

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA: CONTEXTO HISTÓRICO E IMPLICAÇÕES NA MATERNIDADE EM UBERLÂNDIA-MG

**Bárbara Beatriz da Silva Nunes**  
Mestranda em Geografia – UFU  
[barbara@ig.ufu.br](mailto:barbara@ig.ufu.br)

**Paulo Cezar Mendes**  
Prof. Dr. do Instituto de Geografia – UFU  
[pcmendes@ig.ufu.br](mailto:pcmendes@ig.ufu.br)

### RESUMO

Este artigo objetiva apresentar uma síntese das políticas públicas de saúde brasileiras, correlacionando-as com a atenção à saúde reprodutiva desempenhada no país. Para tanto, foi analisada a conjuntura atual da saúde reprodutiva no Brasil, Minas Gerais e município de Uberlândia, tendo como suporte o cálculo de risco de morte materna (RMM), com dados provenientes do DATASUS. As análises indicaram que as políticas de saúde reprodutiva não podem ser desvinculadas das discussões de gênero e dos movimentos sociais de luta. Os RMM analisados sugerem uma alta no risco de morte, o que indica a necessidade de revisões nas políticas de saúde reprodutiva e de integralidade, bem como o fortalecimento da atenção primária.

**Palavras-chave:** Saúde reprodutiva; Atenção primária; Risco de morte materna; Uberlândia-MG.

### REPRODUCTIVE HEALTH PUBLIC POLICIES: HISTORICAL CONTEXT AND IMPLICATIONS TO MATERNITY IN UBERLÂNDIA -MG

### ABSTRACT

This article presents a synthesis of the health public policies of Brazilian, correlating them with reproductive health care performed in the country. We have analyzed the current state of reproductive health in Brazil, Minas Gerais and Uberlândia's municipality, supported by the maternal death risk (RMM), which was calculated using data from the DATASUS. Analyses indicated that the reproductive health policies can not be dissociated of gender and social movements fighting. The RMM analyzed suggest a high risk of death, indicating the need for revisions in reproductive health and integrity public policies, well as the strengthening of primary care.

**Keywords:** Reproductive health; Primary care; Risk of maternal death; Uberlândia-MG.

---

Recebido em 30/03/2014  
Aprovado para publicação em 24/01/2015

## INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira percorreu um longo caminho de mudanças e aprimoramentos até que se chegasse ao que está disponível aos brasileiros hoje. Sabe-se que há várias incoerências e distanciamentos entre o que se é preconizado pelas políticas públicas e o que se é efetivado no sistema de saúde, sendo que, “para se entender as origens das distorções e/ou dificuldades que se apresentam, faz-se necessário um resgate histórico das políticas de saúde em nosso país” (BRANT, 2004, p. 18).

A história da Saúde Pública brasileira teve seu primeiro marco em 1808, com a vinda da coroa portuguesa ao Brasil e a instauração da medicina urbana. Esta tinha como foco não apenas a higiene pública e a medicalização do espaço urbano, mas “a transformação da cidade – e principalmente da Corte – promovendo seus habitantes livres a indivíduos saudáveis e patriotas, perfeitos cidadãos” (MACHADO *et al.*, 1978 *apud* NUNES, 2000, p. 254).

Na década de 1920, “a saúde foi alçada à questão fundamental no horizonte da vida política da Primeira República” (SANDES, 2002, p. 14). Neste período houve a instauração de reformas educacionais de Rui Barbosa que tinham como finalidade a necessidade da preparação de corpos saudáveis na população para compor os campos de batalha (SANDES, 2002). Aliadas a estas reformas, o Estado Novo fez do sanitarismo seu projeto médico-social dominante, seguindo o “campanhismo”, modelo de saúde ditado por Oswaldo Cruz (NUNES, 2000).

Ainda nos anos 20 do século XX, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES), exigida pelos sanitaristas para o fortalecimento do Estado como forma de resolução dos problemas nacionais. Além disso, para combater problemas epidêmicos, o Estado criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920. Este órgão tinha como responsabilidades “saneamento urbano e rural, combatia endemias e coordenava a propaganda sanitária, os serviços de higiene infantil com uma postura que transformava o autoritarismo em sinônimo de eficiência técnica” (SANDES, 2002, p. 30).

Os primeiros serviços institucionalizados de saúde estavam vinculados ao seguro social, criado por meio da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves. Esta lei instituiu o sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), as quais eram responsáveis por serviços previdenciários, assistência médica e fornecimento de medicamentos (MERCADANTE, 2002). O sistema de CAPs foi posteriormente substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs). Em ambos os sistemas, os serviços de saúde tinham importância secundária, bem como as restrições eram variáveis de órgão para órgão.

Com a Revolução de 1930, o Estado assumiu a saúde, sendo que “as práticas médicas voltaram-se para a proteção da capacidade produtiva da força de trabalho, contribuindo para a consolidação da sociedade capitalista” (SANDES, 2002, p. 24). Houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o que representou um grande avanço à Saúde Pública brasileira, uma vez que possibilitou a criação de um sistema nacional de saúde, embora este fosse precário e limitado. Além disso, o DNSP foi incorporado ao MESP, bem como foi substituído pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1939 (SANDES, 2002).

O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949, é considerado um marco de inovação na assistência à saúde. Segundo Mercadante (2002, p. 237):

A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

A Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953, instituiu o Ministério da Saúde (MS) a partir do desdobramento do MESP (BRASIL, 1953). Desde sua criação, o MS passou a encarregar-se das atividades que eram de responsabilidade do DNS, “mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes” (BRASIL, 2015, [s.p.]).

Por meio do Decreto Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966 houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), que teve como objetivo unificar os IAPs, o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Houve então o desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, modelo de saúde que possuía:

Extensão da cobertura previdenciária; ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública; prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde possibilitando a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado de serviços de saúde (MENDES, 1999, p. 22).

Esta conjuntura na saúde permaneceu e se agravou no período de 1966 a 1976, no qual houve a duplicidade de responsabilidades federais no setor da saúde divididas entre o MS e o MTPS (MERCADANTE, 2002). Em 1974, a área do trabalho foi separada da área previdenciária com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Já em 1975, a Lei nº 6.229 (BRASIL, 1975), que definiu o Sistema Nacional de Saúde, institucionalizou o modelo médico assistencial privatista, reafirmando a dicotomização da saúde oferecida pelo MS e pelo MPAS, bem como definiu as competências das instituições públicas e privadas:

Criou-se um abismo no setor saúde: a “atenção à saúde coletiva” (entendida como saúde pública), não rentável, ficaria sob responsabilidade do setor estatal e a “saúde das pessoas” (entendida como atenção médica”, rentável, seria destinada ao setor privado, intermediado pela Previdência Social (BRANT, 2004, p. 20).

Assim, o MPAS regulava os serviços de saúde oferecidos aos trabalhadores, elevados a categoria de “cidadãos”<sup>2</sup>, enquanto que o MS era responsável pelas ações de saúde pública e assistência médica aos demais brasileiros. Em decorrência dessa segregação, havia um subfinanciamento das ações do MS. Assim:

Nesse período começou a desenvolver no Brasil uma proposta de atenção primária simplista e de baixo custo para as populações excluídas do modelo médico-assistencial privatista, principalmente para os que viviam nas periferias urbanas e nas zonas rurais. A ideia era oferecer ações básicas de saúde com tecnologias simples e baratas, executadas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem garantia de acesso a atendimento de maior complexidade tecnológica (BRANT, 2004, pp. 20-21).

Enquanto havia o nascimento da atenção primária, que era gerida pelo MS, o sistema médico-industrial criado pela instituição do INPS estava se tornando cada vez mais complexo, o que resultou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. Este sistema, por priorizar a medicina curativa, foi incapaz de solucionar os problemas de saúde coletiva, tais como endemias, epidemias e indicadores de saúde, como a mortalidade infantil.

