

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE



MÓDULO V: INTRODUÇÃO À SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Lúcia Nazareth Amante

Subchefe do Departamento Jane Cristina Anders

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Ana Izabel Jatobá de Souza

Maria de Fátima M. Zampieri

Débora Falleiros de Mello

Flávia Azevedo Gomes

REVISÃO TÉCNICA

Vitória Regina Petters Gregório

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M5 - Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde

S719c SOUZA, Ana Izabel Jatobá de

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde / Ana Izabel Jatobá de Souza; Débora Falleiros de Mello; Flávia Azevedo Gomes; – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

133 p.

ISBN: 978-85-88612-52-5

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde da Criança. 3. Saúde sexual e reprodutiva.

CDU – 618.3

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

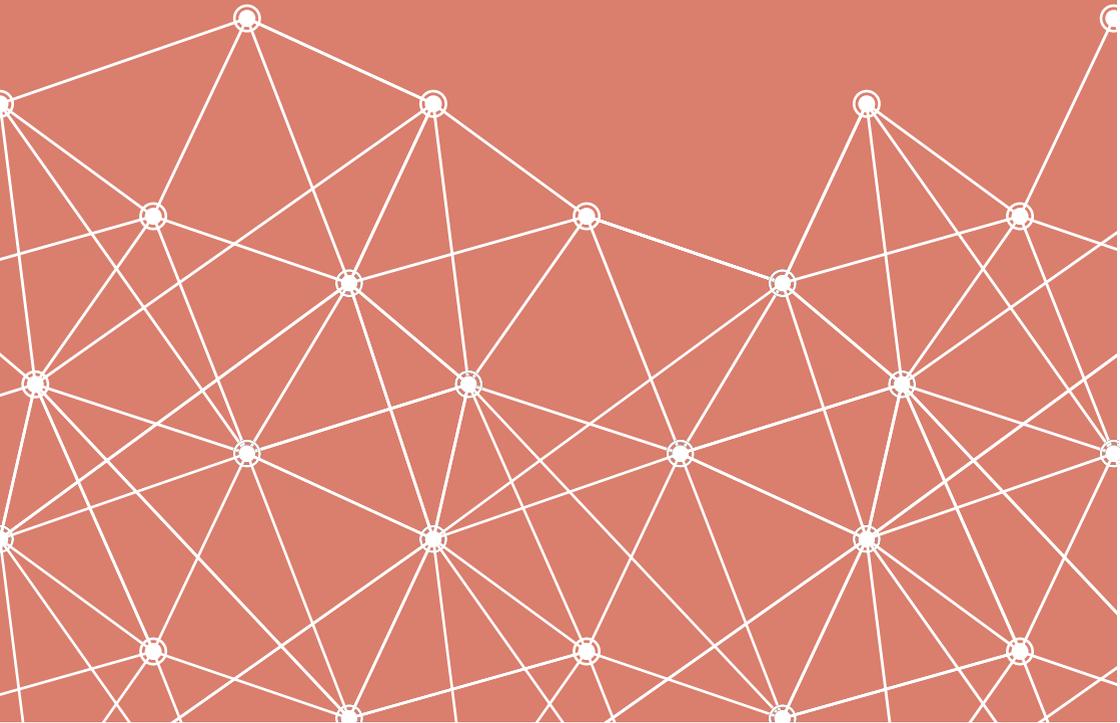
Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes
Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala
Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato
Design Instrucional Isabela C. G. de Oliveira
Revisão Textual Deise Joelen Tarouco de Freitas
Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter
Design Gráfico Cristal Muniz, Fabrício Sawczen
Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO V

INTRODUÇÃO À SAÚDE MATERNA, NEONATAL
E DO LACTENTE NO CONTEXTO DAS
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

É com grande prazer que estamos iniciando o Módulo V. Parabenzamos você pela continuidade nos estudos, por ampliar diariamente seus conhecimentos, dando seguimento às atividades do curso. Aproveitamos a oportunidade para ratificar o nosso compromisso com seu aprendizado, reiterando a certeza de que estaremos, ao longo do desenvolvimento do módulo, acessíveis para atender às demandas que o processo de aprendizado sempre traz aos alunos. Conte conosco sempre que precisar!

Neste módulo abordaremos conteúdos essenciais sobre a saúde materna, neonatal e do lactente no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Os conteúdos serão apresentados principalmente sob o ponto de vista da sua construção no contexto histórico-social e sua estreita correlação com as políticas públicas que articulam a atenção à saúde organizada em redes. A importância deste conteúdo para atuação profissional está centrada principalmente na corresponsabilidade que temos em sermos os ativadores e os parceiros no processo da Atenção à Saúde no contexto das Redes de Atendimento. De igual forma, é importante compreender e situar de que modo elas emergem como prerrogativa no atendimento à mulher, gestante, recém-nascido, lactente e família.

Esperamos que você consiga, ao longo do desenvolvimento do módulo, refletir sobre o papel do(a) enfermeiro(a) nesse contexto, ampliando a interlocução com os parceiros do cuidado na área da saúde materna, neonatal e do lactente.

Temos certeza de que você será capaz de realizar as atividades propostas com o mesmo empenho que vem tendo até aqui. Acreditamos você conseguirá vencer os desafios propostos pelo curso. Desejamos um bom trabalho, com a certeza de que este será realizado com a qualidade que a nossa profissão merece e da qual você é capaz!

Ana Izabel Jatobá de Souza, Dra.
Maria de Fátima Zampieri, Dra.
Débora Falleiros de Mello, Dra.
Flávia Azevedo Gomes, Dra.

Todo conhecimento começa com o sonho. O sonho nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina, brota das profundezas do corpo, como a alegria brota das profundezas da terra. Como mestre só posso então lhe dizer uma coisa. Contem-me os seus sonhos para que sonhemos juntos.
Rubem Alves

OBJETIVO GERAL

Analisar o contexto histórico-social e as diretrizes políticas de atenção à saúde da mulher, do neonato e do lactente para fundamentar as intervenções de saúde em consonância com os princípios das Redes de Atenção à Saúde e o Sistema Único de Saúde brasileiro.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE	11
1.1 Introdução da unidade	11
1.2 O contexto histórico-social da atenção à saúde da mulher	12
O contexto histórico-social da mulher na concepção, gestação, parto e nascimento.	12
1.3 Resumo da unidade	20
1.4 Fechamento da unidade	21
1.5 Recomendação de leitura complementar	21
UNIDADE 2 — PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DIRECIONADOS À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	23
2.1 Introdução da unidade	23
2.2 Políticas públicas de saúde da mulher no Brasil	23
Políticas públicas de saúde da criança no Brasil	31
2.3 Resumo da unidade	41
2.4 Fechamento da unidade	42
2.5 Recomendação de leitura complementar	42
UNIDADE 3 — ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL	45
3.1 Introdução da unidade	45
3.2 A Rede Cegonha	47
Os princípios e objetivos da Rede Cegonha	48
A organização da Rede Cegonha	49
A operacionalização da Rede Cegonha	51
Alguns indicadores de saúde	52
O enfermeiro no contexto das redes de atenção à saúde materna, neonatal e do lactente	54
3.3 Resumo da unidade	55
3.4 Fechamento da unidade	56
3.5 Recomendação de leitura complementar	56

UNIDADE 4 — PERFIL EPIDEMIOLÓGICO RELACIONADO À SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE, E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE59

4.1 Introdução da unidade	59
4.2 Perfil Epidemiológico da Mulher no Brasil	61
Composição do perfil	62
Indicadores da saúde da mulher	67
Sistemas de Informação em Saúde da Mulher	71
4.3 Indicadores de saúde da criança	72
O perfil epidemiológico da criança no Brasil	72
Sistemas de Informação em Saúde da Criança	78
4.4 Resumo da unidade	80
4.5 Fechamento da unidade	80
4.6 Recomendação de leitura complementar	81

UNIDADE 5 — DIREITOS DA MULHER E DA CRIANÇA83

5.1 Introdução da unidade	83
5.2 A saúde e a defesa dos direitos fundamentais.....	83
Os direitos da Mulher	85
Os direitos da criança	90
5.3 Resumo da Unidade	94
5.4 Fechamento da unidade	94
5.5 Recomendação de leitura complementar	94

UNIDADE 6 — SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA97

6.1 Introdução da unidade	97
6.2 Breve abordagem histórica sobre saúde sexual e reprodutiva	98
A saúde sexual e reprodutiva e suas implicações no viver.....	101
O Planejamento familiar na contribuição para a saúde sexual e reprodutiva	104
6.3 Resumo da unidade.....	107
6.4 Fechamento da unidade	107
6.5 Recomendação de leitura complementar	108

UNIDADE 7 – PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E REGISTRO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA 111

7.1 Introdução da unidade	111
7.2 Os registros de enfermagem como instrumento de comunicação.....	111
O processo de comunicação e registro em saúde da mulher.....	113
O processo de comunicação e registro em saúde da criança.....	116
7.3 Resumo da unidade.....	118
7.4 Fechamento da unidade	119
7.5 Recomendação de leitura complementar	119

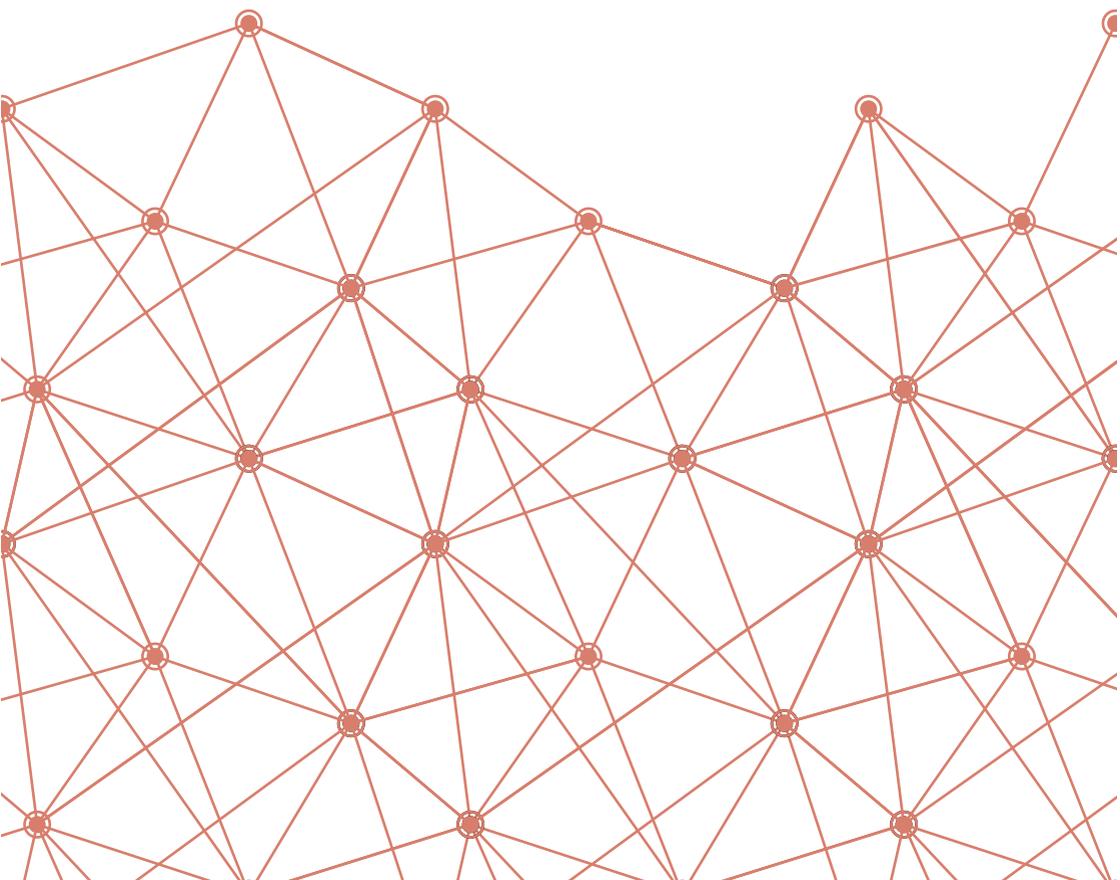
ENCERRAMENTO DO MÓDULO 120

REFERÊNCIAS 121

MINICURRÍCULO DAS AUTORAS..... 131

MINICURRÍCULO DAS COLABORADORAS..... 133

UNIDADE 1



Unidade 1 – O contexto histórico-social da atenção à saúde materna, neonatal e do lactente

Nesta unidade, você vai conhecer e refletir criticamente sobre o contexto histórico, social e cultural da saúde materna, neonatal e do lactente na realidade brasileira.

1.1 Introdução da unidade

A atenção voltada para a saúde da mulher e da criança é permeada por movimentos históricos e sociais que revelam a concepção da sociedade acerca desses dois segmentos, ao longo do tempo. A mulher e a criança, de um ponto de vista histórico, nem sempre tiveram o lugar que atualmente a sociedade e as políticas lhes concedem e garantem.

O Brasil, por sua vasta extensão territorial, possui grande diversidade étnica, climática, de desenvolvimento econômico e social e de densidade populacional. Esses fatores determinam condições de vida e realidades de saúde diferentes nas várias regiões do país, fato esse que impossibilita descrever um perfil único da mulher e da criança brasileira.

Outro aspecto importante sobre esse assunto é que o Brasil não possui registros de dados completos do qual se possa traçar, com facilidade, um perfil social e de saúde de nossas mulheres.



Palavra do profissional

A mulher e a criança, por pertencerem a um grupo de vulnerabilidade biológica, social e de maior expressão em nível populacional, ocupam lugar de destaque nas agendas públicas do país.

1.2 O contexto histórico-social da atenção à saúde da mulher

Nas últimas três décadas, o Brasil passou por sucessivas mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, de urbanização, de atenção médica à saúde da população. Os avanços neste setor evidenciam como o país evoluiu em termos de sistema de saúde, condições de saúde da população e determinantes sociais (VICTORA et al., 2011). No entanto, ainda convivemos com situações de desigualdades relacionadas à renda, à escolaridade, ao local de moradia, à raça, à saúde e ao gênero.

A discriminação e as condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, configuram as bases da desigualdade entre homens e mulheres. Hoje, a atenção à saúde da mulher no Brasil não supre e não tem relação com as reais necessidades da população feminina. Espera-se que a atenção à saúde desta mulher esteja fundamentada nos princípios da universalidade e integralidade, e que considere os fatores determinantes e condicionantes relacionados ao processo saúde-doença.

Tanto na gestão como na atenção e cuidado à saúde, o grande desafio para o Brasil é reconhecer e incorporar a concepção das relações de gênero nas políticas públicas de saúde e nas de proteção social para, então, transformá-las em ações do Sistema Único de Saúde (SUS), de Serviços Sociais e em outros setores da sociedade.

1.2.1 O contexto histórico-social da mulher na concepção, gestação, parto e nascimento.

Nesta seção faremos uma discussão a partir do artigo “O contexto histórico-social da mulher na concepção, gestação, parto e nascimento”, de Maria de Fátima Mota Zampieri (2001), veja mais detalhes desta fonte nas referências no final do módulo.

A gestação e a fecundação do ser humano, desde os primeiros tempos, estiveram envolvidas por mistérios, tabus, preconceitos e rituais que buscavam explicar o incompreensível, o não visto, a causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. Os mitos em relação à gravidez eram e continuam sendo incontáveis, desde os tempos mais antigos, passando por alterações de acordo com cada cultura e momento histórico. Por outro lado, os seres humanos tentaram também compreender a concepção e a gestação, atribuindo como suas causas a ação de animais, plantas e espíritos divinos.

Na antiguidade, a gravidez era extremamente valorizada, em razão de sua finalidade, a perpetuação da espécie. Em determinadas culturas as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade, escolhidas por Deus, para dar continuidade à vida humana, sendo respeitadas e cultuadas através da religião.

No período romano, a gestação representava a efetivação da união e dava direito a um dote ao cônjuge, aumentando o seu legado. Além disso, a gestação gerava mais homens, o que fortalecia os exércitos. Contudo, as mulheres tinham seu destino determinado pela maternidade, uma vez que, no mundo romano, a primeira certeza era o risco mortal da gravidez e, principalmente, dos partos, em todas as classes sociais. Cerca de 5 a 10% das mulheres morriam de parto e de suas sequelas. Nem parteiras, nem médicos estavam seguros de levar um parto a um final feliz. As gestantes temiam os partos e pediam conselhos aos médicos e parteiras, que em decorrência dos riscos inerentes a esta fase da vida, preconizavam a abstinência sexual na gravidez (ROUSSELE, 1990). A gravidez, naquela época, era considerada uma situação de grande risco ao binômio mãe e filho, sendo pouco compreendida pelos “experts” da área.

Na Idade Média (séculos V ao XV) até o século XVIII, novas especulações surgiram em torno da concepção. Discutia-se também, entre os intelectuais e médicos, a concepção, utilizando a **Teoria Seminista**.

