

Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Mulher: Contextualização Histórica da saúde e o processo do parto

Marielly Tumitan ZECHI¹
Ana Caroline Albertini COSTA²

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo, abordar as características principais que configura a criação da política de saúde da mulher, perpassando por questões históricas, até chegar as problematizações atuais. Para a realização deste, foram utilizados referências bibliográficas e meio eletrônicas.

Palavras-chave: Discriminação. Gênero. Historicidade. Saúde. Efetivação de Direitos.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo compreenderá fatores históricos das doenças e comportamentos humanos que ocasionam a violência, a privação do direito, a discriminação de gênero e a discriminação social. Os avanços dentro da política, os retrocessos da falta de humanização e efetivação do direito da saúde, da liberdade e principalmente da vida. A humanização eficaz existente de forma exemplar em um hospital, e o agir profissional frente a essas demandas e a grande problematização desta questão contraditória, onde de um lado preza a conquista das mulheres em liberdade, em qualidade de saúde, e do outro lado mostra a realidade que se contradiz.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA CRIAÇÃO DA POLÍTICA

Nos séculos XVI e XVIII, as doenças eram entendidas como uma advertência divina, considerando Deus um pai irado e terrível, provocador destas

¹ Discente do 6º Termo do curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Extensionista no CRAS Jardim Cambuci. marizechi@hotmail.com

² Discente do 6º Termo curso de Serviço Social do Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. carolalbertinicosta@gmail.com

que afligiria os corpos com mazelas, para que seus filhos se redimissem dos pecados cometidos, salvando assim suas almas, a doença nada mais era do que um justo castigo por infrações e infidelidades perpetradas pelos seres humanos. Segundo o meio eletrônico sofadasala.com

O corpo feminino era visto, pela igreja católica, por pregadores e médicos, como um palco nebuloso e obscuro no qual Deus e Diabo se digladiavam, qualquer doença acometida a mulher era interpretada como um indício de ira celestial contra pecados cometidos, ou também era diagnosticada como sinal demoníaco ou feitiço diabólico. Na Idade Média, as cirurgias eram procedimentos grosseiros, que exigiam dos pacientes, a capacidade de suportar a extrema dor, e dos médicos a capacidade de praticar crueldade.

Os doutores possuíam pouco conhecimento sobre anatomia humana, menos ainda conhecimentos sobre técnicas de anestesia e assepsia, ocasionando regularmente em mortes por infecções. Na era medieval a esterilidade era relacionada à vergonha, um pecado, sinônimo de inutilidade da mulher, já que seu corpo era digno apenas se procriasse a fecundidade era obrigação do casal, que além da virgindade o momento da dor e sofrimento do parto era a única saída para a libertação dos pecados, pó isso era tão naturalizada a questão do sofrimento da mulher, acreditava-se que a mulher era a responsável pela infertilidade, assim como o nascimento de uma menina ou menino. Segundo PRIORI (2010, p. 516):

A mulher pobre, cercada por uma moralidade oficial completamente desligada de sua realidade, vivia entre a cruz e a espada. O salário mingado e regular de seu marido chegaria a suprir as necessidades domésticas só por um milagre. Mas a dona de casa, que tentava escapar à miséria por seu próprio trabalho, arriscava sofrer o pejo da mulher pública.

A mortalidade materna que acometia essas mulheres e que infelizmente ainda ocorre atualmente é devido ao grau de desenvolvimento da sociedade em que ela está inserida, precária condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Por estes e outros motivos à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Segundo BRASIL (2011, p.11):

A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam ainda uma visão altamente restrita sobre a mulher, nos aspectos

biológicos e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares. Na década de 50, as ações de saúde estavam influenciadas pelo estado de bem estar social (welfarestates), com o objetivo de fazer das mulheres melhores mães, a maternidade era o papel mais importante da mulher na sociedade, a criação dos filhos era mais relevante em relação ao desenvolvimento econômico. Neste período foram iniciadas as medidas de combate à desnutrição e de planejamento familiar.