A deficiência da saúde pública brasileira, a abertura política “lenta, gradual e segura”<sup>3</sup> e a profunda crise econômica no país, as quais ocorreram no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, fizeram com que movimentos sociais emergissem e reivindicassem por serviços e ações de saúde. Segundo Mercadante (2002, p. 246):

Consolidou-se, assim, o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esses direitos; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da

<sup>2</sup> “A experiência estadonovista (1937-1945) transformou o Brasil em um laboratório social de práticas de intervenção, no qual se redefiniram os hábitos culturais e políticos, transformando o trabalho em categoria distintiva do cidadão” (SANDES, 2002, p. 68). Essa concepção de cidadania se manteve além do governo Vargas, orientando as ações do MPAS.

<sup>3</sup> Expressão cunhada na época do governo de Ernesto Geisel.

integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Visando atenuar a deficiência da saúde pública, houve o processo de articulação entre o MS e o MPAS durante a década de 1980. Este processo ocorreu com (a) a criação da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), em 1980, para fixar os repasses federais dos dois ministérios para as redes estaduais e municipais; e (b) pela instituição do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (Plano do CONASP) no âmbito da Previdência Social, em 1982 (MERCADANTE, 2002).

O Plano do CONASP tinha como objetivos (a) priorizar a atenção primária; (b) integrar as diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado; e (c) diminuir a capacidade ociosa do setor público (MERCADANTE, 2002, p. 247). Ainda segundo este autor, apesar de não ter sido totalmente implementado, este plano criou bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) implantadas em 1984 e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em 1987.

A Constituição Federal (CF) de 1988 inclui em seus artigos as pautas defendidas durante a Reforma Sanitária, o que introduziu o conceito de seguridade social<sup>4</sup> e que resultou na transformação radical no sistema de saúde brasileiro (MERCADANTE, 2002). Houve (a) o reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania (BRASIL, 1988, art. 196); (b) a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e a integralidade da atenção, a descentralização e a participação comunitária (BRASIL, 1988, art. 198). Embora este sistema tenha sido instituído na CF, ele apenas foi regulamentado em 1990 com as Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a, 1990b).

Os anos 1990 foram marcados pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias, foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocações de recursos, com o objetivo de aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Neste contexto, são implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Dessa forma, nos anos 1990, o setor saúde no Brasil passa a enfrentar uma contradição central entre a clara dominância do projeto neoliberal e a organização de um sistema de saúde baseado legalmente nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com uma clara direção de reforço do setor público (RODRIGUES, 2013, p. 57).

Para consolidar e regular as propostas do SUS, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), as quais tinham como função tratar dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ *et al.*, 2001). As NOBs SUS 01/91 e 01/92 apoiaram a descentralização e a municipalização, enquanto que a NOB SUS 01/93 regulava a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2003).

A NOB SUS 01/96 caracterizou as responsabilidades sanitárias do município pela saúde e as competências de Estados e municípios, fortalecendo, assim, a municipalização da saúde (BRASIL, 2003). Ela tinha como um dos seus objetivos "reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde" (BRASIL, 2003, p. 30). Assim, essa NOB propiciou incentivo para a ampliação de cobertura dos PSFs e de ACS (RIBEIRO-FILHO, 2004).

A partir da promulgação da PNAB em 2006, há a unificação do PSF e de ACS, originando a Estratégia Saúde da Família (ESF). Este estava fortalecido pelos bons resultados de seus predecessores, tais como redução da mortalidade infantil, aumento de mulheres que fazem pré-natal nos três primeiros meses, diminuição das internações hospitalares por diarreias e

<sup>4</sup> Conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, art. 194).

infecções respiratórias agudas, cuidado com hipertensos e diabéticos. Além disso, houve a ampliação da rede de atenção (RESENDE, 2013).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Recomenda-se o limite de atendimento a 4.500 pessoas por equipe. A depender da concentração de famílias no território sob a responsabilidade, a Unidade de Saúde da Família atua com uma ou mais equipes de profissionais (MERCADANTE, 2002, p. 263).

O histórico do sistema de saúde se relaciona com as questões relativas aos direitos reprodutivos à medida que tratados, acordos, convenções ou atos internacionais instituídos globalmente se refletem em políticas públicas e em programas de saúde (BRASIL, 2001).

Política pública pode ser entendida como um curso de ação do Estado, orientado por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um jogo de interesses. Um programa governamental, por sua vez, consiste em uma ação de menor abrangência em que se desdobra uma política pública (FARAH, 2004, p. 47).

Este artigo irá discorrer sobre as políticas e os programas de saúde pública brasileiras, enfocando a saúde reprodutiva. Esta análise terá como objetivo verificar questões relacionadas a gênero e integralidade, visando compreender as motivações dos possíveis desencontros do que se preconiza nas políticas e o que é oferecido à população.

## **SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS**

As políticas de saúde reprodutiva no Brasil historicamente têm se relacionado com a questão materno-infantil. Esta questão, mais do que uma necessidade da sociedade, tem relação com o papel social designado à mulher. Isto, nos diversos contextos históricos, resgatados na introdução, resultaram na construção e implementação de programas de atenção de diferentes abrangências ao longo dos anos.

Sendo o corpo feminino um locus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, as dimensões do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. É sob esse olhar que institucionalizaram os primeiros cuidados em saúde da mulher: saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, no qual a sexualidade da mulher também está restrita à sua condição de reprodução. (SOUTO, 2008, pp. 167-168).

Segundo Ribeiro-Filho (2004), um dos primeiros registros históricos de política nacional voltados para a atenção à saúde materno-infantil estava relacionado com o DNS, no qual foram criados a Divisão do Amparo à Maternidade e à Infância e o Instituto Nacional de Puericultura.

Essa Divisão tinha como objetivo, realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança. Em 1940 a Divisão foi extinta e em seu lugar foi criado o Departamento Nacional da Criança que tinha entre suas ações: coordenar as atividades no país relativas à proteção, à maternidade, à infância, à adolescência, em relação à saúde, à alegria de viver, à preservação moral, etc. Esse Departamento foi extinto em 1966/67, tendo sido criada a Coordenação Nacional Materno Infantil (DE SETA, 1997 *apud* RIBEIRO-FILHO, 2004, pp. 2-3).

A visão precária da saúde da mulher, que era vista apenas como produtora e reprodutora de força de trabalho, ou seja, como mãe (SOUTO, 2008), fez com que surgissem lutas pelos direitos reprodutivos da mulher. O movimento de mulheres e outros movimentos sociais relacionados com gênero foram importantes à medida que “trouxeram para o debate público

temas referentes a saúde e direitos reprodutivos, que, até então, não eram considerados 'próprios' desse espaço". (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 21). Estas discussões resultaram, por fim, na definição de novas políticas de saúde reprodutiva.

O feminismo lançou os questionamentos e as ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais. Pode-se dizer que no primeiro caso há uma autoria original do feminismo, e no segundo caso uma autoria compartilhada entre vários movimentos sociais, sendo os mais relevantes o movimento gay, o movimento lésbico e o movimento feminista (ÁVILA, 2003, p. 466).

O conceito de gênero diz respeito às "representações sociais e culturais construídas a partir da diferença biológica dos sexos e transmitidas pela educação" (BRASIL, 1997a, p. 81). Uma vez que o gênero significa as relações de poder, compõe identidades, papéis, crenças e valores da sociedade (BRASIL, 2010a), sua abordagem na saúde é importante, pois "implica o esforço de desvendar como as ideias de feminilidade e masculinidade permeiam as práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a sua saúde" (SOUTO, 2008, p. 165).