No século XIII, a procriação e educação da prole constituíam bens do casamento, mas gerar filhos representava, para as mães, a condenação pelo pecado de Eva. A obrigação primeira da mãe em relação à prole era, portanto, a de colocar no mundo os filhos, e gerar continuamente até a morte. Nessa perspectiva, a gravidez e o parto, lidos na óptica da condenação bíblica, apareciam como os momentos mais trágicos da vida miserável de todos, em especial das mulheres (VECCHIO, 1990).

A **teoria seminista** atribuíu ao homem, com seu sêmen, o principal papel na fecundação, sendo a mulher apenas uma caixa vazia onde o esperma era depositado. A Teoria ovisita, pelo contrário dava preponderância ao óvulo e ao papel feminino no processo de reprodução.

Entre 1250 e 1500, a gravidez e o parto ainda constituíam um verdadeiro risco de vida para a mulher. No final da Idade Média, a gravidez, o parto e todas as práticas e conhecimentos a eles relacionados permaneciam no domínio exclusivo das mulheres. Os homens não tinham experiência, nem direito de se pronunciar. O acesso ao quarto da parturiente era oculto, sob o véu e veredicto do pudor e aos homens era vetado esse espaço.

Os meios de intervenção das parteiras eram limitados. As cesarianas, por exemplo, apenas puderam ser praticadas ocasionalmente, a partir do sé-

culo XIII e só em mulheres mortas. As intervenções como a episiotomia e as poções para acelerar as contrações ou o fórceps, eram desconhecidas, o que ocasionou inúmeras mortes. Também era difícil a detecção precoce da gravidez, ficando a critério da própria mulher, a definição desse estado, sendo considerado diagnóstico seguro o momento a partir do qual o feto movimentava-se pela primeira vez.

Do século XIV ao século XVI, o papel da mulher na gestação foi pouco considerado. No final do século XVI e início do XVII, porém, alguns intelectuais, entre eles, **Pierre de La Primaudaye**, tentavam comprovar que ambos os sexos eram perfeitos, cada um com seu valor intrínseco. A multiplicidade das obras de obstetrícia, desde o século XVI, atestava a evolução médica e também uma nova consciência dos clínicos, que consideravam a mulher um ser valetudinário, cabendo ao médico aliviar sua dor e convencê-la a aceitar, sem revolta, a sua condição desfavorável e frágil. Essa situação não permaneceu assim durante muito tempo. No século XIX, resolvidas as dúvidas em relação à fecundação, os médicos passaram a se preocupar com os sinais e sintomas de gravidez e o tempo de duração da mesma. Para eles, a gestação da mulher não tinha duração fixa, podendo durar de sete a onze meses (CRAMPE-CASNABET, 1990).

Escritor francês (1546–1619). Publicou uma variedade de obras de cunho intelectual, dentre elas a mais famosa de nome L'Académie Française sintetizava o conhecimento filosófico e científico da época.

Paralelo aos avanços médicos, a cultura católica do século XIX valorizava o papel materno, instituindo o século da mãe. A elevada mortalidade materno-infantil tornava a maternidade uma situação de risco natural (GIORGIO, 1990). Desta forma, as mulheres grávidas deviam tornar-se objeto de vigilância ativa e de respeito religioso. Assim, a medicina propunha a proteção da mulher, isentando-a de trabalhos pesados. Vigia todas as suas atividades, limitando seus passatempos, controlando a gravidez e a mulher. A preocupação com os riscos na gravidez tornava-se evidente, quando foram estabelecidos cuidados preventivos visando evitar as complicações. Observava-se, no entanto, que sob a ótica do moralismo vitoriano, a gravidez tornava-se tabu. A mulher que se encontrava neste “estado interessante”, saía pouco de casa e mostrava-se o menos possível. Da mesma forma, falar sobre o processo do nascimento tornava-se proibitivo.



Palavra do profissional

A Era Vitoriana foi o período no qual a Rainha Vitória reinou sobre a Inglaterra, no século XIX, durante 63 anos, de junho de 1837 a janeiro de 1901. Ela subiu ao trono quando seu tio, Guilherme VI, morreu sem deixar herdeiros. Ela fora coroada ainda muito jovem, aos 18 anos. Além do enriquecimento da classe burguesa da Inglaterra, a era vitoriana se caracterizou também pela rigidez de princípios moralistas e por uma típica solidez política.

A medicalização da gestação, iniciada no século XVIII, impunha-se maciçamente no século XIX. Contudo, não havia garantia de que a intervenção do homem e da medicina tivesse diminuído a mortalidade materno-infantil ou que, de fato, diminuísse o sofrimento materno.

No século XIX, as estatísticas demonstravam que a mortalidade feminina era superior à masculina. Os grandes progressos da obstetrícia não se processaram no domicílio das parturientes, mas nos hospitais. Entretanto, no final do século XIX, as mulheres começaram a se perceber melhor, estabelecendo uma imagem mais real e total de seu corpo, que era, até então, fluida e fragmentada. Buscaram meios para controlar as gestações e os nascimentos, penetraram no meio cultural e social e desenvolveram alguns trabalhos sob a orientação paterna. A gestação, de certa forma, passou a ser parcialmente controlada pelas mulheres, porém, ainda subjugada ao médico (KNIBIEHLER, 1990).

Posteriormente, no início do século XX, com o advento dos métodos anti-concepcionais, após as lutas das feministas, parte do contingente feminino passou a ter maior autonomia e controle sobre a concepção. Isso permitiu a algumas mulheres a reapropriação do seu corpo e da sua sexualidade, dando-lhes o domínio da fecundidade e proibindo o Estado do uso de formas constrangedoras de manipulação da família (THÈBAUD, 1990).

No entanto, apesar desses avanços, o processo do nascimento ainda continuava sob o domínio médico. No final do século XX, a fecundação e a procriação deixaram de ser ações apenas inerentes às mulheres. Foi introduzida a concepção assistida pelos médicos, em laboratório, através da fertilização “*in vitro*”. A gestação passou a ser algo não apenas restrito à mulher que concebeu, uma vez que se tornou possível à gestação de aluguel. Esses avanços trouxeram grandes implicações éticas.

Desde o final do século XIX, uma série de descobertas científicas e tecnológicas passaram a abalar os fundamentos tradicionais da divisão do trabalho e do poder entre os sexos, fazendo recuar a mortalidade e diminuindo, consideravelmente, a parte ocupada pela gestação e amamentação na vida das mulheres. Os riscos de mortalidade e de morbidade maternas e infantis foram fortemente reduzidos no decorrer do século XX (COSTA-LASCOUX, 1990).

No entanto, apesar das conquistas femininas e dos avanços da medicina, hoje ainda enfrentamos grandes dificuldades. As mulheres ainda buscam autonomia, por meio do autoconhecimento e conhecimento do próprio corpo, evitando a dependência médica. Os avanços tecnológicos vêm possibilitando a detecção de intercorrências e patologias em fases cada vez mais precoces da gestação, buscando-se a sua manutenção e a sobrevivência do ser humano. É inegável a importância da tecnologia, da monitorização, da medicina fetal, entre outras, para a diminuição da mortalidade infantil e materna. Entretanto, é importante estarmos alertas quanto à medicalização da gestação, para não tornar a mulher um objeto e fragmentar suas experiências, na medida em que as tecnologias e condutas hospitalares podem criar um ambiente desumano, além de poder reduzir a mulher a uma incubadora do novo ser, não a considerando como um ser humano que gera outro.

Atualmente, busca-se um atendimento humanizado, em que as mulheres são cuidadas na sua totalidade, de forma personalizada, levando-se em consideração as suas experiências e os significados por elas atribuídos à gravidez e ao nascimento. Um atendimento que se estenda às famílias, ou pessoas que estão envolvidas neste processo no qual a gestação é compreendida como uma experiência humana complexa, individual e social, que extrapola a dimensão biológica.

Sem esquecer os avanços tecnológicos, constata-se que existe uma tendência na atualidade pela busca de práticas do cuidado, que valorizem os sentimentos e significados que envolvem o nascimento.



Palavra do profissional

É importante organizarmos práticas que aproximam mais as pessoas, valorizando as experiências das mulheres em sua totalidade, complexidade e singularidade.

O contexto histórico-social da atenção à saúde da criança

Ao longo da nossa história, a criança, muitas vezes, foi vista como um “não ser” e que, desprovida de direitos e garantias individuais, no bojo dos acontecimentos históricos, era levada a participar da vida social como um adulto em miniatura.

Essa concepção, em diferentes situações, desencadeou muitas mortes prematuras e condições de vida subumanas para crianças. Portanto, o conceito de infância como período no qual a criança deve ser protegida, amparada e com garantia de direitos é algo recente na história ocidental.

A partir do Renascimento, surgiram as primeiras obras de puericultura, que representaram uma nova valorização da criança e a infância passou a merecer a atenção dos estudiosos. Havia falta de conhecimentos e impotência dos homens diante da mortalidade e das doenças das crianças (BONILHA; RIVOREDO, 2005).

No século XVIII, com o Iluminismo, ocorreu o despertar da consciência pública para o problema das crianças. Em 1762, Jean-Jacques Rousseau afirmava que a criança nasce pura e que a sociedade a deforma, e defendia uma educação “natural”, inspirada em outros animais, em que o papel da mãe é fundamental, trazendo o conceito de binômio mãe-filho (BONILHA; RIVOREDO, 2005).

A singularidade do tempo da infância, como é visto hoje, é fruto das primeiras preocupações econômicas advindas da **Revolução Industrial**. O sentimento de preocupação surgido em função de uma necessidade econômica resultou em alguns dos mecanismos de proteção que hoje conhecemos a favor da criança (SANTANA, 2000). As transformações econômicas, políticas e sociais do período capitalista no século XIX transformaram o conceito de infância, ampliando a sua dimensão social do ponto de vista ocidental.

A partir deste período a criança passou a ser objeto de preocupação e proteção não apenas da família e da igreja, mas uma questão social relacionada ao Estado. Embora essa mudança ainda carregasse consigo divergências quanto ao papel e o significado da criança na sociedade, trouxe avanços no que se refere aos mecanismos de proteção e cuidado em relação a ela.

É chamada de **Revolução Industrial** a série de mudanças tecnológicas, econômicas e sociais experimentadas pelo ser humano entre os séculos XVIII e XIX. Em seu sentido mais pragmático, a Revolução Industrial significou a substituição da ferramenta manual pela máquina; o artesanato, a única forma de produção conhecida, dá lugar à produção mecanizada e em série, e o meio rural, lar e local de trabalho de todo o cidadão médio, deixará de ser tão relevante.

No século XIX, os avanços científicos trouxeram a crença no poder da ciência e do progresso. Ocorreram inúmeras descobertas, mas a Revolução Pasteuriana teve especial importância para o cuidado da criança e para a puericultura. A partir da teoria microbiana das doenças, de 1864, o preparo de vacinas se consolidou e foi muito importante a descoberta da transmissão de microrganismos causadores de diarreias, através da água e do leite, e que as mesmas eram evitadas quando a água e o leite eram devidamente fervidos. No caso das crianças, isso teve grande impacto, pois a mortalidade por doenças diarreicas era intensa, já que muitas eram alimentadas com leite de vaca cru (BONILHA; RIVOREDO, 2005).



Palavra do profissional

Você sabia que o termo Revolução Pasteuriana vem dos estudos do químico francês Louis Pasteur sobre o mundo dos microrganismos? Especialmente suas investigações sobre o papel destes como causadores de diversas doenças provocaram, nas últimas décadas do século XIX, verdadeira revolução na forma de constituição dos conhecimentos e práticas médicas e, de modo geral, na abordagem dos problemas relacionados à saúde.

As mudanças técnico-científicas e paradigmáticas do século XIX contribuíram para que a infância e a adolescência passassem a ser um momento especial no viver, precisando ser resguardadas e protegidas a fim de garantir o futuro da sociedade. As diversas ciências, então, começaram a preocupar-se com a criança, surgindo a pediatria como uma área dentro da medicina.

O Brasil, ao final do século XIX, recebia as influências da transformação mundial que se operava naquele momento da história. O país do século XIX vivia a passagem do regime monárquico para o republicano, o que implicava em medidas de construção da nova nação. Por um lado, a criança simbolizava a esperança – o futuro da nação, caso fosse educada. Por outro lado, representava uma ameaça, sendo, muitas vezes, caracterizada como delinquente e que devia ser afastada do caminho que conduzia à criminalidade.

A ambivalência quanto ao conceito de infância e as percepções que ela desencadeava determinaram a construção de políticas de assistência, muitas vezes discriminatórias, levando ao surgimento de um complexo médico-jurídico-assistencial, cujas metas eram as de prevenção, educação, recuperação e repressão da criança, principalmente aquelas de uma classe social menos privilegiada na sociedade (RIZZINI, 1997, p. 28).

- Por volta de 1693 aconteceu uma das primeiras manifestações de “valorização da criança”, “quando a Capitania do Rio de Janeiro determinou que os abandonados passassem a ser alimentados pelo Conselho e, em 1738, quando se instituiu o primeiro asilo para crianças no país” (SANTANA, 2000, p. 18). Essa autora aponta as várias instituições e movimentos sociais no Brasil, destinados à proteção de crianças e adolescentes ao longo da nossa história:
- A Roda dos expostos (1726);
- A Colônia Agrícola de Órfãos e Meninos Abandonados (1873);
- A Casa de Correção (por volta de 1800);
- O Serviço de Assistência e Proteção à Infância Abandonada e ao Delinquente (1921);
- O Serviço de Assistência a Menores (1941);
- A Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA (1942);
- A Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor - FUNABEM (1964), extinta em 1990, dando lugar para o Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência;
- As Organizações Não-Governamentais - ONGs (na década de 70);
- O Código dos Menores (1979);
- A Pastoral da Criança (1982);
- O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (1985);
- O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990).

O ECA, sancionado pela Lei n. 8069/90, é:

[...] fruto de diversos movimentos de grupos organizados em todo o país em defesa da criança e do adolescente. Esses movimentos objetivavam evidenciar a falência do modelo de internato aplicado, baseado na correção e repressão; denunciavam, entre outros, a exploração das crianças por adultos e, ainda, a utilização para roubos e tráfico de drogas e reclamavam uma sociedade mais igualitária e menos excludente [...]. (SANTANA, 2000, p. 28).

Entre outros aspectos, o ECA proporcionou o redirecionamento da atenção à criança e aos adolescentes, pautando-se pela humanização nos procedimentos, capacitação dos profissionais, modernização nas estratégias, aumento do número de recursos humanos e ampliação do conceito de infância e adolescência como um período no qual crianças e adolescentes, como sujeitos de direitos, merecem a proteção integral (SANTANA, 2000).

Percebe-se, desta forma, o quanto a ideia de preservação e valorização da infância e da adolescência é algo recente na história, em especial na do Brasil. Com a preocupação acerca deste tema surgiram vários movimentos sociais que deflagraram a construção de políticas assistenciais em diversas áreas, em especial na saúde. Neste contexto, destaca-se no Brasil a Reforma Sanitária, iniciada na década de 80 com a criação do SUS, em 1988, sendo esse um grande marco das políticas de saúde brasileiras. As políticas públicas de atenção à saúde da criança desenvolveram-se durante um período de grandes mudanças no cenário nacional e internacional e trouxeram contribuições para as transformações no perfil de saúde de nossas crianças brasileiras.

Ressaltamos que as políticas direcionadas à atenção à saúde da criança e da mulher serão apresentadas na Unidade 2 deste módulo que você está estudando.

1.3 Resumo da unidade

O contexto histórico-social da atenção à saúde materna, neonatal e do lactente é permeado por movimentos históricos e sociais a partir dos quais a mulher e a criança foram vistas ao longo tempo. A vasta extensão territorial do Brasil e a sua grande diversidade étnica, climática, de desenvolvimento econômico e social, bem como a sua densidade populacional determinam condições de vida e realidades de saúde diferentes em suas várias regiões, dificultando a descrição de um perfil único da mulher e da criança brasileira. A atenção à saúde materna, neonatal e do lactente é resultante da análise de dados epidemiológicos e das transformações demográficas pelas quais a população vem passando com o decorrer do tempo.

Sobre a atenção à saúde da criança o texto abordou a construção histórica do conceito de infância e da valorização desta, a partir de movimentos nacionais e internacionais que deram origem aos mecanismos de proteção e cuidado atualmente em foco para este período do viver. Portanto, o texto descreveu o percurso a partir do qual as mulheres e crianças passaram a ser sujeitos de direito.

1.4 Fechamento da unidade

Há décadas, as mulheres vêm reivindicando para que a atenção à sua saúde não se restrinja ao ciclo gravídico puerperal. Os serviços de saúde no Brasil, ao longo de sua história vêm prestando assistência através de programas sociais a grupos considerados específicos. A mulher e a criança por serem consideradas pertencentes a um grupo de alta vulnerabilidade biológica, social e de maior expressão em nível populacional, sempre receberam assistência através desses programas.

