

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: DISCUTINDO OS DESAFIOS DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Data de submissão: 17/03/2023

Data de aceite: 02/05/2023

Keyla Dias Canzian

Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória/Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/4996882643152911>

Isadora Pirschner Lopes

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória/Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/2482013644864185>
ORCID: 0009-0001-2796-8906

Luciana Carrupt Machado Sogame

Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)
Vitória/Espírito Santo
<http://lattes.cnpq.br/0690734942606200>
ORCID: 0000-0001-6913-5497

mulher. Em vista disso, objetiva-se analisar informações acerca dessas políticas na saúde da população em questão. Após revisão da literatura nas bibliotecas virtuais como Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) verificou-se que é explícito a negligência com a saúde materna nas primeiras políticas executadas, que só após ações do movimento feminista, determinaram a importância da assistência à mulher como sujeito de direito. Este fato contribuiu para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Conclui-se, desse modo, que as primeiras políticas públicas contribuíram para a diminuição da mortalidade infantil e materna, entretanto, apenas após implementação da PNAISM as mulheres passam a ser assistidas nos demais ciclos de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde. Mulher. Saúde Materno-Infantil.

NATIONAL POLICY FOR INTEGRAL ATTENTION TO WOMEN'S HEALTH: DISCUSSING THE CHALLENGES OF WOMEN'S HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: Access to quality maternal and child health services has been achieved

RESUMO: O acesso a serviços de qualidade no âmbito da saúde materno-infantil foi alcançado mediante a implementação de Políticas Públicas que efetivaram os direitos constitucionais e infraconstitucionais da

through the implementation of public policies that give effect to women's constitutional and infra-constitutional rights. Therefore, this study aimed to analyze information about these policies on the health of the population in question. After reviewing the literature in virtual libraries such as Scielo and Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), it was verified that it is explicit the negligence with maternal health in the first policies executed, which only after actions of the feminist movement, determined the importance of assistance to the woman as a subject of right. This fact contributed to the implementation of the National Policy of Integral Attention to Women's Health (PNAISM). It is concluded, therefore, that the first public policies contributed to the reduction of infant and maternal mortality, however, only after the implementation of the PNAISM women started to be assisted in the other life cycles.

KEYWORDS: Health Policy. Women. Maternal and Child Health.

1 | INTRODUÇÃO

As primeiras políticas públicas voltadas para saúde da mulher eram voltadas apenas para a saúde infantil e as mulheres não eram vistas como uma meta a ser alcançada. Graças ao movimento feminista, foi possível ganhar mais espaço em relação aos direitos das mulheres, que passaram a ser atendidas em outros períodos de vida, e não apenas na fase reprodutiva (SOUTO, 2008; SOUTO, MOREIRA, 2021). O cuidado com a saúde da mulher começou a ser melhor identificado a partir de 1975 com a elaboração do Programa Nacional Saúde Materno-Infantil, seguido da implementação da Assistência Integral à Saúde da Mulher, e por fim com o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2000a). Entretanto, sob a influência do Movimento de Reforma Sanitária, em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir do diagnóstico epidemiológico da situação da saúde mulher no Brasil naquela época, e contou com a participação das várias instâncias de controle social (BRASIL, 2004).

O presente capítulo pretende analisar informações acerca das políticas públicas na saúde da mulher. Para atingir essa finalidade, o capítulo é dividido em duas partes. Primeiramente, discute-se o processo histórico das políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil, de maneira a ressaltar as suas origens e evoluções ao longo dos anos, e os antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada no ano de 2004, pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, analisa-se a citada Política, buscando compreender o contexto do seu surgimento, seus objetivos e principais previsões. Para tanto realizou-se uma revisão da literatura utilizando-se bibliotecas virtuais como *Scielo* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como *site* do Ministério da saúde, no período entre 1988 e 2022.

2 | BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada no

ano de 2004 pelo Ministério da Saúde, em parceria com setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do Sistema Único de Saúde e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004).