A luta do movimento de mulheres está ligada ao debate sobre controle de população, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde reprodutiva e sexual. Foram importantes na medida em que:

A luta do movimento de mulheres pela inclusão desses princípios no discurso governamental e em amplos setores da sociedade se dá em meio a profundas transformações demográficas, resultantes tanto da queda das taxas de mortalidade – característica das décadas de 50 e 60 – quanto do acentuado declínio das taxas de fecundidade verificado a partir dos anos 70. As taxas de crescimento populacional decresceram de mais de 3% ao ano, entre 1950 e 1960, para 2,9% na década seguinte e 1,8% entre 1985 e 1990 (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 27).

Durante as décadas de 1960 e início de 1970, o Brasil tendia ao natalismo, influenciado pelo milagre econômico e pela Igreja Católica (GIFFIN; COSTA, 1999). Entretanto, com o enfraquecimento do modelo econômico, foram instituídos dois programas de saúde reprodutiva: em 1974 foi promulgado o 1º Programa de Atenção Materno-Infantil e em 1977 foi instituído o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), os quais eram os primeiros programas de atenção à saúde da mulher (RIBEIRO-FILHO, 2004). Estas políticas tratavam o corpo da mulher apenas pela sua função reprodutora com práticas curativas, bem como enfatizavam o pressuposto que a mulher devia se adequar ao princípio "mãe saudável, de filho igualmente saudável" e também o foco sobre o "risco gravídico" (D'OLIVEIRA; SENNA, 1996; RIBEIRO-FILHO, 2004), demonstrando a visão biomédica vigente no modelo de atenção do sistema médico industrial vigente.

Havia assim um grande descompasso entre as lutas da sociedade pelos direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas desenvolvidas, em especial as de saúde. Segundo Ávila, (2003, p. 468):

Para o exercício efetivo desses direitos, torna-se necessário uma transformação da lógica na qual está baseada o sentido das leis que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações amorosas e sexuais. Uma transformação que vai no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e controle, para o princípio da ética e da liberdade. Políticas públicas dirigidas a esses direitos devem ser voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual.

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983, resultou da articulação entre universidades, mulheres e MS, sendo o primeiro exemplo de mudança no modelo de atenção. Na perspectiva da integralidade, este programa significou que "a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos da vida da mulher e não apenas no

período da gravidez” (SOUTO, 2008, p. 171), o que rompe com a visão tradicional curativa, que focava as questões relativas à reprodução (OSIS, 1994; OSIS, 1998).

Paradoxalmente, o PAISM foi o primeiro programa proposto e efetivado pelo Estado, embora parcialmente, que possui dentre suas ações o planejamento familiar, ou seja, se tratava de um programa que contemplava o controle da reprodução (OSIS, 1994). Em consequência da sua nova abordagem, as ações do PAISM “voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção completa à saúde que as mulheres deveriam receber e não mais como fins em si mesmas” (OSIS, 1998, p. 31).

Este programa se torna singular à medida que redimensionou o significado do corpo feminino e marcou o início da inclusão dos conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas na área da saúde. Além disso, sua adoção enfatizou a utilização das AIS, representou uma vitória da Reforma Sanitária, bem como marcou o seu pioneirismo, “inclusive no cenário mundial ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar” (OSIS, 1998, p. 31). No entanto, sua efetiva implantação em todo o território nacional não ocorreu.

Ao longo dos 25 anos de implantação, o programa apresenta diferenciações. No período inicial, de 1984 a 1989, ainda não estava implantado o SUS e os programas eram verticais, então o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa, teve que conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária sob a configuração de um Estado Mínimo defendido pelo governo na época. Na década de 90, com a implantação da política do SUS e a consequente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM ganhou força, embora as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde nas práticas desenvolvidas. Algumas lacunas subsistiram, como a atenção no climatério e à adolescência e a própria inclusão de perspectiva de gênero e de raça/etnia nas ações a serem desenvolvidas (SOUTO, 2008, p. 171).

O PAISM foi reformulado em 2004, originando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Nesta nova política, reafirma-se a perspectiva de gênero e raça/etnia da atenção à mulher. Para isso, explicita-se “orientações para identificação de demandas e necessidades das mulheres, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres” (SOUTO, 2008, p. 173). No entanto, ainda faz-se necessário a integração das perspectivas de gênero e integralidade nas práticas de saúde, para a humanização e a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Após o pioneirismo do PAISM, “a segunda metade dos anos 80 marca um período fundamental de formulação e implantação de políticas públicas com perspectiva de gênero no Brasil” (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 24). Isto se deve, em parte, pela criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985 (BRASIL, 1985), o qual fortaleceu a luta pelos direitos das mulheres. Devido a sua atuação, em parceria com o movimento feminista e conselhos estaduais e municipais, a significativa maioria das propostas das mulheres foi incluída na Constituição de 1988.

A concepção da “mulher-mãe” continua a modificar-se, bem como os direitos reprodutivos se evidenciam mundialmente com o Encontro sobre Direitos Reprodutivos, em 1984 em Amsterdã. A seguir vieram outras convenções, como a Conferência de Nairóbi em 1985 (Quênia); a Conferência do Cairo em 1994 (Egito); bem como a Conferência da Mulher em 1995 em Pequim (China), as quais representaram a consolidação da promoção dos direitos da reprodução para a justa posição das mulheres na sociedade (SOUTO, 2008).

Com as mudanças sobre as concepções sobre mulher-mãe, a questão de gênero e dos direitos reprodutivos novamente se fortalece, pois:

No sistema de valores que fundamenta a cultura sexista, o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e dependência. Essa injustiça repercute tanto sobre as mulheres quanto sobre os homens. De acordo com a construção sociocultural dos gêneros que prevalece na tradição ocidental, a reprodução seria um assunto feminino, em decorrência da natureza da mulher, e o campo da sexualidade

seria essencialmente masculino, em decorrência da natureza do homem (BRASIL, 2010a, p. 55).

Complementando o PAISM, a assistência pré-natal foi normatizada em 1986 pelo Manual de Assistência Pré-Natal (BRASIL, 1986). Segundo este manual, a assistência à gestante irá depender do grau de risco de sua gestação e está diretamente relacionada com a atenção primária à saúde:

A assistência pré-natal de baixo risco foi incluída na Estratégia da Saúde da Família, fazendo parte dos serviços a serem oferecidos nas unidades básicas de saúde do PSF, como uma das atividades passíveis de serem realizadas pela equipe de saúde da família, na atenção à gestante. Em relação à gestação de alto risco, em 1998, o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, com o propósito de garantir a atenção adequada e estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de Sistemas de Referência na área hospitalar em todo o país (RIBEIRO-FILHO, 2004, p. 3).

Com relação ao planejamento familiar, o cuidado com o mesmo já havia sido instituído no PAISM, foi reafirmado na CF e instituído como um direito do cidadão:

Art. 226, § 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Com o estabelecimento de acordos sobre direitos sexuais e reprodutivos na CIPD e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher (IV CMM, 1995), houve a reafirmação de definir estes direitos como direitos humanos. Além disso, na IV CMM:

O governo do Brasil assumiu o compromisso de fundamentar todas as políticas e programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar, nos direitos sexuais e reprodutivos (COELHO; PORTO, 2009, pp. 31-32).

Para regular o Art. 226, foi publicada a Lei nº 9.263 (BRASIL, 1996a). Esta lei reafirma que o planejamento familiar é um direito de todo cidadão, sendo que deve ser oferecido como “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” (BRASIL, 1996a, art. 3º). No parágrafo único do Art. 2º desta lei, afirma-se ainda que é proibida a utilização das ações de regulação da fecundidade para qualquer tipo de controle demográfico, o que condiz com os princípios de Pequim e do Cairo. Além disso, estabelece como diretrizes a garantia de ações educativas, ações preventivas e acesso igualitário a informações meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 1996a, art. 4º).