Já na década de 70, os objetivos maiores eram de desenvolvimento das mulheres, preocupando-se com a sua autonomia política e econômica, buscando assim diminuir as desigualdades em relação aos homens. Nesta mesma década há um grande enfoque para a equidade, que foi tema na conferência do ano internacional da mulher de 1975 e do plano de década da mulher de 1976 e 1985.

Em 1975 o programa materno-infantil, que continha aspectos gerais sobre proteção e assistência, buscava complementar cuidados aos períodos pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O Ministério da Saúde cria, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. Segundo meio eletrônico UNA-SUS:

Em 2004 o Ministério da Saúde, propõe diretrizes para humanização e a qualidade do atendimento. Em 2011 o Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou o documento com 2ª reimpressão desta política, que trouxe várias diretrizes e objetivos gerais e específicos.

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. Segundo o UNA-SUS (p.12)

No Brasil, a dimensão racial constitui um desafio à implementação de políticas públicas, dada a distância existente entre os níveis de bem-estar

da população branca e os da afrodescendente em todas as regiões do país. A igualdade de gênero e racial/étnica impõe o reconhecimento dessa dimensão da desigualdade social no Brasil. Essa situação é ainda mais grave em se tratando das mulheres afrodescendentes. A realidade é multifacetada e tal complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas.

O documento das diretrizes do pacto pela saúde em 2006-consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplou o pacto firmado entre os gestores do SUS, em três dimensões: pela vida em defesa do SUS e de gestão. O pacto pela vida consiste no compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da mulher, a definição das prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

3 ABORTO NO BRASIL

No Brasil o aborto clandestino é a quinta morte materna, a cada dois dias, uma brasileira (pobre) morre por aborto inseguro, um problema de saúde pública, ligado à criminalização da interrupção da gravidez, e a violação dos direitos da mulher. Hoje, segundo a OMS:

20 milhões de abortos inseguros sendo praticados no mundo. Por aborto inseguro, a Organização entende a interrupção da gravidez praticada por um indivíduo sem prática, habilidade e conhecimentos necessário ou em ambiente sem condições de higiene. O aborto inseguro tem uma forte associação com a morte de mulheres – são quase 70 mil todos os anos. Acontece que estas 70 mil não estão democraticamente distribuídas pelo mundo; 95% dos abortos inseguros acontecem em países em desenvolvimento, a maioria com leis restritivas. Nos países onde o aborto não é crime como Holanda, Espanha e Alemanha, nós observamos uma taxa muito baixa de mortalidade e uma queda no número de interrupções, porque passa a existir uma política de planejamento reprodutivo efetiva.

O Uruguai, que descriminalizou o aborto em 2012, também obteve quedas, tanto no número de mortes maternas quanto no número de abortos realizados. O governo implantou políticas públicas de educação sexual e reprodutiva, planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos, assim como serviços de atendimentos integrais de saúde sexual e reprodutiva. Já no Brasil

acontecem cerca de um milhão de abortos provocados e 250 mil internações para tratamento de complicações pós-abortamento por ano.

As mulheres buscam no aborto soluções para situações extremas, há diferenças entre abortos clandestinos e abortos inseguros. Segundo OMS:

O aborto clandestino não é necessariamente inseguro. Ele pode ser feito em clínicas clandestinas, porém com todas as condições de higiene, por médicos treinados, quando a mulher tem dinheiro para pagar. A diferença entre as chances de morrer em um aborto inseguro e apenas clandestino é de 1000 vezes. Então acaba se criando uma desigualdade social, uma perversidade porque uma mulher que tem um nível socioeconômico bom tem acesso a clínicas clandestinas, que não são legalizadas, mas são seguras. Esse aborto pode custar mais de dois mil dólares. Enquanto um aborto inseguro pode custar 50 reais. Apesar das diferenças de tratamento, uma em cada cinco mulheres já fez ao menos um aborto. E que o perfil é o da mulher comum em idade reprodutiva. São mulheres de diversas classes sociais e religiões se arriscando por que a clandestinidade oferece risco. As diferenças mais uma vez estão no fato de que quanto mais pobre essa mulher, mais riscos ele corre por causa dos métodos aos quais tem acesso.