Até a sua efetiva implementação, foi necessário passar por diversas fases de desenvolvimento. De acordo com Souto e Moreira (2021), os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram no ano de 1984, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), responsável por romper com o termo “materno-infantil”, até então orientador das ações de saúde da mulher, passando a utilizar o termo “integralidade”. De acordo com os autores, ainda, modificou-se a estrutura do Ministério da Saúde, em que a “área técnica materno-infantil” tornou-se “área técnica de saúde da mulher”.

Isso porque, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, em que os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 refletiam uma visão restrita a respeito da mulher, baseada em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Essas políticas refletiam o papel que a mulher ocupava na sociedade até então, tendo em vista que a elas foram atribuídas funções próprias do domínio privado, e permitiu aos homens o envolvimento com assuntos políticos e econômicos, próprios do domínio público (COELHO; BAPTISTA, 2009). Além disso, o corpo feminino era um lócus privilegiado de instrumentação de sua opressão e submissão e, portanto, as dimensões associadas ao cuidado com a saúde da mulher encontravam-se expressas nas intervenções voltadas para exercer as funções de mãe e de reprodutora (SOUTO, 2008).

Nessa época, nos programas materno-infantis, preconizava-se ações verticalizadas, isto é, que suprimiam a integração com outros programas propostos pelo Governo Federal, como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, principalmente, nos casos de crianças e gestantes. Essa desarmonia, foi duramente criticada pelo movimento feminista, em decorrência da privação da assistência à saúde na maior parte da vida da mulher, pois, o acesso ao cuidado se dava apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004).

Com o evento da industrialização e do capitalismo, a inserção da mulher no mercado de trabalho, e na sociedade, acarretaram consequências na visibilidade da opressão da mulher e nas desigualdades vivenciadas (SOUTO; MOREIRA, 2021). Em decorrência disso, a saúde da população feminina foi afetada diretamente, o que exigiu ações e políticas aptas a proporcionar a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida, na condição de sujeitos de direito, com necessidades e peculiaridades que vão muito além do momento

da gestação e parto (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o movimento feminista reivindicou por espaços e direitos que, culturalmente, pertencia aos homens. Nos anos de 1980, assumiu aos seus pleitos caráter político e proporcionou diálogos entre o Estado e a sociedade, em especial, após o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do País; conquistaram o direito ao voto, direitos sexuais e direitos reprodutivos – viver a sexualidade sem a obrigatoriedade da reprodução (SOUTO; MOREIRA, 2021). Nesse momento, as lutas feministas passaram a ser orientadas por igualdade nas leis e por políticas públicas que contemplassem as relações de gênero, as desigualdades nas relações de trabalho e o direito à saúde. O movimento foi protagonista na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, tanto em sua formulação quanto na sua reorganização institucional e implementação (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Dessa maneira, o Programa previa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, em planejamento familiar, nas doenças sexualmente transmissíveis, no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Considerando o grande avanço que o Programa representou para os direitos das mulheres no cenário da saúde, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros e trabalhadoras de serviços de saúde, com a finalidade de materializar o programa em outras regiões do país, reuniram-se em outubro de 1984 no I Encontro de Saúde da Mulher e construíram a Carta de Itapecerica. Nessa carta, estavam contidos os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, viriam a se tornar bases constitucionais do SUS (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Assim, o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, em um período em que, paralelamente, se concebia o arcabouço conceitual que serviria como base para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Importante mencionar que, no seu período inicial, entre os anos de 1984 e 1989, o SUS ainda não havia sido implantado, motivo pelo qual os programas eram verticais e o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa, enfrentou o desafio de conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária, sob a configuração de um Estado Mínimo defendido na época (SOUTO, 2008).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde adquiriu novos contornos no país. A Constituição prevê, de maneira expressa, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário

às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Além disso, considera que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado por meio da constituição federal do Brasil em seu art. 200 e regulamentado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências (BRASIL, 1988, 1990 e 2012). Incluem-se no campo de atuação do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, entre inúmeras outras atribuições previstas no rol extenso do art. 6º da Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

Na década de 1990, com a implantação e regulamentação do SUS, o PAISM ganhou força, nada obstante as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde materna (SOUTO, 2008). Apesar do avanço significativo e histórico, no entanto, o PAISM apresentou lacunas em assuntos que vieram a ser supridos com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no ano de 2004, discutida de maneira mais aprofundada no tópico que se segue.