A partir de 2001, com demanda ampliada em 2005, o MS passa a adquirir métodos anticoncepcionais reversíveis, tais como a pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona, minipílula, preservativo masculino, dispositivo intrauterino, anticoncepcional injetável mensal, anticoncepcional injetável trimestral e a pílula anticoncepcional de emergência. Com distribuição descentralizada e trimestral para municípios que possuíssem pelo menos uma equipe do PSF, estivessem com o termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento aprovado ou ter uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (COELHO; PORTO, 2009). No entanto:

O que se observa no cotidiano das equipes de Saúde da Família é a irregularidade da oferta desses insumos e a desobrigação do governo municipal na aquisição dos mesmos. Como resultado, as atividades voltadas para os direitos reprodutivos e sexuais se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações (COELHO; PORTO, 2009, p. 33).

Para instruir os profissionais de saúde ligados ao SUS sobre planejamento familiar, foi lançado um manual técnico em 2002. Segundo este manual técnico, “o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos” (BRASIL, 2002a, p. 7). Para isso, a assistência à anticoncepção deve, necessariamente, envolver (a) as atividades educativas, as quais devem ser realizadas preferencialmente em grupo; (b) o aconselhamento, o qual é individualizado e centrado no indivíduo e (c) as atividades clínicas, as quais devem ser realizadas em todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde.

Embora o manual fosse de orientação sobre todas as práticas a serem realizadas da unidade de saúde, nota-se que o material focou apenas o aconselhamento e as atividades clínicas individualizadas, uma vez que traça recomendações específicas de cada método contraceptivo, indicando, inclusive a atuação dos profissionais de saúde por consulta. Assim, apesar de discursar afirmando a busca pelo atendimento integral e a promoção da saúde, acaba-se por novamente reproduzir o conhecimento biomédico de práticas curativas, ressaltando o planejamento familiar como oferta e o aconselhamento dos métodos contraceptivos. Isto, por consequência, delega à mulher a responsabilidade sobre a reprodução.

No Brasil, apenas a partir de 1989 o MS apresentou as bases programáticas do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), instituindo em nível nacional ações que eram restritas a alguns estados e municípios (UEDA; FERRIANI, 1997). Esta estratégia buscou reordenar o modelo de atenção à saúde, enfatizando o cuidado ao adolescente<sup>5</sup>, o qual, até então, era tratado do mesmo modo que o adulto, sem considerar suas especificidades.

O PROSAD apenas estabeleceu referências para promoção da saúde integral do adolescente em consonância com a OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), as quais defendem que a saúde integral do adolescente depende do contexto dos sistemas biológico, psicossocial e meio ambiente<sup>6</sup>. Assim, o programa foi instituído tendo como um dos seus principais objetivos “promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais” (BRASIL, 1996b, p.14). Para isso, definiu como áreas prioritárias de atuação (a) o crescimento e desenvolvimento; (b) a sexualidade; (c) a saúde bucal; (d) a saúde mental; (e) saúde reprodutiva; (f) saúde do escolar adolescente; (g) prevenção de acidentes; (h) violência e maus tratos; e (i) família.

Em termos de saúde reprodutiva, o PROSAD se propõe a desenvolver atividades variadas, tais como ações informativas para promoção da consciência do corpo relacionado à vida pessoal e sexual; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; AIDS; gravidez indesejada; traumas psicossociais e assistência pré-natal, em nível ambulatorial. No entanto, o levantamento de estudos publicados indicou que ainda há situações extremas e opostas na atenção oferecida, sendo que há casos em que o PROSAD é cumprido (FORMIGLI *et al.*, 2000) e casos que pouco se é efetivado nas unidades de saúde, o que indica a manutenção da visão curativa e não integral de assistência (FERRARI *et al.*, 2006).

Em 2005 essa política foi reformulada, passando para Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem (PNSAJ). Do mesmo modo que já preconizava o PROSAD, institui a atenção integral a essa população, “considerando as necessidades específicas de adolescentes e jovens, as características socioeconômicas e culturais da comunidade à qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião” (RAPOSO, 2009, p. 118). Esta política também busca convergir com o Estatuto da Criança do Adolescente, o qual visa salvaguardar a vida e garantir o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes brasileiros.

O PNSAJ tem como temas estruturantes a (a) participação juvenil, (b) equidade de gêneros, (c) direitos sexuais e direitos reprodutivos, (d) projeto de vida, (e) cultura de paz, (f) ética e cidadania

<sup>5</sup> A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. (BRASIL, 1996b, p. 5)

<sup>6</sup> A OPS estabeleceu como condições para “a efetivação dos níveis críticos de qualidade de vida em termos elementares: a educação, nutrição, habitação, boa saúde física e mental, trabalho, lazer, participação e liberdade” (UBEDA; FERRIANI, 1997, p. 198).

e (g) igualdade racial e étnica (BRASIL, 2010a). Ao contrário do PROSAD não define ações específicas, apenas discute sobre a importância destas áreas para o bem-viver dessa população.

Complementando o PNSAJ, houve a publicação do Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens em 2007 (BRASIL, 2007). O Marco Teórico garantiu a essa população a privacidade na consulta, a confidencialidade e o sigilo médico. A principal questão se relaciona à confidencialidade, o qual é a garantia da privacidade do jovem, caso o mesmo não deseje repassar as informações a seus pais. Este documento define melhor as ações que devem ser desenvolvidas com os adolescentes e os jovens, ao contrário do PNSAJ. No entanto ainda deixa muitas lacunas em aberto, como por exemplo, ao levantar os desafios para o PNSAJ e não definir com mais rigor ações a serem realizadas.

Além das políticas com recorte de gênero, novos programas que visam o cuidado materno-infantil foram promulgados. No ano de 2000 houve a deliberação da Portaria nº 569 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000b). Este programa tinha como objetivo:

O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000, [s.p.]).

No ano de 2002, foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual tinha como objetivo principal “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002b, p.5). O PHPN tem como prioridades:

(a) Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (b) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (c) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; (d) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p.6).

Em 2003, o governo brasileiro firmou um Pacto Nacional visando à redução das mortes maternas, bem como reconheceu o RMM como um indicador das desigualdades sociais brasileiras das lacunas ainda existentes na prestação de serviços básicos de assistência às mulheres adultas e adolescentes, como o pré-natal de qualidade (BRASIL, 2007). Para tanto, foram definidas as seguintes ações estratégicas:

Garantia de acolhimento nos serviços; reconhecimento do aborto como causa de mortalidade materna e garantia da qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento; expansão da atenção básica; efetivação de pactos municipais e/ou regionais; expansão da oferta de exames; implementação do planejamento familiar; vigilância ao óbito materno e neonatal, inclusive com o apoio à criação de comitês de mortalidade materna; intensificação do cuidado de recém-nascido e puérpera na primeira semana; organização, ampliação e qualificação do acesso aos serviços; desenvolvimento de ações de suporte social, inclusive de forma intergrada aos programas de assistência social; qualificação e humanização e capacitação de profissionais de saúde para intervenção qualificada sobre e segundo estas prioridades (BRASIL, 2007, p. 43).

Este pacto é importante à medida que o RMM é de alto risco, com 68 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos no ano de 2010 (BRASIL, 2012). Pelas mortes maternas serem altamente evitáveis, é imprescindível o fortalecimento da Atenção Básica e do atendimento hospitalar para a redução do risco.