Segundo o artigo 128 do Código Penal, de 1940, o aborto é permitido em caso de violência sexual assim como em caso de risco de vida para a mãe e, em decisão posterior do Supremo Tribunal Federal, também nos casos de anencefalia fetal. Em 1989 foi implantado o primeiro serviço para atender esses casos em São Paulo, incluindo estupro, além do apoio psicológico a da interrupção da gravidez, exames anti HIV e a contracepção de emergência. Segundo dados do Ministério da Saúde, o país possui 65 hospitais qualificados na rede pública para realizar a intervenção prevista em lei e realizou 1.626 interrupções gerais de gravidez em 2012.

Ainda assim, a resistência por parte de profissionais e da própria sociedade fez necessária à criação de uma lei, com tudo que já era determinado por norma, sancionada pela Presidente Dilma em agosto, sob fortes protestos dos religiosos do Senado. Além disso, dos serviços que se dizem em funcionamento, nem todos realmente atendem todos os procedimentos, foi realizada uma pesquisa em 2006, com as secretarias municipais de saúde de cerca de 800 municípios sobre os serviços de atendimento à mulher vítima de violência. Quando se pergunta quantos tinham o atendimento, quase 90% dizem que sim. Então a pesquisa pergunta quantos destes serviços oferecem a contracepção de emergência e mais da metade disse que não, quando se pergunta sobre o abortamento legal, 30% diz que não faz. 6% se recusam a falar sobre o assunto. Dos que fazem, apenas 1,9% tinham feito um aborto nos últimos dois anos.

Está claro uma grande problematização, na saúde da mulher, pois é a causa de grande mortalidade ainda no país, e pelo conservadorismo, machismo da sociedade, mulheres principalmente de classe social baixa, estão sujeitas além da desigualdade social, de gênero, a infecções e a morte. E o poder público como sempre omisso a solucionar está questão social e nacional, que o país releva há tantos anos.

4 HUMANIZAÇÃO HOSPITAL SOFIA

Segundo meio eletrônico Sofia Feldman, este hospital atende a uma população superior a 400 mil pessoas, dos distritos Norte e Nordeste, em Belo Horizonte, são realizados cerca de 900 partos por mês. É um hospital público, não governamental, que ofereça atendimento de excelência à comunidade, em especial à mulher e a criança, dentro de um Sistema de Saúde regionalizado e hierarquizado, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social. Possui a missão de desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo, O parto humanizado refere-se ao respeito à fisiologia da mulher, onde ela é ouvida para decidir qual o procedimento de parto prefere, qual posição se sente mais agradável, quem irá acompanhá-la, sempre frisando a decisão e acolha da mulher.

Possui perfil de Assistência materno-infantil, com todas as internações feitas através da Central de Internações da Secretaria Municipal de Saúde, pelo SUS. Os princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade na assistência à saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera são desenvolvidos, sistematicamente, pela instituição. Segundo o meio eletrônico Sofia Felfman:

A maternidade do hospital Sofia Feldman, dispõe de uma equipe multi e interdisciplinar que oferece atenção humanizada, busca favorecer os laços entre a família através de ações como: o resgate da imagem do parto normal como uma forma prazerosa, segura e saudável de dar a luz, o empoderamento da mulher pela conscientização de seus direitos, o envolvimento do homem no processo de nascimento, dentre outras.

Existe também o alojamento conjunto, realizado após a alta hospitalar, onde possibilita a prestação de cuidados assistenciais, permite a observação constante do recém-nascido pela mãe, permite o acompanhamento para um treinamento materno através de demonstrações práticas dos cuidados essenciais ao bebê e favorece o intercâmbio psicossocial entre a mãe, a criança e dos demais entes da família. É feita reuniões diárias por assistentes sociais, que acompanham todo o procedimento de humanização com as famílias, fazendo assim a troca entre as mães, de experiências, aprendizado, vivências novas, dificuldades, problemas que possam existir etc.