Um importante avanço alcançado no âmbito da saúde da mulher foi a edição da Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal Portaria considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania, bem como a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2000a).

Além disso, no mesmo ano, houve a regulamentação, pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, que busca a atenção à saúde centrada na humanização da assistência ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, um modelo de baixo custo e benéfico para o desenvolvimento psicoafetivo de bebês prematuros, que objetiva estabelecer maior apego entre a mãe a criança, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança, inclusive, quanto ao manuseio e enfatizar o relacionamento familiar, com base no princípio de cidadania da família (BRASIL, 2000b).

Entre a população atendida por esse método, tem-se as gestantes em situações clínicas ou obstétricas de maior risco para o nascimento de crianças de baixo peso, o que inclui diretamente a saúde da mulher (BRASIL, 2000b). Dessa maneira, é possível sintetizar os antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(tabela 1), com a finalidade de visualizar, de maneira cronológica, a evolução das políticas e ações de atenção à mulher no Brasil.

Política/Programa	Período	Previsões e características
Programas materno-infantis	Décadas de 30, 50 e 70	Refletiam uma visão restrita a respeito da mulher, baseada em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	1984	Incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Previu 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, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.
Carta de Itapeperica (I Encontro de Saúde da Mulher)	1984	Previu os conceitos de integralidade, equidade e participação social, visando materializar o PAISM e conferir direção às propostas.
Constituição da República Federativa do Brasil	1988	Implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde.
Portaria nº 569	2000	Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS assegurando, entre outros direitos, o direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.
Portaria nº 693	2000	Regulamentação da Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso.

Tabela 1 – Antecedentes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Fonte: Própria Autora, 2022.

Observa-se, nesse sentido, que os antecedentes históricos que marcam a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foram imprescindíveis para garantir uma elaboração adequada da Política, a qual deveria contemplar as conquistas proporcionadas pelas lutas das mulheres com relação aos seus direitos à saúde.

3 | ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Uma política de saúde integral precisa considerar a totalidade do ser humano, em seus aspectos físico, mental, afetivo e espiritual, bem como a existência de conhecimentos e práticas de saúde acumulados e sintetizados, que produzem ações que contemplem esse cuidado (SOUTO, 2008). Nesse sentido e com essas finalidades, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou, no ano de 2003, a necessidade de articular o PAISM com

outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, como atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004). Nesse mesmo ano, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), com a finalidade de promover a construção de um Brasil mais justo, igualitário e democrático, por meio da valorização da mulher e de sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País (BRASIL, 2015).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004). A PNAISM tem como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS e se baseou nos seguintes objetivos: conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que o termo política é mais abrangente que o termo programa; introduzir e visibilizar novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas; introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social; definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde; introduzir nas políticas a transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres (BRASIL, 2015).

Tal Política assumiu um caráter integral relacionado a uma forma emancipadora de visualizar as mulheres e sua saúde, que perpassa o período reprodutivo e as compreende como cidadãs plenas de direito. Isto posto, vê-se a demanda de um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres articulando seus diferentes ciclos de vida, sem invisibilizar determinadas mulheres, ou determinadas necessidades de saúde (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Além disso, a Política reconhece uma ampla gama de necessidades da população feminina, além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das doenças, queixas e mal-estares das mulheres (BRASIL, 2015).

Desta feita, Souto (2008) constatou um avanço significativo para tratar os agravos à saúde das mulheres ao incluir a análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras, e realizar uma leitura de gênero sobre os dados, com a observância de fatores e causas de adoecimento que ultrapassam a visão biologistas. O autor Cluzeni (2021), ainda reconhece que ocorre uma grande desigualdade de gênero, classe e raça, algo que pode impactar na prestação de serviços, assim como prejudicar o desenvolvimento eficiente da saúde junto a sociedade como um todo.

