

da Nóbrega Marinho Torres Leite, Ana Cristina; Antunes Paes, Neir  
Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna  
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 16, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 705-714  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138045008>



## Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna

*Women's rights in Brazil: focus on maternal health*

*Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite*

Professora do Departamento de Fisioterapia/  
União de Ensino Superior de Campina Grande  
Rua Adiel Valdevino, 102  
58108-025 – Campina Grande – PB – Brasil  
anacrmn@hotmail.com

*Neir Antunes Paes*

Professor do Departamento de Estatística/  
Universidade Federal da Paraíba  
UFPB – Departamento de Estatística  
58051-910 – João Pessoa – PB – Brasil  
antunes@de.ufpb.br

Recebido para publicação em fevereiro de 2008.  
Aprovado para publicação em outubro de 2008.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega  
Marinho Torres; PAES, Neir Antunes.  
Direitos femininos no Brasil: um  
enfoque na saúde materna. *História,  
Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de  
Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009,  
p.705-714.

### Resumo

Aborda a trajetória dos direitos femininos em saúde no Brasil, do período pós-guerra até os dias atuais com foco na saúde materna, por meio de levantamento histórico das iniciativas mais amplas do poder público no âmbito da saúde da mulher e da implantação de ações voltadas para assistência à gravidez, ao parto e o puerpério, de estímulo à amamentação, e de medidas dirigidas às mulheres durante o período reprodutivo.

Palavras-chave: direitos; políticas de saúde; saúde da mulher; mortalidade; saúde materna.

### Abstract

*Focusing on maternal health care, the article explores the path of women's health rights in Brazil since World War II. It presents a historical survey of broader government initiatives in this arena and of the introduction of actions to provide prenatal, birth, and postpartum care, encourage breastfeeding, and establish measures aimed at women during their reproductive lives.*

*Keywords: rights; health policies; women's health; mortality; maternal health.*

**N**a atualidade, as pessoas estão cada vez mais conscientes de seus direitos de cidadãos. Cabe destacar, nessa afirmativa, que falar em direitos é remeter à ideia de conquista, visto que a luta por padrões melhores de vida melhor só veio a concretizar-se internacionalmente a partir do reconhecimento, em 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Mediante a adoção de inúmeros tratados internacionais voltados para a proteção de direitos fundamentais, o documento influenciou a legislação de vários países – o Brasil entre eles – a eliminar todas as formas de discriminação que pudessem comprometer os direitos humanos (Piovesan, 2006).

A Declaração de 1948 introduziu a concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade, o que influiu nos demais tratados e convenções internacionais de direitos humanos, compondo um sistema geral de proteção internacional, decorrente das aspirações do pós-guerra como resposta ao regime de terror imposto pelo nazismo durante a 2<sup>a</sup> Guerra Mundial (Bobbio, 1998).

Nessa perspectiva, no seminário Direitos Humanos: Rumo a uma Jurisprudência da Igualdade, Linhares (1998) esclarece que determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem resposta específica e diferenciada que ultrapasse o paradigma do homem ocidental, adulto, heterossexual e dono de um patrimônio e dê visibilidade a novos sujeitos de direitos. Nesse sistema, protegem-se a criança, as minorias étnicas, as mulheres e outros grupos sociais, no intuito de proclamar o princípio da liberdade e da igualdade entre homens e mulheres, como também lhes garantir direito a segurança, vestuário e habitação, bem como auxílio em situação de desemprego, viuvez, invalidez e doença. Observa-se, portanto, que, além de listar outros direitos, a declaração estabelece relação deles com o direito à saúde.

Sobre esse aspecto Lyda (1994) e Labra (1989) ressaltam que, no Brasil, com o término da 2<sup>a</sup> Guerra Mundial, ao se acelerarem a industrialização e o crescimento populacional, inúmeras tensões e pressões marcaram as relações do Estado com a sociedade civil, e, em face da superação de desigualdades marcantes, a mortalidade geral diminuiu, e a natalidade se manteve alta. Durante a década de 1960, entretanto, a taxa de crescimento populacional entrou em declínio no país (Carvalho, 1974), com aceleração da tendência decrescente da taxa de fecundidade total. O fenômeno ocorreu em todas as regiões, ainda que em diferentes proporções, e atingiu todas as camadas da população, expressando o uso de anticoncepcionais como pílula e DIU, então divulgados como instrumentos eficazes e imprescindíveis na redução do número de filhos por mulher no país (Wood, Carvalho, 1994).