Em 2005 promulgou-se a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (BRASIL, 2005). Conforme seu Art. 3º, seus componentes fundamentais são:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro;

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

Devido à falta de financiamento, bem como a falta de locais de média e alta complexidade que realizam este tipo de serviço para o SUS, esta é uma política de pouco acesso à população e que praticamente não se é efetivada.

Após o período de maior preocupação com a reprodução em si, novas políticas com recorte de gênero foram promulgadas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em 2009 pela Portaria GM/MS nº 1944 (BRASIL, 2009) e, assim como o PNAISM, possui um forte recorte de gênero. Essa política foi resultado de “processos amplos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do SUS, pesquisadores e sociedades científicas” (CHAKORA, 2014, p. 559).

Os eixos prioritários da Saúde do Homem devem alcançar os homens em sua pluralidade, em suas diversas condições reais de existência, de forma a cumprir com a tarefa de levar resolubilidade às suas demandas em saúde (CHAKORA, 2014). Os eixos estão agrupados em torno dos seguintes temas: (a) acesso e acolhimento; (b) doenças prevalentes na população masculina; (c) saúde sexual e reprodutiva; (d) paternidade e cuidado, (e) Promoção da Saúde e (f) prevenção de violências e acidentes.

A principal questão levantada em saúde sexual e reprodutiva é a questão da paternidade consciente. Segundo esta política, a paternidade, em especial na adolescência, não é algo que simplesmente deve ser evitado: deve-se considerar as necessidades e projetos de vida pessoal, de modo responsável, independentemente da idade do pai. Mais ainda que isso: “devem ser disponibilizadas informações, métodos contraceptivos e preservativos para contracepção e planejamento familiar e o acesso deve ser facilitado aos adolescentes e jovens” (BRASIL, 2008, p. 20).

Sobre esta questão, Ávila (2003, p. 469) pondera:

Os tabus e os preconceitos sobre a vida sexual e reprodutiva ao longo da história recente, têm se constituído em um impedimento para uma atenção integral de qualidade nesses terrenos. Tornar a prática preventiva uma rotina que leve de fato à preservação e à promoção da saúde, invertendo o quadro atual de saúde da população, é um desafio que exige uma estratégia de educação para saúde voltada para a qualificação dos profissionais e também como parte da atenção à saúde prestada à população em geral.

Assim, de modo geral, verifica-se que as políticas e os programas instituídos desde o PAISM com finalidade em saúde reprodutiva possuem a questão de gênero e a integralidade em seu corpo. Estas políticas conceitualmente são esplêndidas, porém a atuação dos profissionais de saúde tem perpetuado a concepção curativa em detrimento da promoção da saúde dos usuários de saúde, conforme indicado em vários estudos.

Para que uma melhor atenção à saúde seja realizada, deve-se realizar constantes avaliações. Estas devem abordar tanto o quantitativo, com base em indicadores de saúde, mas sem excluir o qualitativo, analisando-se tanto o profissional que atua no SUS, quanto o próprio usuário.

### **MORTALIDADE MATERNA: BREVE ANÁLISE SITUACIONAL**

A OMS define morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 1998, p.143). A morte materna é um problema de saúde pública, ainda preocupante em muitos países em desenvolvimento. Este é um evento importante à medida que:

A morte materna é um fenômeno de exceção que reflete de modo extremamente doloroso a desorganização e a má qualidade da assistência prestada à saúde da mulher em uma fase crucial e delicada de sua vida. Ela é ainda mais cruel e delicada na medida em que significa um desperdício de vidas (BRASIL, 2001, p.21).

A redução da mortalidade materna é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e faz parte de acordos firmados internacionalmente pelo Brasil. Em 1987, durante a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura (CIMS), o Brasil firmou a decisão de reduzir, até o ano 2000, em 50% o número de mortes maternas existentes em 1985. Já na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1990, comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna em 50% no decorrer da década (BRASIL, 2001). Assim, tem-se a meta de se possuir um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2012). No entanto, “poucos foram os reflexos no coeficiente de mortalidade materna no país” (FERRAZ, BORDIGNON, 2012, p. 529).

A manutenção de elevadas taxas de mortalidade materna denuncia, sobretudo, deficiências nos serviços de atenção à saúde, uma vez que são altamente evitáveis e podem ser agravadas por condições socioeconômicas desfavoráveis (RESENDE, 2013). Na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre mortalidade materna concluiu-se que embora as mulheres constitucionalmente sejam iguais aos homens (art. 5º), tanto em direitos quanto em deveres, muitas vezes a assistência prestada às mulheres pode ser classificada como desumana e degradante (BRASIL, 2001).

Assim sendo, a mortalidade materna foi escolhida como indicador para a análise situacional da efetividade das políticas no SUS, uma vez que programas de atenção materno-infantil são os que foram implantados há mais tempo no Brasil e são passíveis de melhoria a partir de políticas públicas (BRASIL, 2000; RIBEIRO-FILHO, 2004). Além disso,

Estudar os fatores relacionados a esta situação faz-se essencial para a formulação de estratégias de gestão e planejamento, já que o número de mortes maternas de um país constitui um excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente proporcional ao grau de desenvolvimento humano. Tal fato reflete o nível socioeconômico, a qualidade da assistência, a iniquidade entre os gêneros e a política de promoção da saúde existente (FERRAZ; BORDIGNON, 2012, p. 529).

As mortes maternas podem ser definidas, segundo tipo de causas, como obstétrica direta e obstétrica indireta (quadro 1). As mortes maternas tardias e não obstétricas, apesar de possuírem códigos específicos no CID-10, não são considerados óbitos maternos segundo a definição da OMS.

**Quadro 1.** Conceitos de tipos de morte de mães constantes no CID- 10

<b>Tipo de morte</b>	<b>Descrição</b>
Morte materna obstétrica direta	Ocorre por complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Exemplos: hemorragia, aborto, infecção puerperal,

Tipo de morte	Descrição
	doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e anormalidades da contração uterina.
Morte materna obstétrica indireta	Resultante de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gravidez, não por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, incluindo as doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas.
Morte materna tardia	Morte por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorrida após 42 dias do parto e em um prazo inferior a um ano.
Morte não obstétrica	Morte resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo.

Fonte: OMS, 1998; BRASIL, 2012; RESENDE, 2013

Para se verificar o risco de mortalidade materna, utiliza-se a razão de mortalidade materna (RMM), a qual é calculada pela equação 1, e que é reconhecida como um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e desigualdade social (WHO; UNICEF, 1996). A RMM Segundo esta classificação, considera-se risco baixo se a RMM for menor que 20 por 100 mil NV, médio risco quando estiver acima de 20 até 49 por 100 mil NV, alto risco se a RMM estiver entre 50 e 149 por 100 mil NV, e muito alta quando acima de 150 por 100 mil NV (WHO; UNICEF, 1996).

$$RMM = \frac{\text{Total de óbitos relacionados à gestação e/ou parto, de mulheres residentes}}{\text{Total de nascidos vivos, de mulheres residentes}} * 100.000 \quad (1)$$

Total de nascidos vivos, de mulheres residentes

Como esse coeficiente utiliza dados de registro vital, a mortalidade materna é difícil de ser verdadeiramente medida, sendo muitas vezes subestimada. Segundo Sousa *et al.* (2007, p. 182):

A mortalidade materna é difícil de ser medida, mesmo em países desenvolvidos com bom sistema de registro vital apesar do baixo sub-registro de óbitos. Pode ocorrer erro na atribuição da causa da morte, levando à subnumeração da morte materna. Mais complicada ainda é a obtenção de estimativas confiáveis nos países em desenvolvimento que, em geral, possuem baixa cobertura dos registros vitais, além de alta subnumeração de causas específicas de morte.

