



Evolução histórica nas políticas de saúde da mulher e da criança a nível nacional

Jessica Galvan¹
Natália Galvão
Camila Zanesco

RESUMO: A busca atual por melhorias no que tange à saúde da mulher e da criança têm suas raízes na luta histórica pela garantia dos direitos a esta parcela da população, através do traçado evolutivo das políticas de saúde. Objetivos: estabelecer o desenvolvimento cronológico da saúde da mulher e da criança no cenário brasileiro desde sua origem até o presente século. Metodologia: O levantamento bibliográfico foi realizado através da busca nas bases de dados através dos descritores: saúde da mulher; saúde da criança e políticas públicas. Resultados: A evolução histórica das políticas de saúde da mulher e da criança possibilitou a construção do arcabouço jurídico que é atualmente vigente no País. A discussão sobre o tema permitiu que ao longo do tempo novas diretrizes fossem estabelecidas e assim houvesse o melhoramento das políticas públicas de saúde, e que ainda necessitam de melhorias. Conclusão: A transição das políticas de saúde da mulher e da criança foi permitida através de inúmeros esforços, tendo na participação social uma ferramenta de grande valia para a conquista da democratização dos direitos à esta parcela da população. Desta forma, o esforço conjunto do poder público aliado ao da população possibilita que haja a manutenção da integralidade nas esferas que tangem à saúde pública.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Saúde da criança; Políticas públicas; Evolução histórica.

Introdução

Historicamente a saúde das mulheres e das crianças nunca foi de grande importância para os governantes. A criança era vista como um pequeno adulto, onde esta não era de grande valia, visto que sua expectativa média de vida na época era de 14 anos. As crianças eram consideradas adultas a partir dos 7 anos de idade e já poderiam realizar trabalhos idênticos aos dos adultos.¹

Nos séculos correspondentes à Idade Média, as crianças com algum problema de saúde eram abandonadas por seus pais, pois não existiam tratamentos médicos para os mais pobres na época, devido a isso os índices de infanticídios eram altos. Após algum tempo a Igreja começa um trabalho filantrópico que atendia e cuidava dos enfermos.²

¹ Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. E-mail: gn_natalia@hotmail.com



Nesse período as mulheres recebiam apenas tratamentos relacionados à gestação, e no parto eram assistidas por parteiras inexperientes em locais com péssimas condições de higiene, o que favorecia os altos índices de mortalidade materno-infantil da época.¹

As questões envoltas a saúde da mulher emergiram nos anos iniciais do século XX, porém naquela época as únicas preocupações das propostas condiziam a gestação e ao parto; e assim continuaram por vários anos, a importância da mulher tinha ligação exclusiva com a reprodução, cuidado e responsabilidade pela casa.³

Diante dessa perspectiva histórica, o presente trabalho tem o objetivo de estabelecer o desenvolvimento cronológico da saúde da mulher e da criança no cenário brasileiro desde sua origem até o presente século.

Metodologia

Foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando plataformas de buscas como o SciELO, foram utilizados os seguintes termos para as buscas: saúde da mulher, saúde da criança e políticas públicas. A busca levou aos materiais que foram utilizados para a composição teórica do estudo.

Saúde da mulher

Em meados da década de 50, no Brasil as ações de saúde eram influenciadas pelos Estados de Bem-Estar (*Welfare States*), modelo europeu que priorizava grupos vulneráveis, voltado no país para tornar as mulheres melhores mães. Considerando os anos 70 os planejamentos contemplavam a equidade, nesse período ocorreram a Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e Plano da Década da Mulher (1976 – 1985), em busca da autonomia política e econômica da mulher. Com influência de grupos nacionais e internacionais foi lançado em 1975 o programa materno-infantil, o qual abrangia questões gerais em torno de proteção e assistência materno-infantil envolvendo o período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério, o qual perdeu força rapidamente devido principalmente as suas características fragmentadas e verticais.²