A unidade de cuidado vinculado ao hospital, chamado Casa da Gestante Zilda Arns, é destinada ao acolhimento e acompanhamento de gestantes que apresentam agravos na gravidez, embora essas mulheres estejam com um agravo na saúde, na maioria dos casos os hospitais não contam com uma vigia constante, ao mesmo tempo pela distancia de suas moradias não podem retornar as suas residências, facilitando assim o tratamento na casa de gestante, a unidade oferece permanência com alimentação, e acompanhamento pela equipe de referencia como enfermeiro e obstetra.

5 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Visto diante dos apontamentos, o profissional do serviço social, que diante do Código de Ética busca a transformação de uma sociedade como a nossa com tanta discriminação, para uma sociedade mais justa e igualitária, onde sejam preservados os direitos de todos, e principalmente o direito da liberdade, da vida digna e da saúde para todos. O profissional diante desta questão social da saúde da mulher, da saúde no pré-natal, no parto. É de primordial necessidade quebrar os paradigmas de gênero, de que é de total responsabilidade da mulher a criação dos filhos, a educação, e de que a mulher só serve para procriar. Há uma imensa necessidade de se trabalhar nessa questão, como também em orientar a mulher sobre seus direitos, em não se aquietar com a “liberdade” tão imposta sobre a sociedade feminina. É da essência do serviço social o acolhimento, a disponibilidade

em ouvir a necessidade da usuária e de principalmente aprofundar esse acompanhamento seja gestacional, ou não, para adentrar, indo além da necessidade momentânea, mas junto com outros serviços articulados efetivar o direito duradouro.

3 CONCLUSÃO

Conclui-se que a Política de Atenção a Saúde da Mulher, trouxe muitas conquistas em direitos para as mulheres, trouxe autonomia e uma qualidade de saúde se comparado à idade média, onde os partos eram causas de grande número de mortes. Porém em uma vasta maioria das vezes essa efetivação destes direitos não é eficaz, existem ainda hospitais em calamidades, e quando se fala em parto humanizado não são todos os hospitais que oferecem a humanização no parto, feito de forma que a mulher se conforta melhor, respeitando sua opinião, e decisão sobre quem irá acompanhá-la, e nem todo o acompanhamento necessário desde o pré-natal até o pós-parto ofertando a assistência necessária para aquele momento.

Toda a autonomia que a Política diz ofertar as mulheres se contradiz nas esferas de discriminação de gênero, onde a mulher principalmente a pobre é vista ainda como objeto de procriação, sem optar por sua liberdade de escolha, o aborto ainda sendo crime, gera um retrocesso nas épocas, pois há uma enorme quantidade de mulheres mortas, onde mais uma vez a mulher pobre é submetida a riscos, por não conseguir sustentar muitas vezes seu filho e optar pelo aborto e por não poder pagar pelo aborto clandestino, ocasionando infecções e na grande maioria a mortes. Deste modo ainda há muito a se alcançar em relação a direitos das mulheres, direitos de saúde e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Secretaria de atenção à saúde. 1º ed. Brasília: editora MS, 2011.

Esquerda.net. Disponível em <<http://www.esquerda.net/artigo/brasil-aborto-clandestino-%C3%A9-quinta-causa-de-morte-materna/29651>> Acesso em 26/05/2016.>

Hospital Sofia Feldman. Disponível em <<http://www.sofiafeldman.org.br/>> Acesso em 23/05/2016.

PRIORI, Mary Del. **História das Mulheres no Brasil.** 2^o ed. São Paulo: editora Contexto, 2010.

Sofá da Sala. Disponível em <http://www.sofadasala.com/pesquisa/medicinanaidamedia.htm> Acesso em 24/08/2016.

UNA-SUS. Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/tags/saude-da-mulher>> Acesso em 22/05/2016.