O desenvolvimento de métodos anticoncepcionais nos anos 1960 e a divulgação de seu uso foram responsáveis, em parte, pela mudança na vida e no papel social da mulher, propiciando-lhe maior inserção no mercado de trabalho e liberdade sexual que ela ainda desconhecia. Logo, porém, as mulheres constataram que os métodos estavam cada vez mais sob controle médico e que sua oferta era limitada, precária e sem assistência adequada, comprometendo sua saúde (Labra, 1989).

Barsted e Hermann (2001) esclarecem que, para a mulher desempenhar suas atividades como trabalhadora extralar, seria necessário que ela desfrutasse do mais alto nível de saúde física e mental, incluindo planejamento familiar e programas de assistência à saúde reprodutiva. Essa problemática trouxe repercussões para as bases sociais e políticas e gerou, no

setor saúde, propostas mais abrangentes de atenção ao grupo materno-infantil (Lyda, 1994), sendo então implementadas ações públicas voltadas para maternidade e infância, o que aprofundou a preocupação com o acesso aos serviços de saúde.

Na saúde pública, essa assistência foi, por muito tempo, voltada para a puericultura, que, em seu desenvolvimento, manteve/introduziu tecnologias de controle da gestação, cuidado materno à criança, controle pré-nupcial da saúde, entre outras iniciativas, como parte da prática da rede de postos e centros de saúde e dos denominados clubes de mães. Somaram-se então investimentos estatais nacionais e recursos internacionais no reequipamento de instituições materno-infantis e na expansão de postos de puericultura, postos e centros de saúde pública, maternidades e serviços de pediatria públicos e privados (Canesqui, 1987).

A partir da década de 1970, a despeito da crise na Previdência Social, ocorreram demandas crescentes de atenção médica, valorizando-se investimentos na assistência básica à saúde com a utilização de tecnologias simplificadas. Mundialmente, o ideário da atenção primária à saúde, sob o marco da medicina comunitária, propunha medidas voltadas para a reorganização dos serviços visando à assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo, com destaque para a expansão e melhoria do primeiro nível tecnológico do setor. Assim, sob influência desses dois processos, o Ministério da Saúde reformulou as diretrizes gerais da assistência à saúde e também, em 1974/1975, a política nacional de saúde para o grupo materno-infantil, oficializando-a por meio do Programa Materno-Infantil (PMI) (Merhy, 1997).

Foram então formalizadas ações de assistência à gravidez, ao parto e puerpério, de estímulo à amamentação, bem como medidas para espaçamento entre as gestações, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos, consideradas parte dos grupos mais vulneráveis conforme critérios pautados no conceito de risco (Brasil, 1975). Um dos objetivos dessas ações era prevenir e tratar os agravos controláveis, por meio de tecnologias como imunização, suplementação alimentar e acompanhamento de problemas menos complexos do ponto de vista médico, como parasitos, anemias, infecções urinárias, hipertensão, visando, também, entre outros propósitos, à redução do número de óbitos maternos.

Nessa época, inúmeras clínicas e maternidades foram construídas no Brasil, aumentando o número de leitos públicos e privados reservados ao cuidado de problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. O trabalho das parteiras/obstetras foi praticamente substituído pelo de profissionais especializados, sobretudo médicos obstetras (Canesqui, 1987). Além de tratar da saúde da mulher, esses profissionais tinham o dever de estimular a amamentação, relegada a segundo plano com o processo de industrialização, que trouxe como consequência, com a popularização do uso de leite em pó no aleitamento, altas taxas de mortalidade infantil que associavam diarreia, desnutrição e desmame precoce (Vinagre, Diniz, Vaz, 2001; Almeida, 1999; Roy, 1999).

Dante dessa situação, o Ministério da Saúde criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), com a finalidade de operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, prevenção de gestações futuras, quando indicada, e de diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade (Brasil, 1978). Em 1980 surgiu o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira,

com articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em rede única, hierarquizada e regionalizada. Previa o estabelecimento de amplo programa materno-infantil: ações referentes aos intervalos entre os nascimentos dos filhos, informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e revisão da legislação sobre a fecundidade (Canesqui, 1987).