Nota-se, em relação à mulher, que a assistência tem sido dada visando ao resguardo de sua capacidade reprodutora. São inegáveis os avanços obtidos com o reconhecimento institucional pelo Estado brasileiro, dos direitos das mulheres e da busca da eliminação da discriminação de gênero. No entanto, cabe a todos os cidadãos a luta por políticas públicas igualitárias e transformadoras de práticas institucionais.

Esta unidade apresentou os aspectos históricos e sociais que interferem na situação atual da mulher e da criança brasileira e traçou um panorama geral sobre a situação de saúde das mulheres e crianças, buscando contribuir para a identificação de prioridades para as políticas públicas de saúde.

1.5 Recomendação de leitura complementar

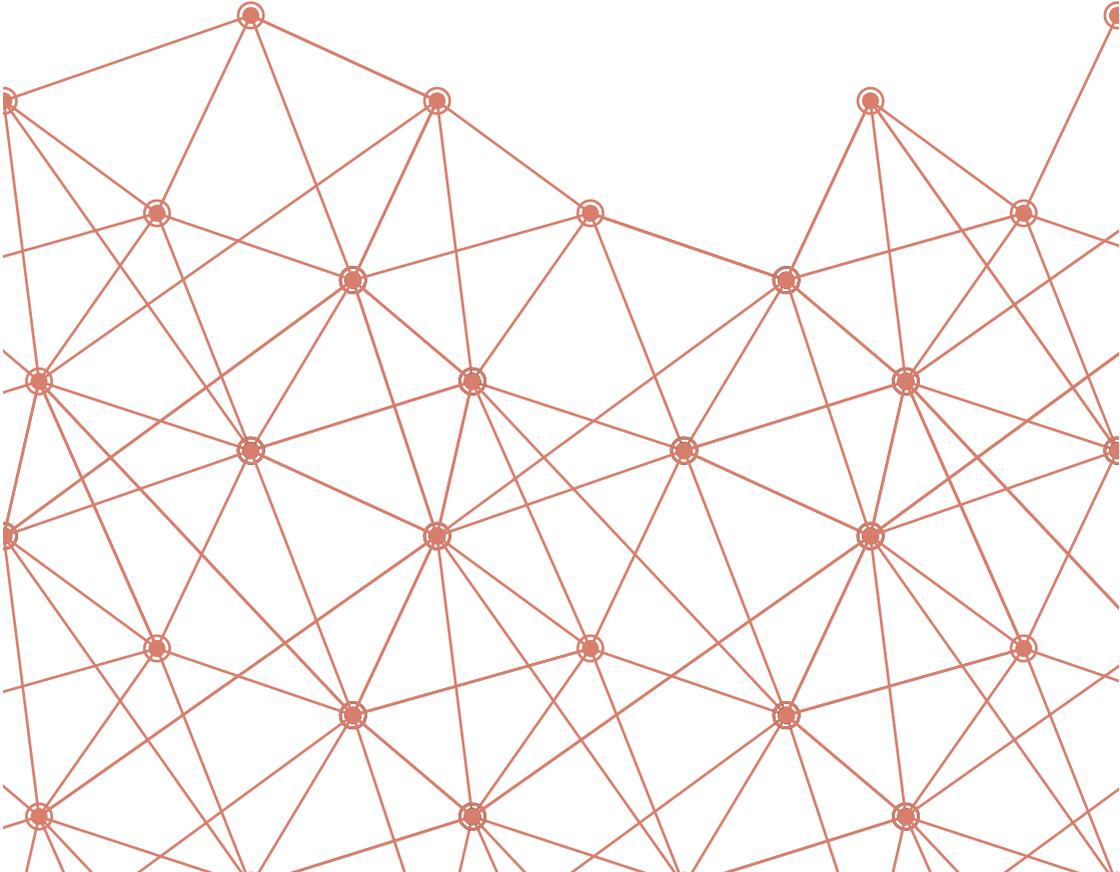
LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Programas, políticas e pactos de saúde direcionados à saúde da mulher e da criança

Nesta unidade, você vai conhecer e refletir criticamente sobre as diretrizes políticas direcionadas para a saúde da mulher e da criança no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

2.1 Introdução da unidade

As diretrizes e ações implementadas pelo Estado são políticas sociais e, entre elas, cabe destacar as políticas de saúde. Estas, em geral, são lançadas pelo governo através de programas, pactos e portarias para a saúde da população.

Os profissionais de saúde precisam conhecer, acompanhar e refletir sobre as políticas institucionais de âmbito federal, estadual e municipal, buscando articular e ampliar as diretrizes políticas e as práticas de saúde, possibilitando a reorganização dessas práticas e promovendo a saúde e a qualidade de vida de crianças, mulheres e famílias.

Portanto, neste texto trataremos das políticas relacionadas à saúde da mulher e da criança. Esperamos que no seguimento dos estudos você retome o conteúdo da unidade 1 a fim de contextualizar as razões pelas quais tais políticas vêm sendo constantemente aprimoradas e a sua importância no contexto da saúde materna, do recém-nascido, neonato e lactente.

2.2 Políticas públicas de saúde da mulher no Brasil

Vamos discutir essa questão a partir do artigo “O contexto histórico-social da mulher na concepção, gestação, parto e nascimento”, de Zampieri (2001).

As políticas na área da saúde da mulher constituíram-se em diretrizes, objetivando a diminuição da mortalidade e o atendimento das necessidades de saúde da população feminina. Estas políticas surgiram de acordo com o contexto social, econômico e político do Brasil e do mundo e, sobretudo, em função da reivindicação das mulheres.

Os anos do final do século XIX a início do século XX

Com a vinda da família real para o Brasil em 1808, criou-se a necessidade de organizar uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. A partir disso, houve a incorporação dos preceitos higiênicos na família e a sua responsabilidade pela gestação, nascimento, crescimento e educação das crianças, levando a mulher a ser considerada elemento chave nesse processo. Em meados do século XVIII, identifica-se na sociedade brasileira a emergência do processo de medicalização que se cristalizou no século XIX (OSIS, 1994) conforme estudamos na unidade anterior.

No século XIX e início do século XX, a discussão sobre a proteção à maternidade e a infância passou a envolver maior número de médicos e adotar um tom político-pedagógico (MARTINS, 2004). A discussão, então, passou a ser sobre a criação das maternidades e a implantação de uma política pública mantida pelo governo, para criar maternidades, ambulatórios, distribuição de enxovais e indenizar as mulheres no período que se ausentassem do trabalho, o que foi pouco considerado pelos governantes da época. A medicalização do processo de gestar e parir se solidificava, havendo dúvidas, segundo Martins (2004), se seu início no Brasil deu-se a partir de 1960 ou nas primeiras décadas do século XX.

A institucionalização da atenção à saúde materno-infantil dá-se com a reforma de Carlos Chagas, na década de vinte, sendo desenvolvida posteriormente, por força dos dispositivos legais e programáticos (TYRREL; CARVALHO, 1998). As primeiras ações que visavam melhorar o bem-estar do binômio mãe e bebê iniciaram, assim, de forma institucionalizada, no início do século XX.

Na primeira e segunda décadas do século XX, surgem as primeiras preocupações com a saúde da mulher. Estas foram traduzidas em leis e decretos que tinham por finalidade proteger a maternidade das mulheres que exerciam atividades fora do lar, bem como proteger as crianças (OSIS, 1994). Em 1923, surgiu o primeiro decreto federal para a trabalhadora, facilitando a licença-maternidade e garantindo o direito à amamentação durante a jornada de trabalho (OSIS, 1994).

No final da década de 1920 e no início de 1930, sob a influência de experiências americanas, teve início a estruturação de uma nova organização médico-sanitária que valorizava a educação como via essencial à saúde. A partir de 1930, foram estabelecidos diversos decretos que regulamentavam o trabalho da mulher e as constituições de 1934 e 1937 reforçadas, posteriormente, pelas de 1946 e 1967, determinaram a adoção de medidas para diminuir a mortalidade materna. Paralelas a essas mudanças, relaciona-

das ao trabalho, as políticas públicas da área de saúde iam se concretizando em programas.

Um dos principais focos desses programas era a atenção à saúde da mulher, que se traduzia na proteção ao grupo materno-infantil. Valorizava-se, naquele período, a mulher e o seu papel de mãe. Assim, os programas de saúde buscavam focar a questão da reprodução e a importância social desse fenômeno. O primeiro órgão do governo que se voltou exclusivamente para o cuidado materno-infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), que atuou de 1940 a 1965, coordenando e normatizando as ações voltadas à infância e adolescência (OSIS, 1994). Este Departamento normatizou as ações de puericultura, entendendo-a como ciência que cuida da procriação e da criação da espécie humana, direcionada à infância, adolescência e proteção da gestação e da maternidade. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que passou a coordenar, em nível nacional, a assistência materno-infantil, culminando com um processo de centralização, observado no Estado Brasileiro e, especificamente, nas políticas de saúde (OSIS, 1999).

Os anos 1970 e 1980

O período de 1974 a 1979 constituiu-se em uma fase de mudanças conceituais importantes no âmbito da discussão das políticas sociais e de saúde no Brasil, surgindo um movimento crítico de reflexão sobre as políticas públicas. Nesse contexto, surge o primeiro programa de atenção materno-infantil, em 1975.

Em 1975, aconteceu no México a Conferência Mundial do Ano Internacional das Mulheres, que proclamou o período de 1976 a 1985 como o decênio das Nações Unidas para a mulher, com os princípios da igualdade, do desenvolvimento e da paz. As mulheres organizaram-se reivindicando uma resposta governamental às suas demandas de saúde (ZAMPIERI, 2006).

Em 1977, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que na verdade era uma norma incorporada ao Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em conjunto com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), a Associação Brasileira de Reprodução Humana e oito universidades, do Ceará, Campinas, Pernambuco, São Paulo e Brasília. Esse Programa emergiu com a finalidade de normatizar e implementar ações de assistência aos riscos reprodutivos e obstétricos e ao planejamento familiar (ZAMPIERI, 2006).

Em 1979, a Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU) aprovou a Convenção sobre “Eliminação de todas as formas de discriminação à mulher”, assinada em 1981 e ratificada em 1984, momento em que o Brasil tornou-se signatário, garantindo os direitos sociais, econômicos e culturais equitativos entre homens e mulheres e proteção à saúde reprodutiva, entre outros (ANDRADE; SOARES; CORDINI JUNIOR, 2001; BRASIL, 2004).

Em outubro de 1980, ainda no regime militar, com a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase toda a população brasileira. Além disso, ele propunha um amplo programa materno-infantil, que não foi implantado, em virtude da crise econômica, dos interesses dos dirigentes dos programas de assistência médica previdenciária e dos empresários do setor de assistência médica (OSIS, 1994).

Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, no qual ações curativo-preventivas e educativas eram integradas e estabelecidas como área prioritária para a promoção da saúde da mulher e da criança.

Durante a década de 1980, o movimento feminista elege a saúde, em especial, a saúde reprodutiva, como tema central de luta e atuação, criando um campo de pressão para mudanças nas políticas públicas (DESLANDES, 2005). Ao longo do tempo, o embate desse movimento desdobrou-se contra a lógica biomédica dos serviços de saúde. Foram questionados: a representação fragmentada e dominante do corpo feminino no discurso biomédico; o papel da mulher na função reprodutiva, inscrito na natureza, controlado e domesticado, reiterado por programas e serviços; o privilégio das técnicas curativas em detrimento de ações de prevenção e de promoção e a biologia da reprodução e sexualidade (ÁVILA; CORREA, 1999).

Os mesmos autores ainda argumentam que, na trajetória dos grupos feministas autônomos, após realização de encontros e seminários regionais e nacionais, germinaria a ideia de um novo modelo de assistência à saúde da mulher, tendo como princípios a sua integralidade e autonomia (ÁVILA; CORREA, 1999).

Nos anos 1980, a Organização Mundial de Saúde realizou três conferências internacionais, em Washington, Fortaleza e Trieste, com o objetivo de estabelecer consensos sobre as tecnologias mais apropriadas para o pré-natal, o parto e o nascimento. Tais encontros apontaram a necessidade de reconhecer o direito da mulher de ter acesso efetivo a uma assistência de qualidade que garantisse a privacidade, o respeito e suporte emocional e considerasse a gestante como partícipe das informações e decisões sobre seu atendimento (DESLANDES, 2005).

No final dos anos 1970 e 1980, impulsionados pelo debate dos movimentos organizados de mulheres e dos profissionais ligados à área, foram propostas as ações de atenção integral à saúde da mulher (AISM), com a finalidade de evitar a fragmentação do corpo da mulher, através das especialidades médicas e melhorar a assistência à mulher em sua saúde reprodutiva (FORMIGA FILHO, 1999).

Em abril de 1983, foi criado, sob a Portaria MS 344/83, o documento intitulado: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, que estabelecia o conceito de integralidade. Esse conceito implicava no rompimento com a visão tradicional acerca do tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1998; FORMIGA FILHO, 1999).

A partir de então, essa portaria estabeleceu o Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). As bases filosóficas desse programa introduziram outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimulados e discutidos nas ações educativas articuladas ao programa. Tais bases exigiram dos gestores e profissionais uma postura diferenciada que extrapolava a capacitação técnica tradicional e pressupunha a incorporação de novas questões ligadas aos direitos do gênero feminino. No entanto, somente em 1984, foi lançado pelo Ministério o documento Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática, que representou o marco inicial das atividades de coordenação e interação dos diversos setores intra e interministeriais, envolvidos no processo (BRASIL, 1984; FORMIGA FILHO, 1999; SERRUYA, 2003).

O PAISM, concebido em 1983 e regulamentado em 1986, definiu a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Neste programa, a mulher era vista não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade em todas as fases da vida, desde a infância até a velhice, de acordo com as características de cada fase (BRASIL, 1984; OSIS, 1998). O programa englobava um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação que tinham por objetivo a melhoria de vida da população feminina. Contemplava, ainda, duas grandes áreas da assistência a mulher: (1) a clínico-ginecológica, que incluía o planejamento familiar, o controle de câncer cérvico-uterino e o diagnóstico precoce de câncer de mama; a educação social; e (2) a assistência ao ciclo grávido puerperal.

O PAISM expressou pragmaticamente a aplicação dos princípios de universalidade e integralidade, enfatizando a utilização das Ações Integrais de Saúde (AIS). Nesse sentido, pode se dizer que tal programa representou um importante passo no caminho percorrido para o estabelecimento da

Reforma Sanitária. Tais ideias foram levadas à VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 1987, 1989; OSIS, 1998).

Em outubro de 1986, ocorreu a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, tendo como um dos enfoques a assistência integral à saúde da mulher, na perspectiva do SUS. Defendia os princípios de integralidade, regionalização, hierarquização, equidade, qualidade de assistência, participação da mulher e comunidade nas questões da saúde, reforçando o PAISM e a Reforma Sanitária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE DIREITOS DA MULHER, 1987).

Naquele mesmo ano, em junho, foi promulgada a lei do exercício profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo decreto número 94.406/87, que instituiu que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 1986, 2000; FRAGA; PONTES, 2002). O processo de construção do SUS teve grande influência na implementação do PAISM e esse na implementação do SUS. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele foi regulamentado somente em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080.

Os anos 1990 e 2000

Buscando reverter os altos índices de mortalidade materna e também as mortes perinatais, consideradas evitáveis, a Coordenação Materno-Infantil (COMIN) do Ministério da Saúde, a FEBRASGO, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Pan-Americana de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), em um esforço comum, lançaram, em 1995, o Projeto Maternidade Segura.

O Projeto Maternidade Segura, através de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos, denominados de Oito Passos para a Maternidade Segura, foi criado com a proposta de mobilizar profissionais que atuassem direta ou indiretamente nos cuidados da mulher, aumentar a cobertura e melhoria de qualidade de atendimento nos serviços de saúde e prestar orientação adequada à gestante.



Saiba mais

Para saber mais sobre os oito passos para a Maternidade Segura, acesse: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001866.pdf>>

O projeto Maternidade Segura e demais programas, implementados por políticas públicas, são frutos do empenho dos profissionais da área e, sobretudo, das mulheres. A assistência humanizada às mulheres vítimas de abortos, vítimas de violência e as gestantes de alto risco foi de certa forma contemplada em 2001, com o lançamento pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tal programa consistia em um conjunto de ações integradas com a finalidade de possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS.

Ciente da importância do cuidado pré-natal na redução das taxas de mortalidade materna e diante da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e dos aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças, o Ministério da Saúde lançou em junho de 2000, o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2001; SERRUYA, 2003).

Esse programa foi instituído pelo Secretário das Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, através das Portarias números Nº 569, 570 e 571, 572, subsidiado pela análise das necessidades de atenção à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, com a proposta de criar marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios para aderirem ao programa. Alguns itens dessas portarias foram alterados pela Portaria Nº 1067 GM de 04/07/2005. O programa de humanização no pré-natal é um importante instrumento para organização e estruturação das redes de referência para o atendimento das gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde.



Palavra do profissional

Mas, quais os princípios que embasam a humanização da saúde da mulher no processo de gestação e parto?