No caso no Brasil, o MS disponibiliza seus dados vitais por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Informações Hospitalares (SIH), os quais podem ser acessados no portal do DATASUS. O MS também tem divulgado o “RMM para Estados da região Sudeste (exceto Minas Gerais), Sul e Centro-Oeste (exceto Mato Grosso), devido ao fato de terem cobertura igual ou superior a 90% para o SIM e o SINASC” (SOUSA *et al.*, 2007, p. 183).

Para analisar os dados coletados no DATASUS, utilizou-se o programa Microsoft Excel, para suporte das análises descritivas. Neste editor de planilhas, foi utilizada a análise de tendência, para projetar a situação dos dados ao longo do tempo.

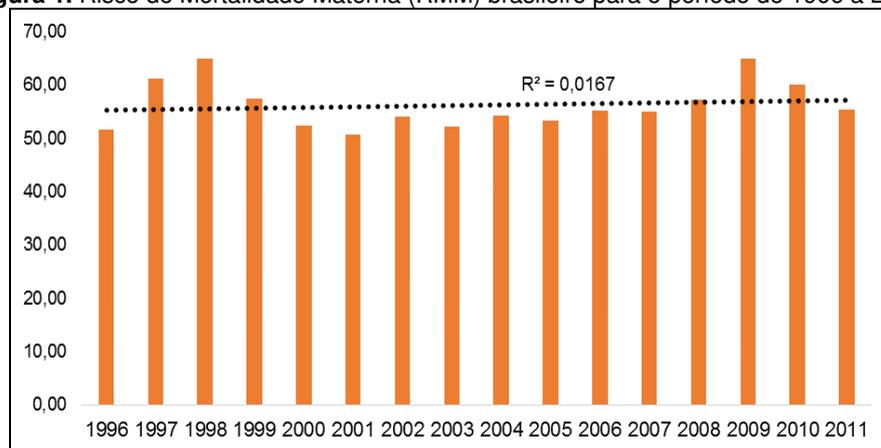
Segundo os dados do MS, no período de 1990 a 2010 houve o declínio da RMM, havendo redução de 143 para 68 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). Essa taxa, embora ainda enquadre o país em alto risco de mortalidade materna, possui uma alta tendência a em continuar a diminuir os óbitos nacionais de morte materna ( $r^2=0,8004$ ), sendo estatisticamente significativos.

O recorte dos dados de 1996-2011, maior período disponível para pesquisa no DATASUS, no entanto, em alguns pontos contradizem as perspectivas positivas evidenciadas no boletim epidemiológico. Isto, pois, houve o aumento de 51,60 para 55,27 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (figura 1), havendo uma tendência de um aumento suave nos anos posteriores, embora não seja estatisticamente significativa ( $r^2=0,0167$ ). A média do RMM para o período indica um alto risco de mortalidade materna ( $\bar{X} = 56,28$ ), condiz com o boletim epidemiológico,

porém evidencia que o índice está muito acima do considerado aceitável pela OMS, que é inferior a 20 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Analisando o RMM para as regiões brasileiras (tabela 1), todas as regiões ficaram com o índice médio para o período classificado como alto risco de mortalidade materna ( $\bar{X}_{\text{Norte}} = 57,68$ ;  $\bar{X}_{\text{Nordeste}} = 62,76$ ;  $\bar{X}_{\text{Centro-Oeste}} = 53,95$ ;  $\bar{X}_{\text{Sudeste}} = 50,79$  e  $\bar{X}_{\text{Sul}} = 56,68$ ). Além disso, apenas as regiões Sudeste e Centro-oeste tiveram índices inferiores aos da média nacional, que foi de 56,28.

**Figura 1.** Risco de Mortalidade Materna (RMM) brasileiro para o período de 1996 a 2011.



Fonte: MS/SVS/DASIS-SINASC/SIM

**Tabela 1.** Risco de Morte Materna por região do Brasil no período de 1996 a 2011.

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
1996	51,61	47,45	56,77	32,53	52,37	52,83
1997	61,16	53,10	54,90	53,32	64,67	71,51
1998	64,87	57,07	56,25	54,83	70,08	76,25
1999	57,36	63,11	56,25	57,23	55,28	62,08
2000	52,30	62,26	57,66	39,11	48,23	53,44
2001	50,62	49,77	57,42	54,06	44,29	52,65
2002	54,10	53,12	61,42	60,74	46,27	57,37
2003	52,14	57,17	63,00	53,55	42,16	51,58
2004	54,22	52,73	63,68	61,85	44,19	59,03
2005	53,38	57,49	67,03	54,47	40,71	55,09
2006	55,11	58,90	63,56	57,29	46,52	56,72
2007	54,99	64,78	63,62	45,06	48,09	52,91
2008	57,28	58,39	69,57	65,12	46,71	54,37
2009	64,96	67,26	72,94	61,77	62,10	54,86
2010	60,07	62,66	71,09	59,79	53,76	52,18
2011	55,27	62,47	68,98	52,52	47,21	44,02
$\bar{X}$	56,21	57,98	62,76	53,95	50,79	56,68
$r^2$	0,0167	0,3732	0,8804	0,2214	0,1041	0,3631

Fonte: MS/SVS/DASIS-SINASC/SIM

A região Nordeste foi a que apresentou os maiores RMM do país, seguida da região Norte. Segundo Rezende (2013, p. 39), estudos da década de 1980 “já apontavam as regiões Norte e Nordeste como as de maior ocorrência de mortes de mulheres na gestação, parto ou puerpério”, o que é agravado pelo fato de que nestas regiões a subnotificação é significativamente elevada, o que sugere que “os números, ainda que corrigidos, são imprecisos”.

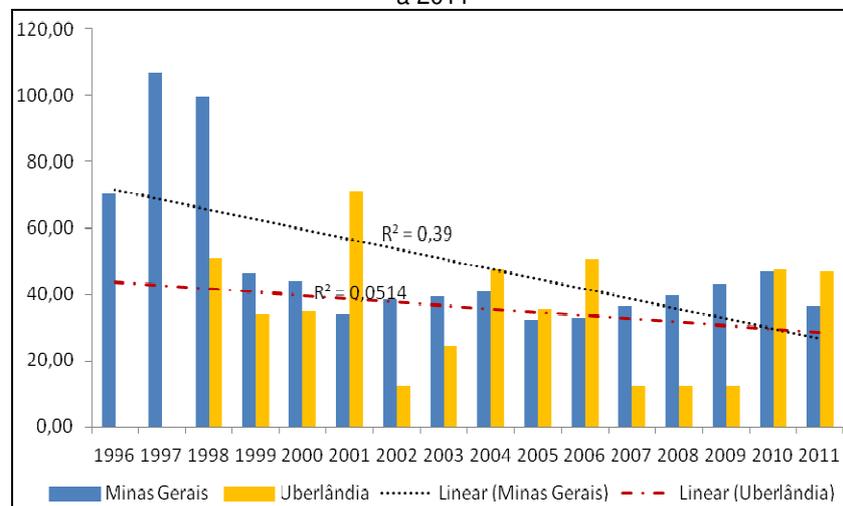
As análises de tendência indicaram que assim como no Brasil, as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste tendem a aumentar seus casos de morte materna, embora apenas na região nordeste isto seja estatisticamente significativo ( $r^2_{\text{norte}}=0,3732$ ;  $r^2_{\text{nordeste}}= 0,8804$ ;  $r^2_{\text{centro-oeste}}=$

0,2214). Já nas regiões Sudeste e Sul, a tendência é de queda, embora também não seja estatisticamente significativo ( $r^2_{\text{sudeste}} = 0,1041$  e  $r^2_{\text{sul}} = 0,3631$ ).