Nessa mesma época, alguns profissionais médicos envolvidos na experiência do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) discutiam o tipo de atenção melhor e mais adequado para a clientela que procurava os serviços oferecidos pela Universidade nessa área (Osis, 1994). Aos poucos, foi-se evidenciando a preocupação de “oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade de o médico se preocupar com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas” (p.48).

Segundo Osis (1994), em meados da década de 1980 observava-se, no cenário nacional, crescente sentimento de democratização do país, com a organização de movimentos sociais, entre eles o feminista. A questão da sexualidade feminina passou a ser colocada em outros termos, deslocando-se o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva e como um direito das mulheres. A partir dessas discussões, grupos organizados de mulheres procuraram conhecer o modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), com o objetivo de transformá-lo em programa nacional. Insistiam, porém, no fato de que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse componentes de educação sexual e de saúde (Brasil, 1984). Reivindicavam o direito à procriação, sexualidade e saúde, e ao planejamento familiar, à discriminação do aborto, à democratização da educação para a saúde e outras medidas pertinentes à esfera da saúde pública (e não do ato médico).

O interesse pelo tema ‘saúde da mulher’ cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, sanitaristas, psicólogas e sociólogas representantes dos grupos de mulheres, demógrafos, pesquisadores universitários e profissionais da saúde iniciaram, em 1983, parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, o que resultou, por parte do Estado, em resposta às reivindicações, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), oficializado pelo Ministério em 1984 (Mandú, 2002).

O PAISM tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher, ao contemplar saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de câncer cervicouterino e de mamas e questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis (Galvão, 1999). Posteriormente foram sugeridas ações referentes à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade, pois até então a política governamental de assistência à saúde das mulheres restringia-se a ações referentes a pré-natal, parto e puerpério. Nesse sentido, foi também pioneiro no cenário mundial (Ravindran, 1995), ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres em lugar de práticas isoladas de planejamento familiar. Embora sua proposta original não explice a expressão ‘saúde reprodutiva’, só conhecida internacionalmente no final dos anos 1980, sua concepção de atenção integral à saúde inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Consequentemente, a

adoção do PAISM representou, sem dúvida, passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (Galvão, 1999).

Galvão (1999) aponta que as publicações recentes sugerem que o PAISM, apesar dos esforços, não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, demonstrando importante distanciamento entre o conceito e a prática. Há, porém, que avaliar, nesse contexto, a dificuldade de incorporar novos conceitos, o que ocorreu devido a múltiplos fatores, entre eles os de ordem política, econômica, cultural e social que permeiam o país.

Simultaneamente ao PAISM, foram criados os Comitês de Mortalidade Materna (CMM), segundo a literatura, como mecanismo ou estratégia de estudo pertinente ao campo da epidemiologia, tendo em sua metodologia de trabalho paradigmas próprios dessa área. A complexidade de um sistema de vigilância epidemiológica de mortalidade materna e sua necessária articulação com o sistema de saúde levaram ao reconhecimento de que seu 'desenho' é conformado de acordo com as especificidades de cada país e os recursos disponíveis para a saúde materna (OPS, OMS, CDC, 1992; Rajs, 1992). Entretanto alguns parâmetros e definições foram consignados pela Organização Pan-Americana da Saúde, de modo a favorecer a comparabilidade dos dados e aperfeiçoar os sistemas existentes.

Dessa maneira, a concepção do sistema de vigilância do óbito materno estabeleceu processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e difusão de dados relacionados com identificação, notificação, medição, determinação de causa e prevenção de mortes maternas, com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas. Tal sistema de vigilância é um componente do sistema de informação de saúde (OPS, OMC, CDC, 1992). Os Comitês são vistos, portanto, como parte integrante da estrutura do sistema de vigilância, assinalando-se o caráter técnico dessa inserção com funções correspondentes àquelas do sistema.

A definição de CMM adotada no Brasil segue esses mesmos princípios: trata-se de instâncias interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a redução dessa mortalidade na região de sua abrangência. Constituem também importante instrumento de avaliação permanente da atenção materna, derivando daí suas funções de investigação, avaliação, informação e educação, além das normativa e mobilizadora (Brasil, 1994b).