Os princípios da humanização são: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; ao acompanhamento pré-natal adequado; a ter assegurado o acesso à maternidade no momento do parto; à assistência ao parto e ao puerpério e ao neonato de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).



Saiba mais

Para saber mais sobre o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, acesse: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>

As políticas públicas continuam buscando aprimorar o atendimento à mulher. Em 2003, o Ministério da Saúde, ao considerar a saúde da mulher como prioridade pública, lançou o “*Documento Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro, o das trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores, estudiosos da área e organizações não-governamentais. Esse documento incorpora, sob o 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, do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres com HIV/AIDS e portadoras de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades (BRASIL, 2004).

No mesmo ano, é sancionada a Lei nº 10.745/2004, que estabelece o ano de 2004 como o Ano da Mulher, propondo programas e atividades junto à sociedade civil para divulgar e comemorar as conquistas femininas. Além disso, tal lei busca promover iniciativas que consolidem a equidade e a justiça na inserção da mulher na sociedade brasileira. Em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, o Ministério criou o Disque Saúde Mulher (CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2004).

Em julho de 2004, ocorreu a Conferência Nacional, em Brasília, que teve como tema “Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”. Teve como objetivo propor diretrizes para a fundamentação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, atendendo a três eixos básicos: 1) análise da realidade brasileira: social, econômica, política, cultural e desafios à construção da igualdade; 2) avaliação das ações e políticas públicas, desenvolvidas para as mulheres, nas três instâncias de governo: municipal, estadual e federal frente aos compromissos internacionais – acordos, tratados e convenções; 3) proposição de diretrizes da Política Nacional para as Mulheres, em uma perspectiva de gênero, apontando as prioridades dos próximos anos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2004).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004, tinha como objetivo articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal ainda existentes no país. Esse pacto teve como meta primordial a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal, buscou fortalecer o controle social e a participação do usuário, promover, articular e efetivar pactos no âmbito estadual e municipal, a intersetorialidade e alocar recursos para consecução dessa meta. Para tanto, entre suas ações temos a expansão da atenção básica, qualificação e humanização da atenção ao pré-natal, do planejamento reprodutivo e do aborto, ao parto hospitalar e domiciliar; expansão de bancos de leite, de sangue e hemoderivados e de oferta de exames; redução da transmissão vertical do HIV/AIDS e sífilis congênita e das cesáreas desnecessárias; qualificação das urgências emergência maternas e neonatais; apoio à criação de centros de parto normal; garantia do direito a acompanhante e ao alojamento conjunto, fortalecimento de projetos de premiação de serviços exemplares, formalização da referência e contrarreferência na atenção à mulher durante a gestação, vigilância de óbitos maternos e infantis, atenção às mulheres trabalhadoras, negras, indígenas, com sofrimento psíquico e privadas de liberdade (BRASIL, 2012).

Dentro dessa lógica e para operacionalizar alguns aspectos do pacto e ampliar o programa de humanização do pré-natal e do nascimento é intuída, no âmbito do Sistema por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011- a Rede Cegonha (BRASIL, 2001), conteúdo que estudaremos na unidade 3 deste módulo.

2.2.2 Políticas públicas de saúde da criança no Brasil

As políticas brasileiras de saúde da criança sofreram transformações ao longo dos anos. Então vamos conhecê-las!

Os anos 1970 e 1980

Na década de 70, havia uma prevalência de morte e agravos evitáveis entre mulheres e crianças, decorrentes da injustiça social, da falta de investimentos em políticas públicas, entre outros. Diante desses dados, tornava-se prioritário o desenvolvimento de ações de saúde que priorizassem o binômio mulher-criança, a fim de reduzir o impacto negativo para o desenvolvimento da sociedade. Paralelamente, no âmbito internacional, a partir da década de 70, organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), incentivaram debates acerca da universalização do cuidado (BRASIL, 2009).

Nas décadas de 1970 e 1980, os programas de saúde infantil tinham um caráter vertical, pelo fato de suas metas e normas serem decididas em nível central e por critérios estritamente técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata de administração brasileira da época.

Em 1978, foi lançada a Declaração de Alma-Ata, que propôs um modelo de atenção à saúde com base na Atenção Primária em Saúde (APS), introduzindo discussões importantes sobre a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento socioeconômico. A APS proporcionou um movimento para incorporar ações de prevenção e promoção da saúde, mas ainda temos muitos desafios para modificar a realidade e enfrentar desigualdades na saúde.

Na década de 1980, com base nas condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, considerando as altas taxas de mortalidade infantil daquela década, a partir de 1984 foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade. O objetivo central desse programa era assegurar a assistência integral à saúde da criança, por meio das seguintes ações básicas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária. Havia uma preocupação com o binômio desnutrição-infecção na estrutura de morbimortalidade infantil, sendo extremamente complexa, era importante definir seus múltiplos fatores determinantes. O entendimento era de que havia uma longa e ramificada cadeia de fatores que podiam preceder as altas prevalências da desnutrição e das infecções em crianças, e que muitas situações estavam ligadas às adversas condições de vida em que crescia e se desenvolvia considerável parcela da população infantil.



Saiba mais

Para saber mais sobre o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança, acesse: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>

Entre os programas relacionados à saúde da criança desenvolvidos na década de 80, destaca-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, instituído em 1981, com a finalidade de incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce (BRASIL, 2009). Esse programa, considerado um modelo nos âmbitos nacional e internacional pela diversidade de ações que visava à promoção, proteção e apoio, estimulou e promoveu o debate sobre aspectos relacionados à educação, organização de serviços de saúde, trabalho da mulher e falta de controle sobre a publicidade dos alimentos infantis industrializados. Além disso, propôs a implantação do alojamento conjunto, o início da amamentação imediatamente após o nascimento, a não oferta de água e outros leites nas maternidades, a criação de leis sobre creche no local de trabalho da mulher e o aumento do tempo da licença maternidade (BRASIL, 2009). Os programas de saúde dos anos 1970 e 1980 apresentaram dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondia às condições de vida da população brasileira.

Outro movimento internacional importante que você deve conhecer é a Primeira Cúpula em Favor da Infância, de 1990, que realizou uma revisão das metas da Declaração de Alma-Ata, propondo o empenho dos governos no estabelecimento de prioridades para a redução da morbidade e mortalidade do grupo materno-infantil. Foram recomendados maiores investimentos para a melhoria do acesso das populações às medidas de prevenção e promoção da saúde e de atenção à saúde de melhor qualidade.

Os anos 1990

Em 1990, o Brasil e outros 158 Estados membros da Organização das Nações Unidas assinaram a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, assumindo o compromisso de viabilizar, até o ano 2000, os meios necessários ao cumprimento das 26 metas estabelecidas, sendo 19 na área da saúde.



Saiba mais

Para saber mais sobre a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, acesse: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex42.htm>

Em 1990, o Brasil promulgou a Lei Federal nº 8069, de 13/07/1990, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), um marco legal para a elaboração do “Plano Básico de Ação para a Proteção da Criança e do Adolescente nos Anos 90”. O Ministério da Saúde, como instância governamental técnico-normativa e regulamentadora, responsável pela liderança das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, passou, progressivamente, a substituir o conceito de saúde materno-infantil pelo de saúde integral da mulher e da criança, criando espaço institucional para a consolidação dos Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2009). Em 1995, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) com o objetivo de reduzir os óbitos infantis e melhorar a situação de saúde das crianças a partir da intensificação dos diversos programas governamentais, provendo a articulação intersetorial com instituições internacionais tais como UNICEF, OPAS, organizações não-governamentais, sociedades científicas, conselhos de secretários de saúde e sociedade civil. Os anos 1990 trouxeram para o setor de saúde a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF).



Saiba mais

Para saber mais sobre o Programa Saúde da Família, acesse:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>

O Ministério da Saúde brasileiro, na tentativa de reorganizar a atenção básica na área, assumiu o desafio de estruturar unidades e equipes de saúde da família, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Atualmente o PSF é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). O crescimento do PSF trouxe para debate a insuficiência da organização dos serviços e a falência das práticas profissionais e de gestão, sendo também importante uma mudança de denominação de Programa para Estratégia Saúde da Família, em função do acúmulo de discussões e de experiências em torno desses dois referenciais (GIL, 2006). A ESF vem se apresentando como campo propício para melhoria da atenção à saúde da criança. Estudos que estão avaliando o seu impacto na evolução da saúde das crianças discutem que o enfoque na vigilância da saúde traz benefícios, particularmente na redução dos óbitos no domicílio, incremento do aleitamento materno e da imunização, diminuição das internações e óbitos hospitalares por desnutrição, doenças respiratórias e diarreias. Enfim, o trabalho integrado e humanizado da ESF vem favorecendo ações de promoção da saúde da criança e prevenção de doenças prevalentes, com

diminuição de mortes no primeiro ano de vida (SILVA, 2003; RONCALLI; LIMA, 2004; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Também nos anos 1990, a partir de um reconhecimento da precária situação de saúde infantil, foi lançada a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas em Favor da Infância (UNICEF). Esse é um marco importante na atenção à saúde da criança no mundo.

A estratégia AIDPI, adotada no Brasil em 1996, tem como objetivos: reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuir a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais; garantir adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade; fortalecer a promoção da saúde e as ações preventivas na infância. Essa estratégia está relacionada ao perfil de saúde infantil do país, destacando a proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período neonatal, consideradas de difícil intervenção e, por outro lado, a convivência com a morbidade elevada das chamadas doenças do subdesenvolvimento, tais como as pneumonias, diarreias, desnutrição e a malária, particularmente na Região Norte do país. Na implantação da AIDPI no Brasil foram priorizados os municípios com mortalidade infantil superior a 40 óbitos por mil nascidos vivos, bem como onde já estivessem implantadas a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As principais recomendações foram: analisar a situação epidemiológica da cada país ou região; reconhecer as atividades realizadas para controlar os problemas de saúde da criança; elaborar planos operacionais para implementar a estratégia; capacitar os trabalhadores de saúde; organizar materiais necessários para a aplicação da estratégia; supervisionar com regularidade e dar apoio aos trabalhadores; aplicar medidas de comunicação social e de educação em saúde para a população; monitorar e avaliar as atividades e os resultados.

A estratégia AIDPI propõe avaliar, de modo sistemático, os principais problemas de saúde das crianças, identificando e avaliando os sinais e sintomas de enfermidades prevalentes na infância para um adequado tratamento e seguimento da saúde da criança. A AIDPI foi iniciada nos municípios com

elevadas taxas de mortalidade infantil tendo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF) e PRMI em desenvolvimento.



Saiba mais

Para saber mais sobre a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), acesse: <<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>> e <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf>

A AIDPI tem sido estudada e há resultados que expressam a importância da atitude empática e comunicativa dos profissionais de saúde com os cuidadores da criança, contribuindo para uma efetiva integração entre a sabedoria prática e a técnico-científica (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

Os anos 2000

No âmbito internacional, os 189 países membros das Nações Unidas, no ano 2000, comprometeram-se a cumprir oito objetivos estabelecidos pela Cúpula do Milênio. Entre os objetivos propostos destacam-se os relacionados à garantia do acesso universal de crianças e adolescentes a pelo menos o ensino fundamental, à redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos, à melhoria da saúde materna, entre outros.

Em 2002, no âmbito da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Este documento expressava a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado. As diretrizes políticas, expressas nesse documento de 2002, reafirmaram que o crescimento e o desenvolvimento infantis são referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente. Essas medidas não anularam e sim integraram aquelas recomendadas pela estratégia AIDPI.



Saiba mais

Para saber mais sobre Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, acesse: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>

Os princípios do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil foram sendo gradativamente incorporados às atividades do PACS e da ESF.



Palavra do profissional

Mas, afinal por que o crescimento e o desenvolvimento são eixos presentes nas políticas de saúde da criança?

O processo de crescimento e desenvolvimento da criança expressa os referenciais para a atenção à criança e ao adolescente nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. As diretrizes políticas reafirmam a necessidade de acompanharmos todo esse processo para detecção precoce de problemas de saúde e situações vulneráveis, intervenções para melhoria da saúde e qualidade de vida de crianças e famílias, prevenção de agravos, promoção, proteção e educação em saúde, bem como monitorar e melhorar os indicadores de saúde na infância e adolescência.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Neste documento, os cuidados com a saúde infantil foram colocados entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, enfatizando o cuidado integral e multiprofissional que responde pela compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar assistência à saúde qualificada e humanizada. A mortalidade infantil foi apontada como grande desafio para o país.

Essa Agenda de Compromissos também tem o objetivo de apoiar a organização de uma rede única integrada de assistência à criança. Identificando as principais diretrizes a serem seguidas pelas instâncias estaduais e municipais, e propõe um conjunto de ações organizadas em linhas de cuidado

abrangendo a criança integralmente, para que se supere a desarticulação entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade da atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Como princípios norteadores do cuidado da saúde da criança, o documento destaca: o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; o acesso universal; o acolhimento; a responsabilização; a assistência integral e resolutive; a equidade; a atuação em equipe; o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde; a participação da família; o controle social na gestão local; a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

A Agenda tem como principais eixos das linhas de cuidado:

- O nascimento saudável (anticoncepção e concepção, prevenção, diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), saúde dos adolescentes, atenção pré-natal, parto e puerpério e urgência, emergência materna e neonatal);
- As crianças menores de um ano (cuidados com o recém-nascido (RN), acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde em instituições de educação infantil e atenção às doenças prevalentes) e as de 1 a 6 anos e de 7 a 10 anos (saúde em instituições de educação e atenção às doenças prevalentes) (BRASIL, 2009).

A agenda de compromissos com a saúde da criança tem foco em: ações para a saúde da mulher de forma humanizada e com qualidade; atenção humanizada e qualificada ao recém-nascido; triagem neonatal (teste do pezinho); incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e às anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes; atenção à saúde mental; atenção à saúde bucal; prevenção de acidentes, maus-tratos, violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência. Ainda, as linhas de cuidado enfocam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da criança, preconizando continuidade da assistência, um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção à saúde, maior articulação entre os diferentes serviços de saúde, referência e contrarreferência responsável e busca da integralidade da atenção à saúde da criança em todo o país.



Saiba mais

Para saber mais sobre a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, acesse: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>

Outras diretrizes políticas para a saúde da criança

Como vem ocorrendo mudanças nos perfis epidemiológicos infantis, com diminuição de óbitos por diarreia e infecções respiratórias, a preocupação atual tem sido com as afecções do período perinatal. Assim, os esforços do Ministério da Saúde têm sido viabilizados para a atenção à saúde da gestante e do recém-nascido.

Nesse sentido, foi lançada em 1990 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pela OMS e pelo UNICEF e incorporada pelo Brasil. Os hospitais e maternidades credenciados como “Amigos da Criança” organizam suas práticas de saúde para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Há um grande enfoque na educação em saúde, na capacitação de trabalhadores, no monitoramento e avaliação das ações realizadas, entre outras. Essa estratégia está fundamentada na evidência de que o aleitamento materno reduz a morbidade e a mortalidade infantil, oferece nutrição de alta qualidade para a criança e traz contribuições ao seu crescimento e desenvolvimento.



Saiba mais

Para saber mais sobre Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), acesse: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo4.pdf>

Outra estratégia importante é a Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, implantado no Brasil em 1998. Esta estratégia visa a melhoria das condições de vida do recém-nascido de baixo peso ou pré-termo, com assistência neonatal, de livre escolha da família, promovendo o apego mãe-bebê por meio do contato pele-a-pele entre mãe e filho, incentivo ao aleitamento materno, redução do tempo de internação e diminuição de riscos de infecção hospitalar.



Saiba mais

Para saber mais sobre Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru a proposta brasileira, acesse: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>

O Ministério da Saúde reconhecendo, além da gravidade da situação relacionada às mortalidades materna e neonatal, as desiguais conformações que se apresentam no território brasileiro e que estas configuram-se em violações aos direitos de mulheres e crianças, propôs o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal como instrumento para a busca de soluções sustentáveis e garantia de corresponsabilização governamental e da sociedade. Esse Pacto constitui-se em política de Estado até 2015 e tem por objetivo articular os atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, com monitoramento por uma Comissão Nacional. É considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) um modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do milênio (BRASIL, 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou “Mais Saúde: Direito de Todos”, um amplo programa contemplando o eixo “Promoção da Saúde”. Uma das medidas voltadas para as crianças foi a implantação da Portaria GM nº 2.395, de 7 de outubro de 2009, que instituiu a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.



Saiba mais

Para saber mais sobre Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, acesse: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html>

Essa política tem por objetivo construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer aqueles tradicionalmente dirigidos a mulheres e crianças. Ela elege as etapas iniciais do crescimento e desenvolvimento humanos e os vínculos estabelecidos nas relações entre mãe-criança-pai-cuidador-família-rede social como “ambiente emocional facilitador” e um espaço potencial de produção de saúde, nos quais cabem ações de enfrentamento das desigualdades que interferem na sobrevivência e na qualida-

de de vida dos brasileiros. Essa estratégia segue os parâmetros da OMS e recomendações do Relatório Final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, em que o desenvolvimento emocional primitivo e o cuidado com a infância devem ter prioridade em termos de construção de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades para o desenvolvimento saudável dos cidadãos e do país.