O mesmo recorte temporal de dados de 1996 a 2011 foi utilizado para Minas Gerais e o município de Uberlândia. Em Minas Gerais, para o período, houve um coeficiente médio de 49,18 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Além disso, ocorreu a redução de 70,48 para 36,56 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, ou seja, uma redução de 48,12% do índice, passando de um RMM de alto para médio risco de mortalidade materna (figura 2). Essa tendência é de redução nos anos posteriores, porém não é estatisticamente significativa ( $r^2=0,39$ ).

Com relação a Uberlândia, os dados de nascidos vivos de 1996 e 1997 não eram confiáveis e, portanto, foram desconsiderados. O coeficiente médio para o período foi de 35,10, configurando a classificação de médio risco. Além disso, houve uma redução da quantidade de óbitos, os quais passaram de 50,73 para 46,55 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, ou seja, uma redução de 8,24%, passando assim de alto para médio risco de mortalidade materna. Essa tendência, assim como em Minas Gerais e no Sudeste, é de queda nos anos posteriores, sendo estatisticamente significativa ( $r^2=0,514$ ).

**Figura 2.** Risco de Mortalidade Materna (RMM) de Minas Gerais e de Uberlândia para o período de 1996 a 2011



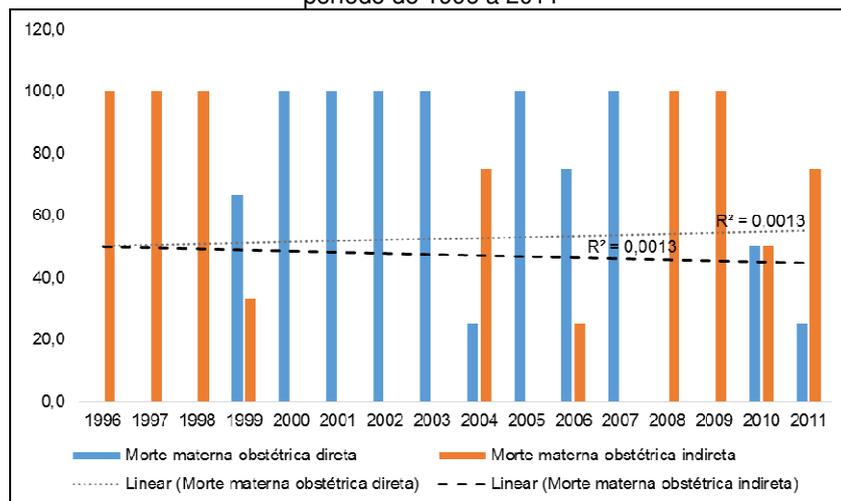
A mortalidade materna por causas obstétricas diretas é predominante no Brasil, ao mesmo tempo em que preocupante, pois são óbitos diretamente evitáveis com melhorias na atenção obstétrica, na atuação de profissionais da saúde e em questões sociais (RESENDE, 2013). Ainda, há a tendência de que as causas indiretas ganhem mais importância, uma vez que passaram de 22,0% do total de óbitos em 1996 para 30,7% em 2010 (BRASIL, 2012). Uma vez que estes óbitos são resultantes de doenças existentes antes da gravidez, reforça-se a necessidade de políticas e ações que envolvam a questão do atendimento integral e não que se espere a gravidez para que se cuide da saúde dessa mulher.

Em Minas Gerais, do mesmo modo que no Brasil, para o período, as mortes maternas por causas diretas foram predominantes (68,24%) sobre as por causas indiretas (29,44%), havendo uma pequena porcentagem de mortes de causas não especificadas (2,31%). Além disso, considerando apenas os casos de morte de causa especificada, há uma tendência em aumentar a proporção dos casos de mortes obstétricas diretas enquanto que a proporção dos casos de mortes obstétricas indiretas diminui, porém nenhuma é estatisticamente significativa ( $r^2=0,4156$ ).

Do mesmo modo que Minas Gerais e o Brasil, em Uberlândia as mortes maternas por causas diretas foram predominantes (53,33%), sendo que as causas indiretas representaram 44,44% e as não especificadas 2,22% das mortes (figura 3). Analisando-se a tendência da proporção dos tipos de mortes maternas, nota-se certa estagnação de ambas as causas. No entanto, os óbitos por causas diretas tendem a aumentar levemente, enquanto que os por causas indiretas tendem a diminuir na mesma proporção, não sendo estatisticamente significativo ( $r^2=0,013$ ).

Com relação ao tipo de parto realizado (tabela 2), em Minas Gerais houve a prevalência do parto vaginal (53,6%), porém com tendência à redução da ocorrência da realização do mesmo em favor do parto cirúrgico, sendo que apenas a tendência do parto cirúrgico foi estatisticamente significativas ( $r^2_{\text{vaginal}}=0,063$ ;  $r^2_{\text{cirúrgico}}=0,630$ ). Já em Uberlândia, há uma preponderância do parto cirúrgico (77,2%) sobre o vaginal (22,4%). Analisando-se a tendência de ocorrência do tipo de parto, observou-se que a realização dos partos vaginais tende a diminuir com o tempo ( $r^2=0,792$ ), enquanto que os cirúrgicos tendem a aumentar ( $r^2=0,914$ ). Tanto a nível estadual, quanto a nível municipal, a tendência é que a quantidade de casos de partos ignorados reduza ( $r^2_{\text{Minas}}=0,545$ ;  $r^2_{\text{Udia}}=0,756$ ).

**Figura 3.** Proporção de óbitos maternos por tipo de causa obstétrica ocorridos em Uberlândia, MG, no período de 1996 a 2011



**Tabela 2.** Número absoluto e proporção de nascidos vivos por tipo de parto, no período de 1996 a 2011, em Uberlândia, MG

Ano	Minas Gerais			Uberlândia		
	Vaginais	Cirúrgicos	Ignorados	Vaginais	Cirúrgicos	Ignorados
1996	91.596 (52,1%)	81.669 (46,4%)	2.678 (1,5%)	-	-	-
1997	100.731(52,5%)	89.146 (46,4%)	2.137 (1,1%)	-	-	-
1998	167.831(56,8%)	126.735 (42,9%)	798 (0,3%)	2.469 (31,3%)	5.323 (67,5%)	93 (1,2%)
1999	183.487 (59,6%)	123.213 (40,0%)	1.051 (0,3%)	3.466 (39,1%)	5.282 (59,5%)	127 (1,4%)
2000	177.672 (59,0%)	121.910 (40,5%)	1.376 (0,5%)	3.193 (37,2%)	5.334 (62,2%)	52 (0,6%)
2001	176.365 (59,1%)	120.775 (40,5%)	1.398 (0,5%)	3.004 (35,6%)	5.367 (63,7%)	58 (0,7%)
2002	165.583 (58,2%)	118.194 (41,5%)	781 (0,3%)	2.413 (29,4%)	5.718 (69,8%)	63 (0,8%)
2003	160.852 (56,5%)	123.404 (43,3%)	648 (0,2%)	2.009 (24,4%)	6.168 (74,8%)	65 (0,8%)
2004	152.828 (55,0%)	124.292 (44,8%)	571 (0,2%)	1.682 (19,9%)	6.750 (80,0%)	10 (0,1%)
2005	148.516 (53,5%)	128.299 (46,2%)	653 (0,2%)	1.439 (17,1%)	6.951 (82,8%)	2 (0,02%)
2006	138.160 (51,9%)	127.370 (47,9%)	613 (0,2%)	1.227 (15,5%)	6.700 (84,5%)	5 (0,1%)
2007	132.050 (50,9%)	126.842 (48,9%)	613 (0,2%)	997 (12,4%)	7.033 (87,6%)	2 (0,02%)
2008	128.534 (49,3%)	131.666 (50,5%)	716 (0,3%)	963 (11,8%)	7.198 (88,2%)	0 (0,0%)
2009	120.839 (47,8%)	131.211 (51,9%)	626 (0,2%)	910 (10,9%)	7.436 (89,1%)	0 (0,0%)
2010	116.763 (45,8%)	137.937 (54,1%)	426 (0,2%)	999 (11,9%)	7.427 (88,1%)	0 (0,0%)
2011	114.744 (44,2%)	144.370 (55,6%)	749 (0,3%)	1.285 (15,0%)	7.308 (85,0%)	0 (0,0%)
$\bar{X}$	142.284,4 (53,6%)	122.314,6 (46,1%)	989,6 (0,4%)	1.861,1 (22,4%)	6.428,0 (77,2%)	34,1 (0,4%)
$r^2$	0,063	0,630	0,545	0,792	0,914	0,756