A criação dos CCM representou avanço para a saúde, expresso em medidas de prevenção e controle da morte materna (Mandú, 2002). A mortalidade materna como parte da questão dos direitos femininos ganhou prioridade também na Constituição de 1988, representando conquista inestimável no campo do reconhecimento de direitos e da igualdade dos cidadãos. Em vários artigos estão garantidas prerrogativas que, até hoje, não foram plenamente concretizadas, apesar de insculpidas na Carta Magna (Osis, 1998). Uma das primeiras garantias está expressa no artigo 6, que consagra os direitos sociais: "a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" (Merhy, 1997). Quanto ao trabalho, são garantidas a licença à gestante e a proteção do mercado de trabalho feminino. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios têm como competência comum (artigo 23) cuidar da saúde e assistência pública; proporcionar meios de acesso à cultura, à educação e

à ciência; promover programas de construção de moradias e melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos.

Mundialmente, contribuições de grupos feministas, de mulheres, de acadêmicas/cientistas e de organismos governamentais e não governamentais estimulavam e incrementavam o processo nacional. Em 1975, na 1<sup>a</sup> Conferência Internacional da Mulher, realizada na Cidade do México, a ONU recomendou aos países-membros medidas para a eliminação das desigualdades entre homens e mulheres e para a conquista da paz mundial. Em 1984, em Amsterdã, no Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, definiram-se estratégias políticas de internacionalização da luta por sua ampliação, criticando-se posturas restritas a perspectivas controlistas em torno da concepção. Em 1985, na 2<sup>a</sup> Conferência Internacional da Mulher, realizada em Copenhague, acrescentaram-se, às recomendações da primeira dessas conferências, linhas de atuação especificamente voltadas para saúde, educação e trabalho feminino (Valéry, 1996).

A partir de 1988, o Ministério da Saúde implantou, por meio de portarias ministeriais, um conjunto de ações que constituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujas características principais são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, com objetivo principal de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (Brasil, 2000). Essas medidas despertaram polêmicas e mobilizaram defensores e opositores nos diversos segmentos envolvidos, dentro e fora das instituições de assistência ao parto no Brasil. No auge dessas discussões ocorreu a Convenção Sobre os Direitos da Criança, de 1989, que também estabeleceu o compromisso dos Estados-partes em relação à maternidade, nos dispositivos que obrigam os países a “assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal” e a “assegurar que todos os setores da sociedade, em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação (Unicef, 1995).

De acordo com Galvão (1999), para garantir à mulher serviços apropriados quanto à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, o governo brasileiro esteve presente as seguintes conferências internacionais:

- Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, Nairóbi, 1987: colocou em pauta a morte de mulheres por complicações de gravidez, parto e puerpério, e sua importância foi chamar a atenção para a gravidade do fato em âmbito mundial. Na ocasião, firmou-se a decisão de reduzir em 50%, até o ano 2000, o número de mortes maternas existentes em 1985.
- 23<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana, 1990: no evento, o Brasil comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna em 50% no decorrer da década, conforme o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna, da OPS.
- Cúpula Mundial em Favor da Criança, 1991: determinou a redução das causas da mortalidade materna e infantil e estabeleceu metas para cumprimento pelos estados.

- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994: seu plano de ação, adotado pelo Brasil, não considera causa da pobreza o aumento da população, rejeitando as práticas de controle da natalidade, reafirmando o direito à liberdade e aos direitos humanos no exercício da sexualidade, concepção e anticoncepção. Em decorrência, criou-se a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, no Ministério do Planejamento.
- 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing, 1995: uma de suas principais preocupações foi a desigualdade em matéria de atenção à saúde e serviços afins. Destacou amplamente os temas relativos à saúde feminina e declarou o direito da mulher de desfrutar o mais elevado nível de saúde, que não se resume à ausência de enfermidades, mas significa o estado de bem-estar emocional, social e físico, para o qual contribuem fatores biológicos, sociais, políticos e econômicos e cujo atingimento demanda imprescindivelmente igualdade entre homens e mulheres de todo o mundo.