Saiba mais

Para saber mais sobre Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, acesse: <<http://www.estrategiabrasileirinhos.com.br>>

2.3 Resumo da unidade

Ao longo dos anos, observamos um empenho do Ministério da Saúde em relação à saúde da mulher e da criança, evoluindo de uma atenção centrada apenas na reprodução para além dessa, fortalecendo a humanização na assistência e atenção à saúde reprodutiva, da concepção, parto e nascimento e nas fases do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil. Atualmente, o Ministério da Saúde tem enfatizado o cuidado à saúde como direito, a questão de gênero, a cultura e a atenção aos segmentos da população feminina e da saúde do recém-nascido e do lactente, ainda pouco visibilizados. Tem valorizado os problemas emergentes que afetam a saúde da mulher e da criança, a participação e o controle social, a redução e vigilância de óbitos maternos e neonatais e o trabalho em rede para consecução desses objetivos (BRASIL, 2004). São muitos os desafios para atingirmos um atendimento qualificado e humanizado à mulher e à criança, um direito que lhes cabe e é garantido constitucionalmente. Para tanto, é necessário um empenho da sociedade, dos serviços de saúde e de outros setores sociais afins para estabelecer parcerias com vistas a concretizar de fato esse direito, e criar formas de investir na capacitação dos profissionais de saúde e formadores, sobretudo para a promoção da saúde, sem deixar de considerar o tratamento e recuperação da saúde e prevenção de doenças; e fortalecer políticas que valorizem os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, em especial da atenção básica, que valorizem os usuários e sua participação no planejamento e avaliação das ações e o protagonismo da mulher na condução da gestação, parto e pós-parto, bem como a infância.

2.4 Fechamento da unidade

A Unidade 3 aborda a trajetória de construção das políticas, programas, pactos e portarias sobre a saúde da mulher e da criança e traça um panorama geral sobre seus principais objetivos, prioridades e estratégias políticas, buscando compreender as diretrizes governamentais para a organização da saúde da mulher e da criança no Brasil. De igual forma, o texto traz importantes pontos de reflexão sobre como a saúde da mulher, em especial no período grávido-puerperal, e a saúde da criança encontram-se imbricados ao longo da história. O texto fortalece a importância dos movimentos nacionais e internacionais na concepção das políticas e programas, subsidiando ações mais amplas na garantia dos direitos da mulher e da criança nas mais diversas etapas do processo de viver.

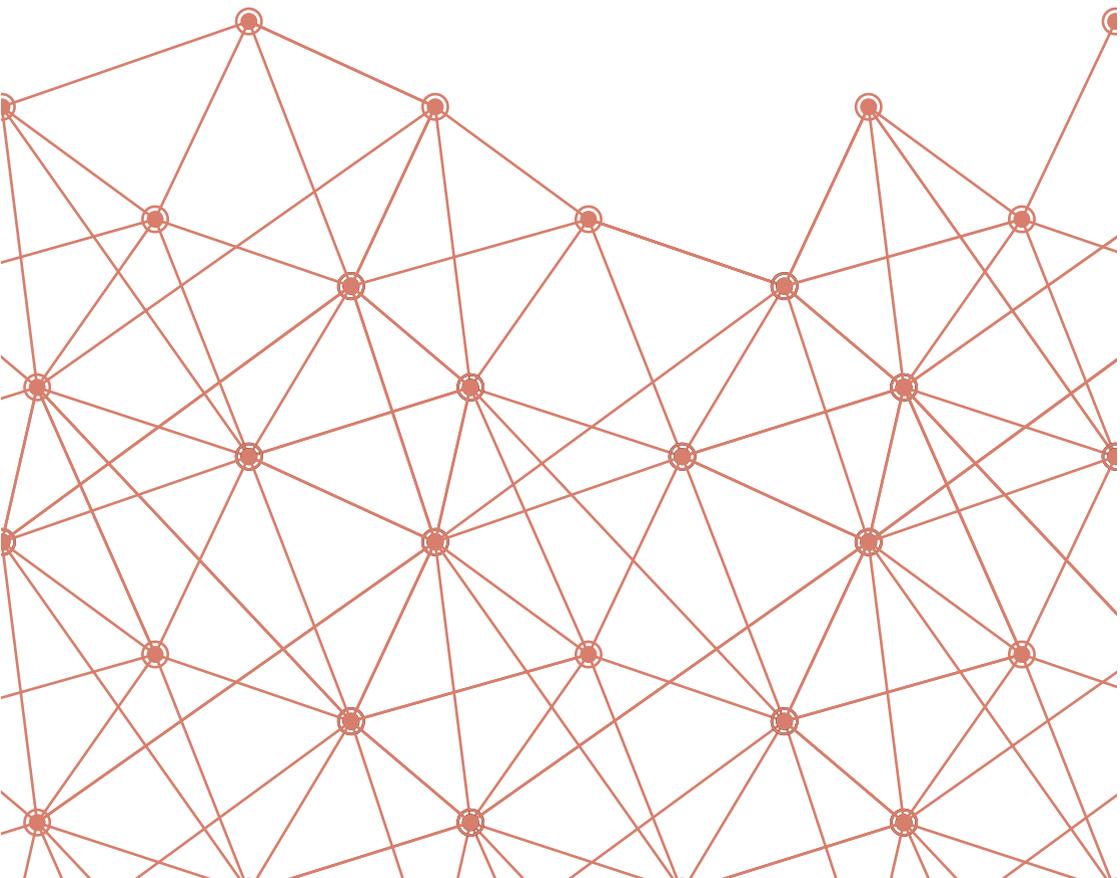
2.5 Recomendação de leitura complementar

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004. .

NETO, E. T. S.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

ZIMMERMANN, C. R. Social programs from a human rights perspective: The case of the Lula administration's family grant in Brazil. **Sur, Rev. int. direitos human.**, v. 3, n. 4, p. 144-159, 2006.

UNIDADE 3



Unidade 3 – Organização da rede de atenção à saúde materna e infantil

Nesta unidade, seu objetivo de aprendizagem é refletir criticamente sobre a organização da rede de atenção à saúde materna e infantil, descrevendo e analisando seus princípios, objetivos e componentes, bem como o papel do enfermeiro nesse contexto.

3.1 Introdução da unidade

Nas unidades anteriores você já deve ter se familiarizado acerca do contexto histórico e social a partir dos quais emergiram as políticas de atenção à saúde da mulher e da criança e de como elas estão constituídas na atualidade. Portanto, esta unidade pretende que você consolide os conhecimentos acerca de como está organizada a rede de atenção à saúde materna e infantil na atual conjuntura política e social. De igual forma, julgamos relevante destacar a importância da atuação do enfermeiro na implantação e consolidação das redes de atenção à saúde.

A organização de um sistema de saúde está em constante construção, não é estática e deve analisar as necessidades e mudanças sociais e culturais da sociedade. Ao acompanhar tais transformações é preciso prover ações de saúde para garantir acesso, direito e qualidade.

A organização dos serviços de saúde em redes está ligada à concepção de aprofundar a estratégia de regionalização, no âmbito do SUS, para a qualificação da atenção, da gestão e do cuidado em saúde, com a organização de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde.

Rede de Atenção à Saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados, de diferentes densidades tecnológicas, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Os benefícios da integração e constituição das redes de saúde são: racionalizar gastos, otimizar recursos e promover uma atenção condizente com as necessidades dos usuários, que dependem do aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde, para um adequado pacto de

responsabilidades entre as esferas de governo e a qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis de atenção em saúde (SILVA, 2011).



Palavra do profissional

Mas, podemos perguntar: como a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ordenar a continuidade do cuidado no contexto das redes de atenção à saúde?

Para Silva (2011) a APS tem importância primordial como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção à saúde e seu papel-chave para o adequado funcionamento das redes depende de:

- Ações de saúde abrangentes e articuladas para garantir a vigilância, prevenção de agravos e promoção da saúde;
- Gestão do cuidado com continuidade por meio da regulação do acesso e integração com outros níveis de atenção;
- Disponibilidade de profissionais generalistas com boa formação, com utilização de melhores evidências científicas;
- Escopo assistencial amplo, incluindo diferentes especialidades que atuem de forma articulada com os profissionais generalistas;
- Integração matricial com os especialistas.

Neste contexto, a APS é a articuladora das intersecções da Rede. Portanto, é importante conhecer como ela se articula e as especificidades dela no que se refere à atenção à saúde materna e infantil.



Palavra do profissional

Pensando no contexto das Redes de atendimento no âmbito da saúde materna podemos nos questionar: o que está acontecendo com o acesso da mulher no processo de gestação e parto?

No Brasil estamos enfrentando um fenômeno chamado “Gestante Peregrina”, pois os serviços de saúde apresentam dificuldades em sua organização e acesso deixando a mulher vulnerável. Por isso, é preciso intensificar a vinculação da gestante à unidade de referência para a assistência ao parto, com acesso equânime a um cuidado integral, resolutivo, de qualidade, humanizado e em tempo adequado, fortalecendo a “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”

O conteúdo desta unidade traz contribuições essenciais para a compreensão do que se deseja para que o “fenômeno da gestante peregrina” deixe de existir.

3.2 A Rede Cegonha

A partir de 2011, o Ministério da Saúde brasileiro, considerando 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 à criança, instituiu a Rede Cegonha no Brasil (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha, no âmbito do movimento feminista foi alvo de crítica, em função do nome e algumas ações remeterem novamente à questão da reprodução. Essa iniciativa busca ampliar a atenção prestada à gestante, parturiente e puerpéra, reforçando o cuidado como direito e assistência à mulher por serviços de saúde e por outros setores em um trabalho de rede. Propõe-se incluir as boas práticas na atenção e gestão baseadas em evidências na gestação, parto e pós-parto, estender a atenção ao recém-nascido até dois anos. Além disso, facilitar o transporte e garantir a referência aos diversos níveis de atenção à saúde, bem como ampliar o número de exames, investir na mudança do modelo obstétrico nos hospitais de ensino, ofertando residências e especializações nas áreas da saúde da mulher e da criança, especialmente em enfermagem obstétrica conforme detalharemos adiante.

A estratégia da Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS e fundamentada na humanização da atenção à saúde, consiste em uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

3.2.1 Os princípios e objetivos da Rede Cegonha

A Rede Cegonha se fundamenta em princípios preestabelecidos, vamos conhecer quais são estes princípios:

PRINCÍPIOS DA REDE CEGONHA

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos da mulher e da criança;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade e das diferenças regionais;
- IV - o enfoque do gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social;
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

OBJETIVOS DA REDE CEGONHA

- I - 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 e ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses de idade;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade;
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Como um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança a Rede Cegonha preconiza cuidados:

- Às mulheres: direito à gravidez, parto, aborto e puerpério seguros e humanizados, além do acesso ao planejamento familiar.
- Às crianças: direito ao nascimento seguro e humanizado e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Para que o nascimento possa ser seguro, a Rede Cegonha também garante a cobertura de leitos de alto risco, a implantação do método Canguru e UTI/UCI Neonatal, possibilitando um cuidado integral ao RN de risco. No entanto, a Portaria que criou essa rede prevê que sua implantação seja gradativa em todo o território nacional, respeitando os critérios epidemiológicos, tais como: taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

3.2.2 A organização da Rede Cegonha

A Rede Cegonha organiza-se a partir dos seguintes componentes:

1. Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal: suficiência de consultas; ampliação de exames e retorno em tempo hábil; visitas ao local do parto.
2. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro: regulação com vaga sempre; vale transporte e vale-táxi; casas de gestante e bebê.
3. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento: suficiência de leitos; direito a acompanhante; boas práticas; ambiência; estímulo ao parto normal.
4. Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade: promover aleitamento materno; garantir acompanhamento da criança na atenção básica; garantir atendimento especializado para casos de maior risco; busca ativa dos faltosos, sobretudo de maior risco; garantir acesso às vacinas disponíveis no SUS.
5. Garantia de direitos sexuais e reprodutivos: implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva; promoção, prevenção e tratamento das DST/AIDS; orientação e oferta de métodos contraceptivos.

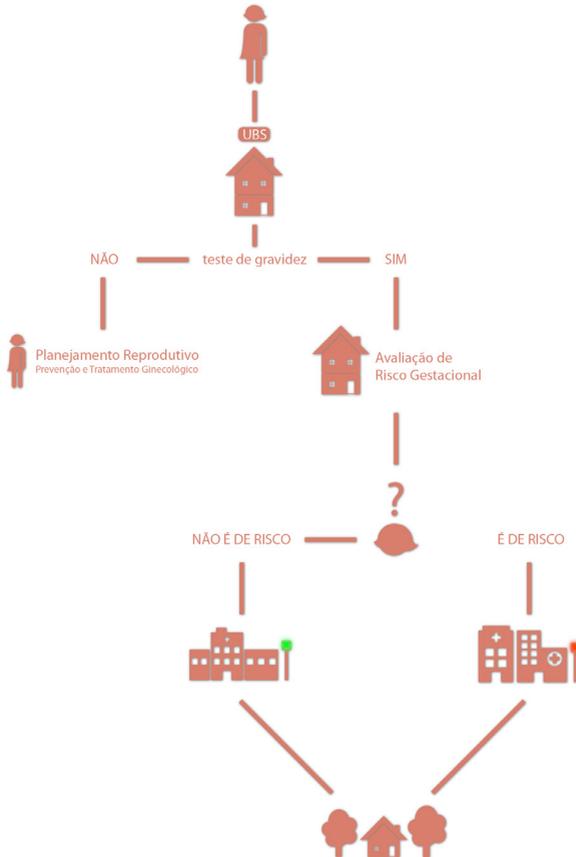
Esses componentes vão sistematizar as ações do Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, bem como do sistema logístico para transporte e regulação. No tocante ao financiamento, o Ministério da Saúde se compromete a realizar o seguinte aporte de recursos:

- Pré-natal: 100% de custeio dos exames, fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes;
- Transporte: 100% de custeio do transporte (vale-transporte e vale-táxi);

- Centro de parto normal (CPN) e casa da gestante, bebê e puérpera (CGB): 100% de custeio/ano, com investimento para construção nos dois primeiros anos;
- Leitos: 80% de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI, UCI, Canguru) e financiamento da ambiência para os locais de parto, com investimento para os dois primeiros anos.

Abaixo, na figura 1, você verificar o fluxograma de atendimento da Rede Cegonha:

Figura 1: Fluxograma de atendimento na Rede Cegonha



Fonte: Brasil (2012)

3.2.3 A operacionalização da Rede Cegonha

A operacionalização da Rede Cegonha implica em cinco fases:

6. Diagnóstica: apresentação da rede no território, análise dos indicadores de saúde da mulher e criança, homologação da rede na região e instituição de um Grupo Conductor, com representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde.
7. Desenho regional: realização do diagnóstico situacional, pactuação regional e proposta de plano operativo, com aporte de recursos necessários.
8. Contratualização municipal: desenho da Rede Cegonha no Município, realização da contratualização dos pontos de atenção da Rede e instituição do Grupo Conductor Municipal.
9. Qualificação: cada um dos componentes da rede deve ser qualificado, com cumprimento de requisitos mínimos.
10. Certificação: após a verificação da qualificação de todos os componentes, o Ministério da Saúde certificará a rede cegonha no território, e realizará reavaliações anuais da certificação.

Em todo o território brasileiro, a estimativa é de que a Rede Cegonha atenda 3,2 milhões de crianças e algumas medidas serão realizadas para que os objetivos da rede sejam alcançados.

As dificuldades para implantação das redes de atenção em saúde estão ligadas ao planejamento e gestão intergovernamental nas diferentes regiões do nosso país, mas é necessário superar as lacunas assistenciais e promover a integração da saúde para a qualificação e a continuidade do cuidado em saúde (SILVA, 2011). Esse é um grande desafio presente no contexto do SUS.



Saiba mais

Para conhecer mais detalhes das diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>.

3.2.4 Alguns indicadores de saúde

Alguns indicadores de saúde serão monitorados:

1. Indicadores de mortalidade e morbidade:

- Número de nascidos vivos e percentual de mais de 7 consultas no Pré-Natal;
- Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida);
- Número absoluto de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal);
- Número absoluto de óbitos maternos por município.

2. Indicadores da atenção à saúde:

- Cobertura de equipes de Saúde da Família;
- Tipo de parto: percentual de partos cesáreos e partos normais, bem como as cesáreas em primíparas com IG > 32 semanas e a idade materna;
- percentual de gestantes captadas até a 12^a semana de gestação;
- percentual de crianças com consultas preconizadas até 24 meses de idade;
- percentual de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada.