Na década de 80 a influência dos movimentos feministas (movimento das mulheres) conseguem adicionar questões além do ciclo gravídico puerperal ao cuidado na saúde da mulher, e em 1984 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM contemplava ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e



recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras.⁴

Com o passar dos anos no início do século XXI (2003), foram apontadas brechas descobertas, necessitando de planejamentos e ações que envolvessem mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, além de instigar a participação do público nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.⁵

Eis que em 28 de maio de 2004, o Ministério da Saúde propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento; A partir de dados epidemiológicos e lutas de diversas organizações e segmentos sociais, são apresentados os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.³

Saúde da criança

A criança inserida no contexto da sociedade ocupou diferentes papéis de acordo com a época vivenciada. No Brasil no período colonial a criança era tratada como um adulto, sendo considerada como instrumento para a família e submetida aos serviços que requeriam força e ao poder paterno; As condições sanitárias e sociais as quais eram submetidas tendiam ao adoecimento das crianças.²

A saúde da criança só começou a ter maior enfoque na década de 20, quando dependente do trabalhador recebia atendimento médico, visando diminuir as faltas ao serviço devido ao adoecimento dos filhos. Entre as décadas de 30 e 40 iniciaram programas de proteção à maternidade, à criança e ao adolescente submetidos ao Departamento de Nacional da Criança (DNCr), sendo estas ações de caráter curativo e individualizado, procurando diminuir o absenteísmo das mães no trabalho.¹

Durante um longo período o Ministério da Educação e Ministério da Saúde (MS), realizavam ações e estratégias para a saúde da criança de forma interligados, em 1953 ocorreu a separação dos dois ministérios, e o MS passou a desenvolver as atividades do DNCr. Em 1973 houve a criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil, responsável pelo planejamento, organização, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, à criança e ao adolescente. Nesse período a Mortalidade Infantil encontrava-se em alta, decorrente da assistência pontual as doenças agudas, evidenciando a falha nas ações existentes.^{1,5}



Na década de 1970 foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de redução da morbimortalidade infantil e materna, aplicando ações de caráter preventivo. Tendo em vista a necessidade do acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento da criança, o MS na década de 1980, elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) que estabeleceu cinco ações básicas para o atendimento às crianças: aleitamento materno, estratégias para controle de afecções respiratórias agudas, imunização básica, controle de doenças diarreicas e acompanhamento profissional do crescimento e desenvolvimento infantil.⁵

Procurando desvincular a saúde da criança com a materna, em 1984 foi implantado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), com estratégias para enfrentamento às adversidades de saúde da população infantil. Após, em 1990, foi aprovado a Lei nº 8.069 que discorre sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).^{1,5}

Em 1991 foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal, esta estratégia reorganizou o atendimento, promovendo melhorias a assistência. Com o intuito de garantir o direito da criança à assistência humanizada e com o objetivo de incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, em 1995, o MS lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).¹

Levando em consideração o alto número de nascimentos e óbitos de crianças com baixo peso e prematuras, o MS lançou em 2000 a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru e também o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. No ano de 2004 o MS lança a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, onde propôs linhas de cuidados permitindo a construção da assistência integral à criança.¹

A Rede Amamenta Brasil foi adotada no ano de 2008, como estratégia para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. E por fim em 2011 é implantada pelo MS a Rede Cegonha, que é uma rede cuidados que garante assistência de qualidade as mulheres em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir às crianças cuidado integral no nascimento, crescimento e desenvolvimento.¹



Lei Maria da Penha

A Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) é uma conquista marcante dos movimentos feministas, visa a erradicação, prevenção e punição da violência contra a mulher. Na lei a violência doméstica é claramente apontada como uma forma de violação dos direitos humanos; sendo que altera o Código Penal, possibilitando que os agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada, em situações que de risco a integridade física feminina. Adiante abrange medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, um exemplo é o afastamento do agressor do domicílio, a proibição da aproximação física da mulher agredida e dos filhos.⁶

Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA

Na atualidade a realidade das crianças e adolescentes brasileiras mudou, possuindo como respaldo de proteção uma série de regras e leis estabelecidas pela nossa legislação. Foram anos de discussões onde se concluiu de que a infância e a adolescência devem ser protegidas por toda a sociedade das diferentes formas de violência, além de responsabilizar a todos por garantir o desenvolvimento integral desses indivíduos.⁷

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 é considerado um marco na proteção da infância e tem como base a doutrina de proteção integral, reforçando a ideia de “prioridade absoluta” da Constituição.⁸

A partir do ECA são abordadas questões como: os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes; as sanções, quando há o cometimento de ato infracional; quais órgãos devem prestar assistência; e a tipificação de crimes contra criança. Essa proteção integral definida em referida lei, é uma tarefa que só pode ser realizada por um time articulado de ações, instituições, políticas e recursos que busquem com absoluta prioridade a garantia dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à liberdade, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.⁹

Iniciativa hospital amigo da criança – IHAC

São certificadas instituições públicas e privadas desde 1992 através do ministério da saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir do cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno.



A IHAC é uma ação que visa estimular a prática do aleitamento materno, bem como sua frequência e duração, e nos últimos anos tem contribuído significativamente para melhoria da saúde e redução de mortalidade das crianças brasileiras, é responsável pela redução de 13% das mortes evitáveis em crianças menores de 5 anos no mundo, e tem ligação direta com a redução futura de doenças crônicas, além de consistir em fator de proteção para a mãe (contra o câncer de mama, de ovário e diabetes tipo II); bem como promover a saúde física e mental da criança e da mãe, estreitando o vínculo entre eles.¹⁰

Considerando os profissionais e gestores atuantes, já se têm evidências de que os cursos realizados em prol da IHAC contribuem para a mudança das práticas hospitalares e melhoram o conhecimento em relação ao aleitamento materno, motivação.¹⁰

Conclusões

Acompanhamos uma transição nas políticas de atenção a estes dois públicos, onde houve um melhoramento significativo, com ampliação da abrangência e redução de mortalidade, evidenciando a necessidade e possibilidade de melhora e de transformação da realidade atual.

Um dos maiores desafios em relação a estratégias com abordagem na área da saúde diz respeito à participação social, a partir da efetivação da mesma, onde as reais necessidades são mais facilmente identificadas e as ações planejadas a partir da realidade local.

A busca pela democratização do sistema de atenção à saúde da mulher e da criança exige que haja um esforço conjunto sustentado pelo poder público em parceria com a população, onde sejam concentrados os objetivos de tal forma que garantam a assistência adequada a esta parcela da população e desta maneira propiciem que os avanços nesta temática continuem seguindo um curso ascendente.

Referências

1. ARAÚJO, J.P.; ET AL. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. RevBrasEnferm, v.67, n.6, p.1000-7, Nov-dez 2014.
2. WIECZORKIEWICZ, A.M.; MILANI, M.L. Um breve histórico das políticas públicas sociais brasileiras e seus programas, direcionados à saúde da criança. Saúde Meio Ambient. v. 2, n. 2, p. 107-116, dez. 2013.



3. GARCIA, P. T., et al. Saúde da mulher. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013. 33p UNASUS.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde).
6. BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Lei Maria da Penha- 10 anos. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/lei-maria-da-penha>> Acessado em: 07/07/2017.
7. EDUARDO, L. de P.; EGRY, E. Y. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre a sua prática. RevEscEnfer USP, vol. 44, n1, p.18-24, 2010.
8. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Estatuto da Criança e do Adolescente. 12 ed. Brasília, 2014.
9. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Falando sério sobre a escuta de crianças e adolescentes envolvidos em situação de violência e a rede de proteção. 1º edição. Brasília: 2009.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Iniciativa hospital amigo da criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, janeiro de 2011.