Na última década do século XX, foram criados em vários municípios brasileiros o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (1991) e o Programa Saúde da Família (1994), cujas atividades intencionavam articular as várias ações estratégicas por parte das equipes de saúde, incluindo o cuidado relativo à reprodução e sexualidade nas diferentes fases etárias, visando à universalização do acesso e à garantia da integralidade assistencial (Brasil, 1994a; Levy, Matos, Tomita, 2004).

Em 1999 o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Nacional Galba de Araújo, com o objetivo de estimular e destacar estabelecimentos de saúde com atendimento humanizado às mulheres brasileiras e a seus filhos durante a gestação, o parto e o pós-parto (Brasil, 1999). Prestou-se, dessa forma, homenagem ao doutor Galba de Araújo, médico reconhecido por seu trabalho na luta incansável pelo parto natural e, junto com as parteiras em comunidades pobres, pela melhora da qualidade do parto domiciliar, unindo seus conhecimentos técnicos e científicos aos da população.

Na mesma época, organizações internacionais iniciaram movimento pela reavaliação das políticas internacionais, propondo maior integração entre os programas de planejamento familiar e de saúde da mulher e criando situação propícia para o aumento da renda *per capita* da população, além de favorecer a melhoria da qualidade de vida e da educação, diante da confirmação, por alguns estudos, de que as mulheres mais acometidas pela morte materna pertencem aos grupos menos favorecidos (Martins, 2006; Galvão, 1999). Tal situação revela que, vários anos após o reconhecimento da Declaração dos Direitos Humanos, as populações com necessidades diferenciadas continuam sofrendo com o caos na saúde, sobretudo quando se trata de saúde materna, posto que a morte de uma mulher no período gravídico-puerperal é uma tragédia para toda a família e sociedade.

Diante dessa realidade, o Brasil criou o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, entendido como movimento político segundo o qual o Brasil e mais 190 países se comprometeram a melhorar a saúde materna, sendo esse um dos principais objetivos de desenvolvimento do milênio propostos pela ONU, bem como a quinta meta do milênio: “Reducir em, no mínimo, 1/3 a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em 3/4, até 2015” (Brasil, 2004b).

Sabendo-se que os dados referentes a óbitos maternos são dos mais problemáticos nos estudos da mortalidade, o Brasil precisava encarar essa situação e investir em pesquisas mais conclusivas sobre sua realidade. A esse respeito, Ruy Laurenti e outros pesquisadores observaram a mortalidade de mulheres de dez a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Seus resultados para o primeiro semestre de 2002, divulgados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), determinaram, entre outros aspectos, o coeficiente de morte materna (CMM) para o conjunto das capitais brasileiras de 38,9 por 100.000nv, ainda que se apontem diferenças regionais.

É importante ressaltar que, embora a qualidade da cobertura do registro dos óbitos venha aumentando no Brasil – tendo o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) estabelecido a meta de 85% em 2002 –, a subenumeração ainda é relevante, sendo muitos os dados que não conseguem ser captados pelos sistemas de informação de mortalidade do país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Admitindo-se que o erro, por parte dos médicos, na declaração da causa de óbito materno se tenha mantido constante e sabendo-se que a cobertura do registro de óbitos tem aumentado, cabe considerar que a mortalidade materna no Brasil está declinando, apesar de se manter elevada em relação a de países mais avançados (WHO, Unicef, UNFPA, 2004).

Ao longo de anos, pesquisadores e profissionais da área de saúde privilegiaram a busca de solução para a questão da subenumeração dos óbitos maternos. Sem desmerecer a importância das estatísticas, enfatiza-se que a saúde materna em si carece de mais atenção, pois quando a saúde da mulher é comprometida durante o ciclo gravídico-puerperal, mãe e filho estão expostos à mesma realidade dicotômica: vida ou morte.

Agressões e maus-tratos são também causas de mortes de mulheres. Diante dos inúmeros casos ocorridos nos últimos anos, o governo implementou, em 2006, outra importante iniciativa a favor da saúde da mulher, a lei 11.340/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, que tipifica as agressões contra mulheres como crimes, com suas respectivas penalizações legais. Sua efetividade, entretanto, não é garantida, posto que a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, que promove a definição de programas através das conferências participativas, dispõe de recursos insuficientes para cumprir sua missão, embora seja reconhecida como eficaz na aplicação de seu orçamento (Brasil, 2007a).