Aos recém-nascidos de baixo risco serão realizadas e monitoradas as seguintes ações:

- Uma consulta na 1^a semana de vida;
- Visita domiciliar ao recém-nascido na 1^a semana de vida;
- Atendimentos com consultas no 1^o, 2^o, 4^o, 6^o, 9^o, 12^o, 18^o e 24^o mês de idade;
- Vacinação básica de acordo com protocolos;
- Teste do pezinho até o 7^o dia de vida;
- Teste da orelhinha, e dependendo do diagnóstico reteste com especialista;
- Teste do olhinho nos atendimentos do 4^o, 6^o, 12^o e 25^o mês de idade;
- Uso de sulfato ferroso como profilaxia dos 6 aos 18 meses de idade;
- Uso de vitamina A, particularmente em áreas endêmicas;

- Consulta odontológica a partir do aparecimento do primeiro dente e aos 12 meses de idade.

Aos recém-nascidos de risco serão realizadas e monitoradas as seguintes ações:

- Acompanhamento dos egressos de UTI por 24 meses;
- Consultas com especialistas;
- Garantia dos exames necessários;
- Reabilitação da saúde.

Além dessas ações acima especificadas, as crianças serão monitoradas nas seguintes ações:

- Promoção do aleitamento materno;
- Acompanhamento da criança na atenção básica em saúde;
- Atendimento especializado para casos de maior risco;
- Busca ativa das crianças/famílias que não comparecem com regularidade, sobretudo as de crianças de maior risco;
- Garantia de acesso às vacinas disponíveis no SUS.



Palavra do profissional

Nós como profissionais da saúde sabemos a importância de tais medidas, pois a baixa vinculação do RN no momento da alta hospitalar é muito prejudicial para a continuidade do cuidado na atenção primária em saúde. Além disso, a baixa valorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças pelos serviços de saúde, principalmente nos dois primeiros anos de vida, pode repercutir para o resto da vida do indivíduo. A falta de apoio social para gestantes, puérperas, nutrízes e crianças em situação de vulnerabilidade social também são grandes fatores para aumento da mortalidade e morbidade materna e infantil.

3.2.5 O enfermeiro no contexto das redes de atenção à saúde materna, neonatal e do lactente

Após a leitura e o detalhamento apresentado do conteúdo acerca da rede de atenção à saúde materna, neonatal e do lactente é importante destacarmos a importância do(a) enfermeiro(a) neste contexto. Como vocês devem ter percebido, as ações que a Rede preconiza são extremamente diversificadas e nos lançam o desafio de articulá-las, dando a continuidade do processo.



Palavra do profissional

Neste momento, trazemos a ideia de uma teia que, quando puxada em uma de suas pontas, a outra necessariamente é afetada. Portanto, o(a) enfermeiro(a) precisa ser um articulador da Rede em conjunto com os membros da equipe de saúde e os demais profissionais de outras instituições. Você já pensou sobre isso?

O papel do(a) enfermeiro(a) é inegável no que se refere à sua contribuição para a qualidade das ações desenvolvidas em cada ponto da Rede, exercitando com isso o seu saber em prol da promoção da saúde de mulheres e crianças, focos dessa proposta. Então, tanto no âmbito da Atenção Básica, um dos pilares estruturais da Rede, quanto nos Serviços de Saúde com níveis de atenção e suas diferentes densidades tecnológicas, o(a) enfermeiro(a) precisa ser aquele que reconhece nessa população as dimensões das vulnerabilidades. Incentiva práticas saudáveis para as mulheres, para as gestantes e mães na promoção do aleitamento materno exclusivo, na orientação e acompanhamento durante as mais variadas fases do processo gestacional, nos cuidados da saúde física e mental de si mesmo, do recém-nascido, do lactente e da família como um todo. Na busca ativa de casos que possam indicar situações nas quais a mulher e as crianças estejam em risco, dentre outras ações preconizadas pela proposta de atendimento com um trabalho em Redes.



Palavra do profissional

É importante que você reveja no seu dia a dia e pense como tem sido sua prática nas diversas ações voltadas para a saúde da mulher em seu ciclo reprodutivo e nas voltadas para a criança. Qual tem sido a sua atuação no âmbito da vigilância em saúde deste segmento populacional? Como você e sua equipe poderiam contribuir para atuar como os articuladores nos mais diversos segmentos da Rede de atenção à saúde materna e infantil?

A reflexão acerca da proposta da sua atuação como enfermeiro(a) no contexto da organização da atenção à saúde em Redes vai requerer que você se familiarize ainda mais com as políticas, programas e pactos divulgados e implementados pelo Ministério da Saúde, bem como dos conhecimentos específicos necessários para ampliar a competência no atendimento da população.

3.3 Resumo da unidade

É fundamental que um sistema de saúde analise constantemente as necessidades e mudanças sociais e culturais da sociedade. No Brasil, atualmente, a organização dos serviços de saúde tem como desafios aprofundar a regionalização e integração dos serviços de saúde, no âmbito do SUS, para a qualificação da atenção, da gestão e do cuidado em saúde, com a organização de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde.

Os benefícios da integração e constituição das redes de saúde dependem do aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde, com pacto de responsabilidades entre as esferas de governo e a qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis de atenção em saúde.

A estratégia da Rede Cegonha brasileira deve ser fundamentada na humanização da atenção à saúde, como uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Neste contexto o(a) enfermeiro(a) tem um importante papel a desempenhar a fim de que, cada vez mais, o atendimento em Rede seja ampliado e qualificado.

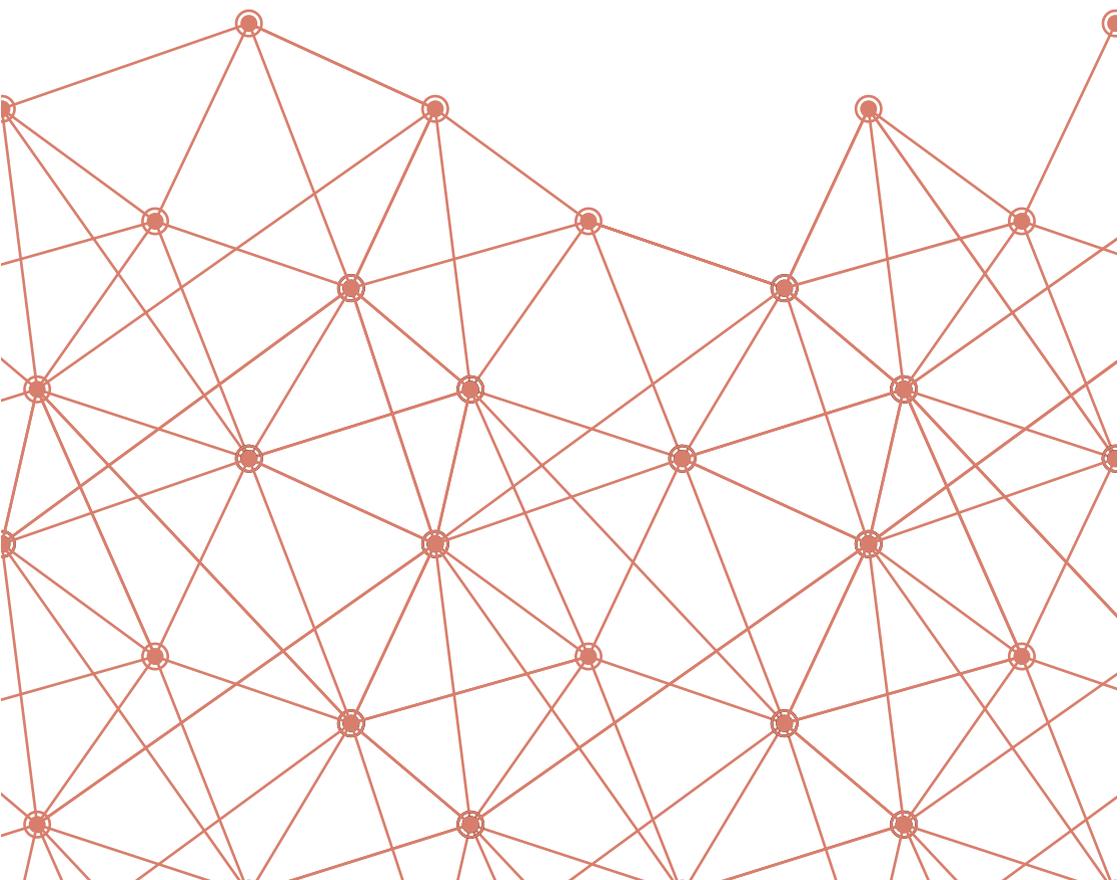
3.4 Fechamento da unidade

Esta unidade apresentou uma síntese dos objetivos, princípios e componentes da Rede Cegonha, destacando sua interface com o papel-chave da Atenção Primária em Saúde para coordenar o cuidado e ordenar o acesso aos níveis de atenção em saúde, fundamentais para a continuidade e integralidade da atenção à saúde.

3.5 Recomendação de leitura complementar

Sugerimos que você olhe nos quadros indicativos **saiba mais** a fim de realizar a leitura complementar desta unidade.

UNIDADE 4



Unidade 4 – Perfil epidemiológico relacionado à saúde materna, neonatal e do lactente, e Sistemas de Informação em Saúde

Ao final do estudo desta unidade você deverá ser capaz de descrever e analisar o perfil epidemiológico atual da saúde materna, neonatal e do lactente na realidade brasileira, por meio dos sistemas de informação de saúde.

4.1 Introdução da unidade

O Brasil passou por transformações em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização e atenção à saúde da população. O país tinha características de baixa renda, larga parcela da população rural e um sistema de saúde múltiplo e evoluiu para um país de renda média, urbanizado, com um sistema de saúde unificado. Essas mudanças tiveram um impacto sobre a saúde de mulheres e crianças.

O Brasil vem apresentando melhoria nos indicadores de saúde materna, neonatal e do lactente, evidenciando como o país evoluiu em suas condições de saúde, determinantes sociais e do sistema de saúde, mas ainda temos muitos desafios (VICTORA et al., 2011).



Palavra do profissional

Você que trabalha na área da saúde sabe como conhecer a situação de saúde da área de abrangência em que atua? Como identificar e medir o que representa e caracteriza a situação sanitária de um determinado lugar em um determinado tempo?

Partimos sempre de informações válidas e confiáveis, baseadas em evidências, de acordo com o contexto socioeconômico e cultural e o perfil epidemiológico para uma análise objetiva da situação sanitária, para o planejamento e tomada das decisões em saúde. A informação constitui-se em suporte básico para toda atividade humana, para sua comunicação, interação e ações. A informação em saúde é um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários

níveis que constituem o Sistema Único de Saúde. Essas informações são obtidas por meio de sistemas de informações e de indicadores. Os registros realizados durante o cuidado são fontes de informação. Eles precisam ser fidedignos e reais.

O que é sistema de informação e quais os mais importantes na área da criança e da mulher?

Sistemas de informação é o conjunto de elementos que se interrelacionam e coletam, processam (manipulam e armazenam), transmitem e disseminam dados e informações. Podem ser manuais ou informatizados, envolvem pessoas, máquinas e métodos organizados.

Os sistemas de informação necessários à saúde são aqueles que irão permitir conhecer as características sociodemográficas, físicas e outras que possam afetar a saúde. Os que permitem conhecer os problemas de saúde do município percebidos pelas autoridades de saúde e pela população. Além desses, os sistemas que monitoram a programação de saúde ao indivíduo e coletividade, não apenas na detecção de doenças e tratamento, mas, principalmente, na prevenção da doença e promoção da saúde. Capazes de gerar indicadores de eficácia e de efeitos dos serviços de saúde, além dos que informam apenas os aspectos administrativos.

O enfoque epidemiológico é fundamental na construção dos sistemas de saúde.

Os indicadores são instrumentos de medida que podemos utilizar para conhecer, analisar e avaliar uma dada situação de saúde de uma população específica em um determinado período de tempo (FAVERSANI; MARQUES; BLANK, 2005). São expressões quantitativas sintéticas, destinadas a medir, descrever e resumir propriedades ou aspectos de um fenômeno ou objeto. Portanto, esta unidade traz para você elementos para conhecer o perfil epidemiológico desta clientela e os sistemas de informação que o ajudarão a estruturar as ações.

4.2 Perfil Epidemiológico da Mulher no Brasil

No Brasil, as mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A saúde e a doença estão relacionadas e são partes de um processo cujo desfecho é determinado por fatores sociais, econômicos, culturais e históricos.

Considerando as desigualdades de poder entre homens e mulheres, e sabendo das implicações destas nas condições de saúde das mulheres, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde. Assim, é fundamental utilizarmos a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.

Considerando, ainda, a heterogeneidade das condições sociais, econômicas, culturais, de acesso aos serviços de saúde que caracterizam as regiões do Brasil, é esperado que o perfil epidemiológico da população feminina seja diferente de uma região para outra. Assim, os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram doenças que são mais frequentes em países desenvolvidos, como as cardiovasculares e crônico-degenerativas; e doenças e agravos típicos de países em desenvolvimento, como mortalidade materna e desnutrição.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são: as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório – pneumonias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e causas externas.

O perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região.

No Brasil, destaca-se a importância da análise de dados provenientes do IBGE e DATASUS como subsídios para traçar o perfil epidemiológico de mulheres e crianças. No que se refere à saúde materna, vamos discutir nesta unidade sobre o grande desafio do Brasil em reconhecer e incorporar a concepção das relações de gênero nas práticas do SUS e dos Serviços Sociais na gestão e na atenção e cuidado à saúde da mulher.

4.2.1 Composição do perfil

Apresentaremos agora alguns aspectos importantes na composição do perfil epidemiológico da saúde da mulher, em especial no segmento relacionado à saúde materna:

O aborto/abortamento

No Brasil, a legislação vigente proíbe a indução de abortos. As exceções estão nos casos em que a gravidez resulta de estupro ou põe em risco a vida da mulher. Há casos considerados especiais como em anomalias fetais severas, em que, após autorização judicial o aborto é permitido.

O aborto ocorre espontaneamente em 15 a 20% das gestações conhecidas, sendo 80% desses nas primeiras 12 semanas. A maioria dos abortos espontâneos ocorre devido a anomalias estruturais ou cromossômicas do embrião. A ocorrência diminui com o aumento da idade gestacional. O risco de aborto depois de 15 semanas é de cerca de 0,6%, variando de acordo com idade e etnia da gestante. No Brasil, pesquisa de abrangência nacional, realizada nas capitais e no Distrito Federal em 2002, evidenciou que 11,4% dos óbitos maternos foram devido a complicações de abortos (BRASIL, 2010).



Saiba mais

No site da AADS/Ipas Brasil - Ações Afirmativas em Direitos e Saúde | Ipas Brasil você vai encontrar mais material sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A missão da AADS/Ipas Brasil é a de garantir orientações e opções de acesso seguro ao atendimento à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes no Brasil. Disponível em: <<http://www.aads.org.br>>.

Sabemos que abortos ilegais ocorrem de forma insegura, contribuindo para o aumento da morbidade e da mortalidade materna e ainda, restringindo a fidedignidade das estatísticas sobre o aborto. Entre as causas de morte materna, aquelas decorrentes das complicações de aborto são as mais subnotificadas. Estas mortes afetam mais as mulheres jovens, negras, pobres e residentes em áreas periurbanas. As estimativas mostram que mulheres negras têm um risco três vezes maior de morrer em decorrência de abortos inseguros do que mulheres brancas.

É importante destacar que na sociedade brasileira e, conseqüentemente, no Congresso Nacional, há divergência de opiniões sobre o aborto. Há projetos propondo a ampliação dos direitos de livre escolha, incluindo a descriminalização do aborto; enquanto há outras que pretendem tornar ilegal todas as formas de aborto.

Quanto aos fatores de risco associados ao aborto espontâneo estão: idade materna, história de aborto espontâneo prévio; hábitos como o fumo, álcool e cocaína; uso de anti-inflamatórios não esteróides; alterações anatômicas uterinas; peso materno; e traumatismos.

Mortalidade materna

Apesar da assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal ser um dos principais focos da atenção às mulheres nos diversos setores públicos do Brasil, melhorar a saúde materna e impedir mortes maternas e infantis é um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no que tange a saúde, direitos sociais e reprodutivos. As disparidades regionais presentes em todas as regiões do país e já apontadas neste e em outras unidades, revelam as diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso de mulheres aos serviços de saúde.

Na Conferência de Nairóbi, em 1987, a redução da morte materna foi assumida como compromisso por todos os países em desenvolvimento. A 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1990, recomendou a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna nos países da América Latina.



Palavra do profissional

Na unidade 2 você conheceu as políticas e programas que enfatizam a necessidade de sistemas de vigilância em saúde, dentre eles os de vigilância da mortalidade materna, consolidada pela 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1990. Nela, houve a recomendação da implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna nos países da América Latina.

