018. Disponível em: https://maternidadesimples.com.br/wp-content/uploads/2018/11/Cartilha_violencia_obstetrica_oficial.pdf. Acesso em: 24.12.2021.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estatística de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: www.inca.gov.br/numeros-de-cancer. Acesso em: 24.12.2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Quantidades de homens e mulheres**. IBGE. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html. Acesso em: 05.11.2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Saúde Integral da Mulher. Brasília: Ministério da Mulher**, 2004. Disponível em: www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/saude-integral-da-mulher. Acesso em: 05.11.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde-Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde-B.V.S.. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_adelaide.pdf. Acesso em 28.10.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde-S.A.S. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 2ª reimpressão. Brasília: S.A.S., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde-S.A.S. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2 ed., Brasília: S.A.S, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 2017. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 03.01.2022.

BRASIL. SUDENE-ODNE. **Mortalidade materna e infantil**. Recife: 2016. Disponível em: www.gov.br/sudene/pt-br/centrais-de-conteudo/

boletim-sudene-mortalidadematernoinfantil.pdf. Acesso em: 05.11.2021.

BUSS, Paulo M. **Conferência Fiocruz sobre promoção da saúde**. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: http://vppcb.fiocruz.br/vpaaps-conferencia/img/realizado_app05.pd. Acesso em: 29.10.2021.

BUSS, Paulo M. **Apresentação à 1ª Reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasília, 2006. Disponível em: www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf. Acesso em: 29.10.2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi, AITH, Fernando; MAGGIO, Marcelo P. **Direito Sanitário: aspectos contemporâneos da tutela do Direito à saúde**. Curitiba: Juruá, 2019.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss *et al.* **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/W4mZfM69hZRxdMjtSqcQpSN/?lang=pt>. Acesso em 28.10.2021.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. **MP investiga médico por suspeita de assédio e violência obstétrica**. São Paulo, ano 142, n.46816, p. A16, 21.dez.2021.

MAPPELLI JR, Reynaldo ; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto de. **Direito Sanitário**. São Paulo: Imprensa Oficial, 2012.

OPAS. **Declaração de Adelaide**. Disponível em: opas.org.br/declaracao-de-adelaide/Acesso em: 20.10.2021.

OPAS. **Violência contra as mulheres**. Disponível em: paho.org/pt/topics/violence-against-women. Acesso em: 25.11.2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Conference on Social Determinants of Health**. 2011. Disponível em: www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf. Acesso em: 29.10.2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1. Acesso em: 31.12.2021.

VEJA/SÃO PAULO. **Diferença salarial entre homens e mulheres aumenta**. São Paulo: Redação/Veja, 2020. Disponível em: sp.abril.com.br/cidades/diferenca-salarial-de-homens-e-mulheres-aumenta/#:~:tex-

t=Em%202018%2C%20chegou%20a%20ser%2044%2C7%25%2C%20
com. Acesso em: 06.11.2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Dados epidemiológicos do diabetes mellitus no Brasil**. São Paulo: S.B.D., 2019. Disponível em: diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/06/SBD-_Dados_Epidemiologicos_do_Diabetes_-_High_Fidelity.pdf. Acesso em: 06.11.2001.

SOUTO, Katia Maria Barreto. **A política de atenção integral à saúde da mulher**: uma análise de integralidade e gênero. *Ser Social*, Brasília, v.10, nº 22, p.161-182, jan./jun.2008.