Ainda em 2006, foi lançado o manual *Anticoncepção de emergência*, que visa orientar os profissionais para a mudança na qualidade da atenção prestada a mulheres em situação de violência (Brasil, 2005). Essa iniciativa também fez parte do Plano de Ação 2004-2007, cujo objetivo geral é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso a meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro (Brasil, 2004a; Brasil, 2007b).

Diante do exposto, cabe então a pergunta: se os direitos femininos em saúde estão garantidos por lei, por que as mulheres ainda convivem com precárias condições de saúde e resquícios de discriminação? A indagação tem alvo ampliado, pois espera-se que a garantia do direito à vida e à saúde não seja responsabilidade exclusiva do governo, e, embora lhe caiba garantir o acesso a serviços qualificados, esse compromisso deverá também se estender a cada um dos brasileiros.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, João Aprígio Guerra. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999.
- BARSTED, Leila Linhares; HERMANN, Jacqueline (Coord.). *As mulheres e os direitos humanos: traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero.* Rio de Janeiro: Cepia. 2001.
- BOBBIO, Norberto. *Era dos direitos.* Trad., Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus. 1988.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados/Coordenação de Publicações. 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.* Brasília. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm> Acesso em: 16 nov. 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna:* relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Anticoncepção de emergência:* perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:* plano de ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo técnico da política nacional de humanização.* Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento:* informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a organização da atenção básica.* Brasília: Ministério da Saúde. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família.* Brasília: Ministério da Saúde. 1994a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna.* Brasília: Departamento de Programas de Saúde/Coordenação Materno-Infantil/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. 1994b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco:* normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Ministério da Saúde. 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. *Programa de Saúde Materno-Infantil.* Brasília: Ministério da Saúde. 1975.
- CANESQUI, Ana Maria. *Assistência médica e a saúde e reprodução humana.* Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp. 1987.
- CARVALHO, José Alberto Magno. *Tendências regionais de mortalidade e fecundidade no Brasil.* Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG. 1974.
- GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.* São Paulo: Hucitec. 1999.
- LABRA, Maria Eliana. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil.* Petrópolis:Vozes. 1989.
- LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203. 2004.

- LINHARES, Leila. As Conferências das Nações Unidas influenciando a mudança legislativa e as decisões do Poder Judiciário. Trabalho apresentado no seminário Direitos Humanos: Rumo a uma Jurisprudência da Igualdade, 14-17 maio 1998. Belo Horizonte. 1998.
- LYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: Unesp. 1994.
- MANDÚ, Edir Neir Teixeira. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.358-371. 2002.
- MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2473-2479. 2006.
- MERHY, Emerson Elias. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec. p.71-112. 1997.
- OPS; OMS; CDC. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Centers for Disease Control and Prevention. *Reducción de la morbilidad y mortalidad maternas en las Américas: guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Washington DC: OPS; Genebra: OMS; Atlanta: CDC. 1992.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.25-32. 1998.
- OSIS, Maria José Martins. *Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1994.
- PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. São Paulo: Saraiva. 2006.
- RAJS, Danuta. *Propuestas para el diseño y para implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en los países de las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1992.
- RAVINDRAN, Sundari. Women's health policies: organising for change. *Reproductive Health Matters*, London, v.3, n.6, p.7-11. 1995.
- ROY, Lise. *O modo de ser mulher trabalhadora na reestruturação produtiva*. Campinas: Alínea. 1999.
- VÁLERY, Françoise Dominique. À la croisée des chemins: mulher e cidadania na nova ordem social. In: Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa (Ed.). *Mulher e cidadania na nova ordem social*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero/USP. p.27-42. 1996.
- VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna Maria Albuquerque; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatria*, São Paulo, v.23, n.4, p.340-345. 2001.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para Infância. *Situação mundial da infância*. Brasília: Unicef. 1995.
- WHO; UNICEF; UNFPA. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genebra: World Health Organization. 2004.
- WOOD, Charles H; CARVALHO, José Alberto Magno. *A demografia da desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA. (Série PNDE, 27). 1994.