No Brasil, a Portaria nº 1.399, de 1999, do Ministério da Saúde, estabelece que a vigilância epidemiológica da morte materna é atribuição do município. Nos locais onde os setores de vigilância epidemiológica não estão aptos a assumi-la, recomenda-se que os Comitês de Prevenção da Morte Materna o façam. Os Comitês de Prevenção da Morte Materna são importantes instrumentos na redução dos óbitos, pois a partir da melhoria das informações disponíveis sobre morte materna os governos podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

A mortalidade materna no Brasil incide desproporcionalmente em mulheres afrodescendentes, mestiças, indígenas, pobres e solteiras que vivem nas regiões mais pobres do Brasil. Este cenário demonstra que o Estado brasileiro viola o direito a não discriminação por motivo de sexo; o direito à igualdade entre mulheres e homens; e o direito à saúde, devido à sua negligência e omissão em prover acesso efetivo a serviços de atenção à saúde para mulheres grávidas.

O que mascara os dados de mortes maternas é a falta de informação sobre os óbitos de mulheres no ciclo grávido-puerperal sobre as mortes maternas. Este é um fenômeno que ocorre em quase todo o mundo. Assim, a magnitude da mortalidade materna é muito mais elevada do que a que se observa. Essas diferenças estão ligadas diretamente à qualidade, disponibilidade e acesso à assistência à saúde. As causas de óbitos maternos no Brasil são devidas a causas obstétricas diretas (90%) e menos de 10% a causas obstétricas indiretas.

Os Comitês de Prevenção da Morte Materna são importantes instrumentos na redução dos óbitos, pois a partir da melhoria das informações disponíveis sobre morte materna os governos podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Saúde mental da mulher no ciclo grávido-puerperal

O ciclo gravídico-puerperal é o período de maior prevalência de transtornos mentais na mulher. Este fato está associado às exigências culturais, sociais, familiares e pessoais quanto ao desempenho da maternidade pela mulher (PEREIRA; LOVISI, 2008). Atualmente tem-se buscado delinear os fatores de risco para os transtornos psiquiátricos no ciclo gravídico-puerperal. O objetivo maior é realizar o diagnóstico e estabelecer o tratamento o mais precoce possível, a partir das evidências científicas de que o período perinatal não protege a mulher dos transtornos do humor.

As alterações emocionais mais investigadas incluem depressão na gestação e no pós-parto, ansiedade no período perinatal e psicose puerperal (BATTLE et al., 2006). Os transtornos psiquiátricos mal diagnosticados e não tratados durante a gestação trazem repercussões materno-fetais inclusive durante o trabalho de parto. É sabido que a presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a transtornos depressivos no pós-parto.

Embora menos documentada que a depressão pós-parto, a **depressão na gravidez** também está associada a resultados adversos para o binômio mãe-filho (HARTLEY et al., 2011). Estima-se uma prevalência de depressão na gravidez de 7% no primeiro trimestre, 13% no segundo trimestre e 12% no terceiro trimestre. A depressão na gravidez varia de 38% a 51% entre mulheres latinas (RODRIGUEZ, 2008). Nas gestantes adolescentes a prevalência é de 16 a 44%, duas vezes mais elevada do que entre gestantes adultas. Esse número pode estar relacionado à imaturidade afetiva e de relacionamentos.

A **disforia pós-parto** ou **blues** puerperal inclui sintomas depressivos leves e está presente em 50 a 80% das mulheres no pós-parto. A **depressão pós-parto** afeta de 10 a 20% das puérperas em todo o mundo e, estudos realizados mostram que no Brasil, os índices variam de 12 a 37% (HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008). Caracteriza-se como um transtorno mental de alta prevalência, que surge de maneira insidiosa, geralmente nas primeiras duas semanas após o parto e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Entre os sintomas que caracterizam a depressão pós-parto estão a tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, anorexia, distúrbios do sono, perda do interesse sexual, ansiedade, fadiga, principalmente, envolvendo os cuidados com a criança – o que acarreta problemas na interação mãe e filho (SILVA; BOTTI, 2005; TANNOUS et al., 2008). A **psicose puerperal** é um quadro mais raro e a incidência encontrada foi entre 1,1 e 4 para cada mil nascimentos.

O **transtorno de estresse pós-traumático** caracteriza-se por uma reação de medo intenso ou de impotência quando uma pessoa é confrontada com eventos que envolvam morte ou ameaça à integridade física. Mulheres em idade reprodutiva que passaram por situações estressantes apresentam altos índices de morbidades associadas ao transtorno de estresse pós-traumático, como transtornos depressivos, abuso de álcool e ansiedade (BORN et al., 2006). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, alguns dos eventos traumáticos incluem tortura, estupro, agressão física, desastres naturais, acidentes de carro, violência doméstica, entre outros.

Quanto aos fatores de risco psicossociais estão a adolescência, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos traumáticos vividos nos últimos doze meses, conflitos conjugais e pouco suporte social. Outros fatores de risco encontrados são mulheres com personalidade instável, com abortamentos de repetição, com alterações disfóricas pré-menstruais.

O ciclo grávido-puerperal deve ser acompanhado pelo profissional da saúde de forma criteriosa, pois envolve alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que se refletem na saúde mental das mulheres.

Violência

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde como o

uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG et al., 2002, p. 5)

Este tema faz parte de um novo perfil epidemiológico construído a partir de doenças associadas às condições, situações e estilos de vida. Neste cenário, a violência entra como a segunda principal causa de mortes no Brasil (MINAYO, 2005) e caracteriza-se por um problema multifacetado, resultante da complexa interação entre fatores biológicos, individuais, psicológicos, de relacionamento, ambientais, culturais e sociais. Faz-se necessário, portanto, confrontar a violência nos diversos níveis e setores da sociedade, com destaque para as ações de saúde pública (KRUG et al., 2002; OLIVEIRA; ALMEIDA; MORITA, 2011).

A agressão perpetrada contra a mulher denomina-se violência de gênero, do homem contra a mulher. A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública, um fenômeno mundial não determinado por classe social, raça, religião, idade ou grau de escolaridade, demandando esforços de várias esferas para sua prevenção e intervenção (AZEREDO, 2009; KASLOW et al., 2010).

Destacamos a importância de se identificar alguns fatores que podem aumentar o risco da ocorrência de Violência por Parceiro Íntimo (VPI), tais como: a presença de violência em relacionamentos anteriores; elevado tempo de convivência em situação de violência; baixa capacidade de negociação quanto aos aspectos conflitivos da relação; baixa autoestima e pou-

ca autonomia; exagerado sentimento de posse; uso de álcool e/ou outras drogas por um ou ambos os membros do casal; dependência econômica e emocional excessivas entre os parceiros; tendência ao isolamento e fechamento da relação; e contexto do início da relação indicativo de violência (BRASIL, 2001).

Um aspecto preocupante no que se refere à saúde das mulheres em situação de violência é a continuidade das agressões durante o ciclo grávido-puerperal (GAZMARARIAN et al., 2000), mesmo sendo esta uma fase do ciclo de vida em que se espera maior proteção e cuidado (MENEZES et al., 2003).

No Brasil, estudos que trataram da VPI na gravidez encontraram uma prevalência de violência física entre 7 e 20% (MENEZES et al., 2003; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010). Pesquisas que investigaram a VPI durante a gestação revelaram uma associação deste fenômeno com eventos adversos maternos e fetais (BOY; SALIHU, 2004). A mulher vítima de pelo menos um ato de violência física durante a gestação está mais propensa ao acompanhamento pré-natal inadequado (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010). Leung et al. (2002) destacam que a violência contra mulheres durante a gravidez tem sido associada a um aumento na incidência de eventos adversos, como aborto espontâneo, parto prematuro, sofrimento fetal, baixo peso ao nascer e depressão pós-parto.

4.2.2. Indicadores da saúde da mulher

É necessário caracterizar a população feminina segundo suas condições de vida, visando identificar situações prioritárias que demandam ações e políticas sociais mais urgentes. Apresentaremos seguir alguns aspectos a serem considerados neste contexto:

Aspectos demográficos

O Brasil tem passado por transformações demográficas e epidemiológicas, nas quais se destaca o rápido e acentuado envelhecimento populacional resultante da queda da mortalidade e da redução da natalidade. Ressalta-se que as modificações no perfil epidemiológico e demográfico ocorreram de forma diferente nas diversas regiões do país.

Em 2006, as mulheres brasileiras em **idade reprodutiva** caracterizavam-se como uma população jovem, com o grupo de menores de 30 anos representando cerca de 50% do total. A maioria das mulheres brasileiras de 15 a 49 anos (84%) vivia em áreas urbanas, em todas as regiões do País (IBGE, 2009b).

Quanto à **escolaridade**, observou-se alta variabilidade regional na proporção de mulheres de 15 a 49 anos sem instrução – 3% do total de mulheres brasileiras, dado esse semelhante ao das regiões Norte e Centro-Oeste, 6% no Nordeste do País e 1,5% nas regiões Sul e Sudeste. Aproximadamente 50% de mulheres brasileiras em idade reprodutiva superaram oito anos de estudo, indicando terem, no mínimo, o ensino fundamental completo.

A distribuição das mulheres segundo a **situação conjugal**, em 2006, mostra mais de 64% de mulheres em união, casadas ou em união consensual. Em seguida, estão as mulheres solteiras (26%) e as viúvas, separadas, divorciadas ou desquitadas em proporções muito inferiores (10%) (IBGE, 2009b).

Do total de mulheres em idade reprodutiva no Brasil em 2006, 58% tinham **acesso a todos os meios de comunicação**, enquanto menos de 1% não tinha acesso a qualquer um deles. Essa situação é relativamente melhor do que a verificada na PNDS de 1996, na qual 40% tinham acesso a todos os meios e cerca de 4% não tinham qualquer acesso a esses meios. Em 2006, no rol de preferências, a televisão era assistida por 96% das mulheres, seguido de jornais e revistas (68%) (IBGE, 2009b).

Nas últimas cinco décadas, o Brasil passou de uma sociedade rural para **urbana**, em que mais de 80% da população vive em centros urbanos. Esse processo foi mais acentuado nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (VICTORA et al., 2011).

Envelhecimento

A população brasileira envelheceu nos últimos 20 anos, estando o maior índice de envelhecimento entre as mulheres. Em 1980, a população feminina com 60 anos ou mais era de 6,7%. Em 1990, passou a ser de 8,2%. Nessa faixa etária, os homens eram 6,2% em 1980 e 7,2% em 1990 (BRASIL, 2009).

O Brasil passa por uma transição demográfica: um menor contingente populacional nas faixas com pessoas menores de 18 anos de idade e um maior número de pessoas acima de 60 anos de idade. Em 2000, as mulheres alcançaram uma expectativa de vida ao nascer de 72,6 anos, quase oito anos superior a dos homens (VICTORA et al., 2011).

Há 40 anos, vem ocorrendo uma queda expressiva nas taxas de fecundidade. A queda mais importante ocorreu nas Regiões Norte e Nordeste, onde as taxas eram, em 1980, de cerca de 6 filhos por mulher e passou para 3 filhos por mulher em 1990, e menos de dois filhos em 2006 (IBGE, 2009b).

No Brasil como um todo, em 1960, havia 6,3 filhos por mulher, passando em 2000 para 1,8 filhos por mulher (VICTORA et al., 2011).

Outro fator a ser notado é a de fecundidade entre as adolescentes de 15 a 19 anos que caiu de 18,7% para 17,8% em 2010. Existe uma tendência na queda de fecundidade entre as adolescentes que vem acompanhando o perfil geral de mulheres na população brasileira. Essa tendência se dá pelo acesso facilitado ao uso de preservativo e métodos anticoncepcionais, além da participação da mulher no mercado de trabalho. No entanto, ainda há preocupação com as adolescentes em situação de vulnerabilidade social, quanto menor o nível social maior a tendência em engravidar.

A melhoria na educação das mulheres brasileiras, urbanização, o maior acesso ao mercado de trabalho e o menor número de filhos afetaram positivamente os indicadores de saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, devemos fazer uma análise criteriosa desta mudança, pois, o maior uso dos serviços de saúde foi acompanhado de medicalização do ciclo gravídico-puerperal.

Mortalidade feminina

A situação de saúde da mulher brasileira, apesar da queda da fecundidade, do aumento da esperança de vida ao nascer e da sobrevivência das pessoas idosas não foi acompanhada de uma melhora significativa nas condições de saúde da população. As condições da assistência à saúde têm imposto às mulheres riscos desnecessários que poderiam ser detectados e corrigidos com um sistema de saúde efetivo e de boa qualidade.

O Brasil tem duas realidades distintas: (1) relacionadas com doença infecciosa-contagiosa (Regiões Norte e Nordeste) – diarreia, malária, tuberculose, esquistossomose e hanseníase; (2) crônico-degenerativas (Regiões Sul e Sudeste) – câncer de mama, infarto, diabetes e cirrose hepática (BRASIL, 2004).

As mulheres brasileiras são acometidas tanto por doenças facilmente evitáveis e tratáveis como por aquelas não evitáveis. Isso é reflexo das grandes diferenças de desenvolvimento regional, o que mostra situações de primeiro e de terceiro mundo dentro de um mesmo país.

De um modo geral, mulheres com mais de 50 anos e menores de 10 anos têm um risco maior de morrer do que as demais mulheres de 10 a 49 anos.

Entre as menores de 10 anos, as causas mais incidentes são: afecção de origem perinatal, doença infecciosa e parasitária, do aparelho respiratório e anomalia congênita, respectivamente. Entre 10 a 49 anos estão os agravos relacionados ao aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, doenças endócrinas e transtornos imunitários. As complicações da gravidez, parto e puerpério aparecem em 8º. lugar. Entre 50 anos e mais: doença do aparelho circulatório, neoplasia, doença do aparelho respiratório. A partir desse panorama, vamos compreender um pouco mais sobre o contexto histórico-social de onde emergem as concepções sobre a gestação, o parto e o nascimento (BRASIL, 2004).

Portanto, citamos alguns indicadores importantes sobre a saúde da mulher, tais como os que se seguem abaixo:

Os indicadores relativos ao Controle do câncer de colo de útero e mama

- Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos
- Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero.
- Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.

Os indicadores relativos à redução da mortalidade materna e infantil

- Taxa de Mortalidade Infantil com seus componentes: Mortalidade Neonatal e Mortalidade Pós-neonatal.
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados.
- Razão de mortes maternas.
- Incidência de sífilis congênita.
- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.
- Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal.

Indicadores Complementares

- Razão de mortalidade materna.
- Proporção de partos cesáreos.
- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.

4.2.3 Sistemas de Informação em Saúde da Mulher

Agora você conhecerá alguns dos sistemas de informações mais recomendados para consulta do perfil epidemiológico da mulher brasileira.

Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-natal)

O SIS Pré-natal foi elaborado para acompanhar todas as gestantes atendidas no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Foi desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

Outro objetivo do SIS Pré-natal é possibilitar o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, com vistas à redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Fornece, ainda, as bases de cálculo para o repasse financeiro aos municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000; MOIMAZ et al, 2010). No SIS Pré-Natal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL, 2008).

SISCOLO/SISMAMA

Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer e mama. Este sistema de informação foi desenvolvido pelo DATASUS em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, para auxiliar a estruturação do Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

O SISCOLO/SISMAMA coleta e processa informações sobre a identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e histopatológicos, fornecendo dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames. Dentre as potencialidades deste sistema, está a obtenção de informações sobre os exames realizados; o auxílio na conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados, o apoio à rede de gerenciamento no acompanhamento da evolução do programa e a disseminação de informações em saúde para Gestão e Controle Social do SUS bem como para apoio à Pesquisa em Saúde.

4.3 Indicadores de saúde da criança

No Brasil, a saúde infantil apresenta um perfil intimamente ligado às condições básicas de vida da população, diretamente relacionadas com renda familiar, moradia, educação, saneamento básico, condições ambientais, lazer, transporte, entre outras. Nessa parte do texto você verá os indicadores de saúde da criança com foco para os menores de 5 anos de idade.

4.3.1 O perfil epidemiológico da criança no Brasil

Neste tópico você conhecerá alguns indicadores que permitem traçar o perfil epidemiológico da criança brasileira.

A Mortalidade Infantil

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. É um indicador que faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário. Tem como meta combater a pobreza, a fome, as doenças, o analfabetismo, a degradação do meio ambiente e a discriminação contra a mulher. Visa o alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade, conforme vimos na unidade anterior.

Em nosso país, muitas crianças morrem antes de completar o primeiro ano de vida, mas a situação está se alterando, com uma queda significativa da mortalidade infantil. Nos anos de 1930, tínhamos cerca de 160 mortes por mil nascidos vivos (NV), passando para 115 mortes/1000NV em 1970. Em 1980, este índice caiu para 83 mortes /1000NV, 47 mortes /1000NV em 1990, 27 mortes /1000NV em 2000 e 19 mortes /1000NV em 2007. Na mortalidade infantil, as causas estão associadas às afecções perinatais, malformações congênitas, infecções respiratórias, diarreia e outras infecções. Dados recentes apontam que as mortes neonatais representam 68% da mortalidade infantil (VICTORA et al., 2011). Entre 1990 e 2007, conforme estatísticas divulgadas em maio de 2009 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade infantil no Brasil caiu para menos da metade.