Nessa perspectiva, a PNAISM esclarece expressamente que a situação de saúde

envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, a moradia e a renda, não restringindo às políticas de proteção à saúde da mulher ao período de gestação ou reprodução. Assim sendo, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

A Política incorpora, por conseguinte, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

Verifica-se, portanto, que a PNAISM tem a finalidade de proporcionar atenção integral à saúde da mulher, por meio de princípios e diretrizes. A Política considera os princípios da humanização e da qualidade como fundamentais para a concretização de seus objetivos. Nesse sentido:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (...). Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004, p. 59).

Além desses dois princípios, que são essenciais e indissociáveis, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher também contempla certas diretrizes, quais sejam:

[...]

– A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

[...]

– As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais,

com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

– A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

[...]

– As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

[...]

– No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.

– As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados (BRASIL, 2004, p. 63-65).

Essas diretrizes contemplam, adequadamente, as necessidades das mulheres, não apenas durante um certo período de sua vida (gravidez e parto), mas durante todas as fases de sua vivência, como sujeito de direito integrante de uma sociedade marcada pela opressão de gênero e pelo machismo.

A PNAISM, ademais, deve ser utilizada como instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica (BRASIL, 2015). Reconhece-se, nesse âmbito, a necessidade de humanização e qualidade do atendimento na atenção à saúde das mulheres, considerando também que a perspectiva de gênero influencia no planejamento das ações de saúde.

Posteriormente, no ano de 2011, por intermédio da Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, foi instituída a Rede Cegonha, no âmbito no SUS, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, nos termos do art. 1º da referida Portaria (BRASIL, 2011a).

Entre seus princípios, tem-se a garantia dos direitos sexuais e dos direitos

reprodutivos de mulheres, e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. Conta-se como objetivos, ainda, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

Cabe ressaltar que as políticas e os programas de atenção à saúde integral da mulher possuem desdobramentos, como a saúde da criança, que está diretamente relacionada com a saúde da mãe no momento da gestação, do parto e do puerpério. Como exemplo tem-se a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130 no ano de 2015, com maior ênfase na saúde da criança, que vem orientar e qualificar as ações dos serviços de saúde no âmbito do SUS, voltadas à gestação, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2018). Esta política se articula com o primeiro eixo estratégico da PNAISC enfatiza o direito da assistência humanizada e qualificada, com maior acesso, cobertura, qualidade e humanização obstétrica e neonatal, integrando as ações de pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas ações desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015).

4 | CONCLUSÃO

As primeiras políticas públicas voltadas para a saúde da mulher possibilitaram a diminuição da mortalidade infantil e materna, a partir de melhorias em serviços de saúde, estruturação do acompanhamento do pré-natal, estrutura dos hospitais e no cuidado com o recém-nascido. Entretanto a partir da Reforma Sanitária, do movimento feminista, da Constituição Brasileira de 1988, da implantação do SUS e da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher as mulheres passam a ser consideradas como sujeitos de direito. E, portanto, por meio da organização do sistema de saúde em redes de serviço e linhas de cuidado as mulheres passam a ser atendidas em seus diferentes ciclos de vida e necessidades independente de sua condição socioeconômica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. Brasília: Senado Federal, 2012a.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(*)**. Brasília: MS, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Brasília: MS, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS, 2004

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: MS, 2011a.

_____. 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**. Brasília: MS, 2011b.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília: SPM, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: MS, 2018.

COELHO, Leila Machado; BAPTISTA, Marisa. **A história da inserção política da mulher no Brasil: uma trajetória do espaço privado ao público**. Rev. psicol. polít. [online], v. 9, n. 7, p. 85-99, jan./jun. 2009.

CLUZENI, V. T. et al. **Fatores sociodemográficos, comportamentais, características obstétricas e de assistência à saúde associadas com baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle**. 2021. Disponível em: < <http://131.255.84.103/handle/tede/5392> >. Acesso em: 21 jul. 2021.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set. 2021.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero**. Ser Social, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.