Fonte: SINASC

Dada a elevada taxa de cesáreas no município e o prognóstico de aumento nos próximos anos, a SMS concluiu em seu Plano Municipal de Saúde que deveria “desenvolver ações e atividades que valorizem o parto normal como a maioria dos países desenvolvidos” (UBERLÂNDIA, 2014, p. 49). Esta ação é importante, uma vez que:

As cesáreas acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade. Também se associam com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, maior tempo de assistência por profissionais de saúde, durante a internação mais prolongada, maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação e, por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde (MANDARINO *et al.*, 2009, p. 1588).

Segundo Resende (2013), as consultas pré-natais, o planejamento reprodutivo e a educação em saúde são questões relacionadas com a morte materna evitável. A captação precoce da gestante e a realização correta do pré-natal visam à identificação precoce de gestações de alto risco. Além disso,

Tendo em vista que muitos óbitos maternos decorrem de gestações indesejadas, como por exemplo, devido ao aborto provocado, o acesso aos anticoncepcionais e a eficiência dos programas de educação sexual são apontados como aliados na redução dessas mortes. Além disso, a equipe de saúde deve ser sensibilizada para que entenda as dificuldades, crenças e culturas inerentes à mulher e seu companheiro, orientando-os sobre os direitos sexuais e reprodutivos, numa linguagem clara e acessível (RESENDE, 2013, pp.57-58).

Segundo Ávila (2003, p.468):

A reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões cruciais que hoje são colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar nesses campos os meios de promover bem-estar, de prevenir contra morbimortalidade e assegurar tratamentos e curas necessários. Esse bem-estar diz respeito ao estado de saúde física e mental.

Cabe ressaltar que as propostas de políticas e programas existentes são bem fundamentadas, preocupadas com os direitos sexuais e reprodutivos, com respaldo das posições defendidas no Cairo e em Beijing. No entanto, esses dados indicam que infelizmente as ações preconizadas nestas políticas estão permanecendo no campo conceitual. Assim, devem-se redobrar os esforços para efetivar a efetivação das políticas em todo o país. "Mais uma tarefa para as mulheres organizadas e, em geral, para todos os que se interessam em promover um atendimento de boa qualidade à saúde reprodutiva" (OSIS, 1998, p. 31).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da saúde pública brasileira evidenciou que a mesma foi desfavorecida em favor da saúde privada, bem como a saúde coletiva e a promoção da saúde em favor da atenção curativa do corpo. Esta atenção apenas começou efetivamente a se modificar a partir da implantação do SUS e da gestão do MS sobre a saúde do país.

A história da atenção à saúde reprodutiva no Brasil demonstra que as questões relacionadas ao cuidado materno-infantil sempre foram privilegiadas em detrimento de outros grupos. O movimento feminista, aliado ao movimento gay e lésbico, ampliou os horizontes para a integralidade e a universalidade da saúde nos diversos âmbitos da saúde: direitos, saúde reprodutiva, sexualidade e saúde pública. Assim, passou-se a preconizar nas políticas públicas a universalidade e a integralidade da atenção, que teve início com a instituição do PAISM. No entanto, homens e masculinidades muitas vezes são tratados de modo secundário.

No modelo vigente, a maior parte da atenção à saúde reprodutiva ocorre por intermédio da atenção primária, principalmente da Estratégia Saúde da Família. Várias políticas foram promulgadas, no entanto, percebe-se que por diversas vezes as mesmas não são efetivadas em sua plenitude no atendimento à população, o que perpetua a visão biomédica do cuidado. Devido a isto, faz-se necessária a realização sistematizada de avaliações.

A análise do RMM, que indica quantitativamente a organização e a qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério, indicou que as mortes por causas obstétricas diretas são predominantes no Brasil, assim como em Minas Gerais e Uberlândia. Ou seja, a maioria das mortes maternas está ocorrendo devido a complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas, o que evidencia a falta de preparo dos profissionais envolvidos. Isto é preocupante, à medida que os partos cirúrgicos tendem a aumentar tanto em Minas Gerais, quanto em Uberlândia.

Embora historicamente as políticas tenham passado por uma evolução, conjuntamente com a evolução e a estruturação do SUS, ainda há uma alta prevalência do modelo biomédico e ações curativas em detrimento da promoção e da integralidade da saúde da população. A atenção primária e a ESF precisam ser fortalecidas e serem melhor executadas, bem como os profissionais de saúde necessitam de capacitações que permitam que estes servidores possam trabalhar mais alinhados aos princípios do SUS, a fim de que se tenha uma saúde de melhor qualidade.

## REFERÊNCIAS

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. s465-s469, 2003. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2015.

BRANT, L. M. **O Papel do Estado no Sistema Único de Saúde: uma investigação teórico-bibliográfica e prática em Minas Gerais**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

BRASIL. **Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/Lei1920.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 72 de 21 de novembro de 1966**. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/..%5C..%5C24%5C1966%5C72.htm>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/L7353.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 25 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 25 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996a**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_05.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ensino Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997. (Pluralidade cultural e orientação sexual, v. 10).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000b**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **CPI mortalidade materna.** Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 40).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programa Humanização do Parto:** Humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 426/GM em 22 de março de 2005.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_426\\_ac.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v.43, n.1, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Do sanitário à municipalização.** 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

CAMPOS, A. L. V. de. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. **Revista de Historia.com.br**, 12 set. 2007. Livros. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/livros/politicas-internacionais-de-saude-na-era-vargas-o-servico-especial-de-saude-publica-1942-1960>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

CHAKORA, E. S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p. 559-561, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0559.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1920.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

D'OLIVEIRA, A F. P.L.; SENNA. Saúde da mulher. In: **Saúde do adulto:** Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: HUCITEC, 1996. pp. 87-108.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Estudos feministas**, v. 12, n.1, p.47-71, 2004.

FERRARI; R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2491-2495, 2006.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O; PORTO, L.A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 831-841, 2000.

GIFFIN, K; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MANDARINO, N. R. *et al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1587-1596, jul, 2009.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERCADANTE, O. A. (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235- 313.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 251–264, 2000.

OASIS, M.J.M.D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. 1994. Dissertação (Mestrado) – Campinas: UNICAMP.

\_\_\_\_\_. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1998. v. 2.

RESENDE, L.V. **O contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**. 2013. Tese (Doutorado) – Belo Horizonte: UFMG.

RIBEIRO-FILHO, B. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Manaus: ENSP.

SANDES, N. F. **Nação, Políticas de Saúde e Identidade (1920 – 1960)**. Goiânia: UFG, 2002. (Coleção Quíron, Série Clio, n. 1).

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun./2008. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/17](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/17)>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

UBEDA, E.M.L.; FERRIANI, M.G.C. A trajetória da atenção à saúde do adolescente. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 8, n.2, p. 85-96, 1997.

WHO – World Health Organization; UNICEF – The United Nations Children's Fund. **Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality**. Geneva: WHO, 1996.