As mortes fetais têm apresentado decréscimo e houve melhoria da cobertura da notificação dos eventos vitais, no entanto ainda ocorrem mortes fetais preveníveis. Também houve diminuição na mortalidade de crianças entre 1-4 anos de idade, passando de cerca de 6 mortes/1000NV em 1980 para 3 mortes/1000NV em 2000, sendo as principais causas os acidentes (21%), as infecções respiratórias (15%) e outras doenças infecciosas, como

diarreia, septicemia, infecções virais e meningites (13%) (VICTORA et al., 2011).

Para que as reflexões sobre possam ser aprofundadas é importante ter os conceitos claros, por isso, faremos uma breve revisão conceitual:

Mortalidade fetal:

- Expressa o número de óbitos fetais, ocorridos antes da sua completa expulsão ou extração do organismo materno, independentemente do tempo de gestação.

Mortalidade infantil:

- Expressa o número de óbitos em crianças menores de um ano de idade.

Mortalidade neonatal:

- Expressa o número de óbitos em crianças menores de 28 dias de vida.

Mortalidade neonatal precoce:

- Expressa o número de óbitos em crianças na primeira semana de vida, os menores de 7 dias.

Mortalidade neonatal tardia:

- Expressa o número de óbitos em crianças entre 7 a menos de 28 dias de vida.

Mortalidade na infância:

- Expressa o número de óbitos em crianças menores de 5 anos de idade.

Agora, com os conceitos alinhados, podemos nos questionar: por que a mortalidade infantil é tão importante como indicador?

A mortalidade infantil, historicamente, tem sido utilizada como um indicador das condições de vida da população e está presente na agenda política, pois reflete o desenvolvimento social, econômico e político de um país, região ou município. Em nosso país, as desigualdades regionais e socioeconômicas são grandes desafios (VICTORA et al., 2011).

As mortes entre crianças de até um ano de idade diminuíram de 49 para 20, por mil nascidos vivos, enquanto as mortes de crianças até cinco anos de idade recuaram de 58 para 22, por mil nascidos vivos (BRASIL -IBGE, 2009). É importante destacar que muitas causas geram este número ainda elevado em nosso país. Em 2009, as principais causas de morte foram: acidentes (21%), infecções respiratórias (15%), outras doenças infecciosas (13%), diarreia, septicemia, infecções virais e meningites (51%), esta grande porcentagem por essas doenças pode ser relacionada aos grandes problemas que o nosso país ainda enfrenta como falta de rede de esgoto, miséria e falta de acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, a região Nordeste tem os coeficientes de mortalidade na infância mais elevados, no entanto, desde 1990, vem ocorrendo uma redução anual da mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade infantil do Nordeste é 2,2 vezes maior que o da região Sul (VICTORA et al., 2011). Também temos iniquidades na mortalidade na infância por grupos étnicos, comparando crianças negras e brancas, que em 2004 foram 44 mortes em menores de 5 anos por 1000NV de crianças negras e 29/100NV de crianças brancas (VICTORA et al., 2011).

No Brasil, estamos vivenciando uma redução das disparidades sociais, diminuição da mortalidade infantil e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, mas ainda há grandes desafios para melhorar a qualidade das intervenções em saúde e alcançar as crianças mais desfavorecidas (VICTORA; BARROS, 2005).

Para que haja maior redução da mortalidade infantil são necessárias estratégias vindas do governo para os serviços de saúde como: vigilância à saúde da criança, incentivo e acompanhamento do pré-natal, parto com segurança, triagem neonatal, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vigilância da violência e da mortalidade infantil. Muitos destes conteúdos serão desenvolvidos em unidade subsequentes.

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU).



Palavra do profissional

É importante que você, profissional de saúde, conheça as ações desenvolvidas por entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas (ONU) e outras organizações nacionais e internacionais que trabalham em prol da saúde da criança. Vale lembrar que estas entidades têm grande influência na reflexão e na construção de políticas voltadas para a infância, e você pode implementar e ampliar no seu espaço de trabalho.

Morbidade e Fatores de Risco na Infância

No Brasil, as informações sobre morbidade em crianças apresentam avanços, podemos citar alguns exemplos (VICTORA et al., 2011):

- Algumas doenças infecciosas apresentam melhorias em seus indicadores, mas não para todas;
- A poliomielite foi eliminada no nosso país em 1989;
- O último caso autóctone de sarampo ocorreu em 1999;
- Nas hospitalizações de crianças houve diminuição de casos de internação por diarreia em menores de um ano de idade, a partir dos anos 1980.

Algumas situações são consideradas problemas de saúde pública (VICTORA et al., 2011), como os exemplos a seguir:

- Aumento dos nascimentos de crianças prematuras, com uma prevalência que aumentou de 4% no início dos anos 1980 para mais de 10% após os anos 2000;
- Aumento de cesáreas, contribuindo para o aumento de crianças prematuras, em geral entre 34 e 36 semanas de gestação;
- Prevalência de crianças de baixo peso ao nascer em torno de 8%, desde o ano 2000;

- A transmissão materno-infantil do HIV tem uma estimativa de 7%, variando de 5% na região Sul e de 15% na região Norte;
- A sífilis congênita com taxa de 1,7 por 1000NV, que pode estar subestimada devido à subnotificação, sendo considerada inadmissível, pois é uma enfermidade totalmente prevenível com uma atenção pré-natal universal.

Em geral, os fatores de risco para a saúde da criança, em função do risco ao nascer, adquiridos e/ou associados à morbimortalidade na infância (BRASIL, 2004) são os relacionados a seguir:

- Recém-nascidos residentes em áreas de risco;
- Recém-nascidos com baixo peso ao nascer (< 2.500g);
- Recém-nascidos prematuros (< 37 semanas de idade gestacional);
- Recém-nascidos com asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida);
- Crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido;
- Recém-nascidos de mães adolescentes (< 18 anos);
- Recém-nascidos com mães de baixa instrução (< 8 anos de estudo);
- História de morte de crianças < de 5 anos de idade;
- Famílias que recebem orientações especiais à alta da maternidade/unidade do cuidado do recém nascido;
- Crianças menores de um ano sem acompanhamento;
- Menores de 6 meses que não mamam no peito;
- Crianças que não comparecem para realização do teste do pezinho à unidade de saúde na primeira semana de vida;
- Crianças com vacinas em atraso;
- Crianças desnutridas ou com ganho de peso insuficiente ou com perda de peso recente sem acompanhamento;
- Egressos hospitalares (prioridade para os menores de 5 anos);
- Crianças com atendimento frequente em serviços de urgências;
- Criança com doença crônica sem acompanhamento;
- Crianças vítimas de violência e acidentes domésticos;
- Crianças explicitamente indesejadas;
- Crianças com diarreia persistente ou recorrente;

- Crianças com anemia ou sinais de hipovitaminose A;
 - História de desnutrição nas outras crianças da família;
 - Crianças com sobrepeso/obesidade;
 - Mães sem suporte familiar;
 - Famílias sem renda;
 - Mães/pais/cuidadores com problemas psiquiátricos ou portadores de deficiência, impossibilitando o cuidado da criança;
 - Mães/pais/cuidadores em dependência de álcool ou drogas.
-



Palavra do profissional

É importante que você, profissional de saúde, conheça as prioridades e indicadores de saúde, pois todos esses fatores são condições que exigem intervenções efetivas, com vigilância em saúde, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança e monitoramento do aumento da probabilidade da existência de doença perinatal e infantil.



Saiba mais

Acesse o site Organização Panamericana de Saúde (OPAS): <<http://new.paho.org/>>. Ela é um organismo internacional de saúde pública que se dedica a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. É uma importante fonte de informação em saúde.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CD): <<http://www.cdc.gov/>> traz em seu conteúdo informações importantes para os profissionais em saúde, o que contribui para o aprimoramento do aprendizado.



Saiba mais

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF): <<http://www.unicef.org/>> proporciona notícias atualizadas sobre a situação da infância no mundo, bem como oferece inúmeras matérias e textos que ajudam na reflexão sobre a infância. A UNICEF tem colaborado com a melhoria da situação de saúde das crianças em todo o mundo.

A Organização das Nações Unidas (ONU): <<http://www.onu.org.br/>> é uma organização internacional formada por países que tem como missão trabalhar pela paz e o desenvolvimento mundiais. Neste sentido há representações da ONU em diversos países e no site você encontra importantes informações das mais diversas esferas do conhecimento, contribuindo enormemente para a ampliação e discussão da saúde no Brasil e no mundo.

4.3.2 Sistemas de Informação em Saúde da Criança

Agora você conhecerá os principais Sistemas de Informação na saúde da criança:

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Contém informações epidemiológicas sobre os nascimentos informados em todo território nacional. A implantação desse sistema ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação e, em muitos municípios, já apresenta um número de registros maior do que o publicado pelo IBGE, com base nos dados de Cartório de Registro Civil.

SI - PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

Este sistema tem como principal objetivo “possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunizados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica” (BRASIL, 2011, p.1). Igualmente permite o controle do estoque de produtos imunobiológicos a fim de que os gestores possam programar sua aquisição e distribuição.

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

É um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar das pessoas que frequentam as Unidades Básicas do SUS. São contempladas pela Vigilância Alimentar e Nutricional todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (BRASIL, 2012, p.1).

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

Contém dados sobre mortalidade no país, possibilitando a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Essas informações permitem realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas. O SIM produz estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, bem como permite estudos do ponto de vista estatístico, epidemiológico e sociodemográfico.

Veja agora outros sistemas que abarcam a saúde da criança, bem como outros segmentos populacionais:

SINAN

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – contém dados alimentados, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 2325 de 08 de dezembro de 2003). Os estados e municípios podem incluir outros problemas de saúde importantes da sua região.

SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Contém dados sobre os agravos predominantes e sua situação de internação.

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

É o principal instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e de monitoramento das ações desenvolvidas na estratégia de Saúde da Família.

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Este tipo de sistema é usado por hospitais para gerenciar ambulatórios e fornecer informações para o SUS como a capacidade de atendimento, a quantidade de atendimentos por especialidade, habitantes, procedimentos, etc.

SIASUS - Sistema Ambulatorial do SUS

É um sistema que reúne informações sobre o registro de atendimentos ambulatoriais no SUS e usa esses dados para ajudar no gerenciamento dos serviços de saúde.



Saiba mais

Para acessar os sistemas de informações aqui citados recomendamos o link a seguir: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379>

4.4 Resumo da unidade

A unidade discutiu sobre o perfil epidemiológico da saúde mulher, principalmente no ciclo gravídico-puerperal e o da saúde da criança nos primeiros anos de vida. Reforçou as importantes mudanças na redução da mortalidade materna e infantil ocorrida nos últimos anos no Brasil e no mundo graças às ações e políticas voltadas para este objetivo. Destacou os principais indicadores na área de saúde materna e infantil e reforçou a importância dos registros nos sistemas de informação em saúde nestas áreas.

4.5 Fechamento da unidade

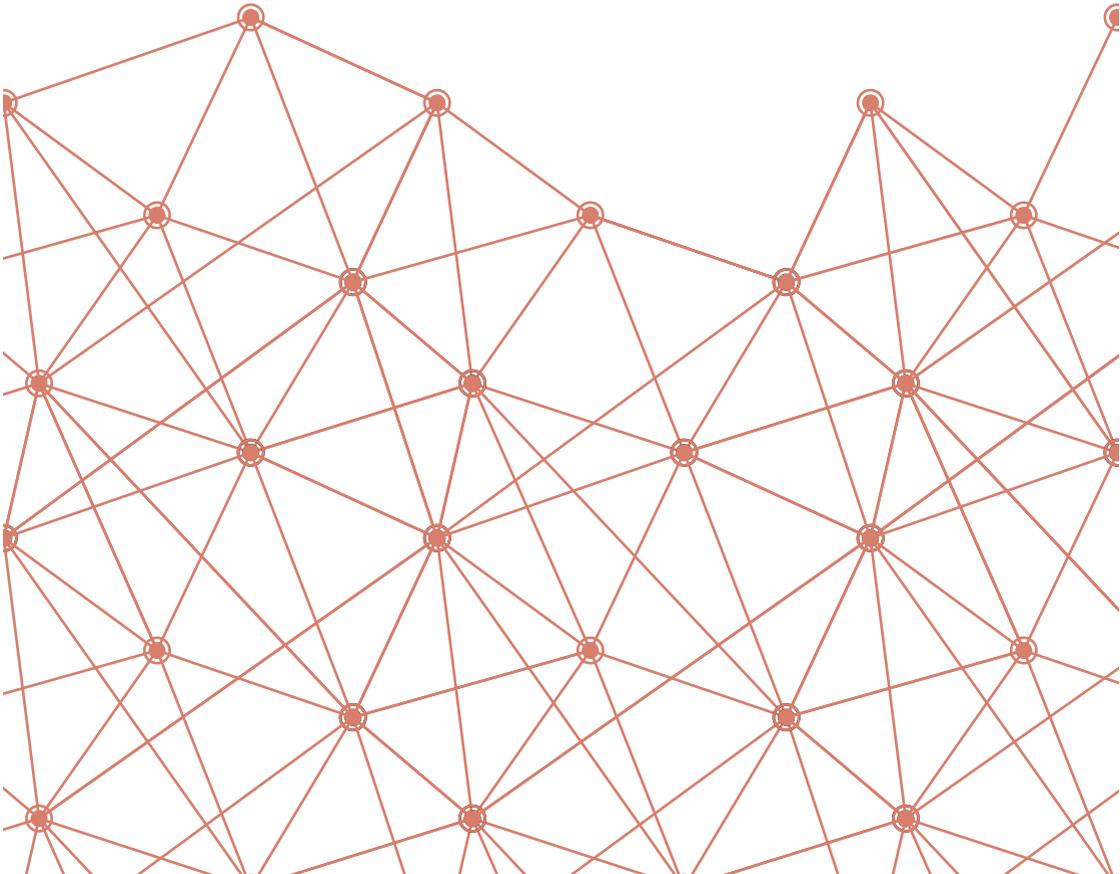
A redução dos índices de mortalidade materna e infantil é fruto das grandes mobilizações ocorridas com a intenção de melhorar as condições de vida deste segmento populacional. Para tanto, é necessário um esforço coletivo dos profissionais de saúde e de ações governamentais que priorizem o atendimento dessa clientela. Nesse contexto, os registros nos Sistemas de Informação devem ser valorizados e aprimorados, pois a partir deles haverá o planejamento, a avaliação e a reorganização das ações.

4.6 Recomendação de leitura complementar

VIANNA, R. C .X. et al. Mineração de dados e características da mortalidade infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 535-542, 2010.

Além do texto acima citado, sugerimos que você olhe nos quadros indicativos **saiba mais**, a fim de realizar a leitura complementar desta unidade.

UNIDADE 5



Unidade 5 – Direitos da mulher e da criança

Nesta unidade você vai identificar e aplicar os direitos fundamentais da mulher e da criança em prol da saúde, da qualidade de vida e do desenvolvimento humano.

5.1 Introdução da unidade

Nos serviços de saúde é importante sustentar ações em que sejam criados espaços para o exercício da defesa em prol do sujeito que está sendo cuidado, com práticas mais proativas na saúde da criança, da mulher, da família e da comunidade. Por isso, é fundamental conhecer os direitos humanos, para enriquecer nossas intervenções e ampliar a compreensão de nossas práticas. Os direitos humanos englobam saberes e ações que dizem respeito aos direitos e liberdades, básicos de todos os seres humanos.

5.2 A saúde e a defesa dos direitos fundamentais

O movimento pelos direitos humanos configurou um esforço internacional pela defesa dos direitos como um ideal a ser atingido por todos os povos e nações, organizando pactos internacionais sobre direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Assim, cada indivíduo e cada órgão da sociedade deve se esforçar para defendê-los, promovendo o respeito aos direitos e liberdades.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, criada em 1948 pela Organização das Nações Unidas, contém a seguinte afirmação: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, e dotados de razão e de consciência devem agir uns com os outros em espírito de fraternidade” (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2003).

Os direitos humanos dividem-se em Direitos Subjetivos e Direitos Sociais, veja a seguir a distinção entre eles:

DIREITOS SUBJETIVOS

são relacionados ao direito do sujeito, diz respeito à liberdade de ação do indivíduo. São situações em que um sujeito está justificado a empregar livremente a sua vontade. O direito subjetivo é de domínio da vontade do homem, juridicamente protegido.

DIREITOS SOCIAIS

possuem uma história relativamente mais recente e estão ligados às lutas políticas, democráticas e populares. Referem-se à garantia das condições para o pleno exercício público dos indivíduos, para que possam participar, ativa e livremente, como cidadãos de uma comunidade, incluindo o direito à educação, à saúde e ao trabalho. São também chamados de direitos positivos e pressupõem iniciativas concretas do Estado para a sua garantia.

No Brasil, o direito à saúde ganhou força nas últimas décadas do século XX. Em meados dos anos 1960, a 3ª Conferência Nacional de Saúde definiu o direito de todos à saúde e as discussões propunham a municipalização como caminho para implantá-lo. Nos anos 1980, com as propostas da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde foi destacada como direito, com ênfase nos princípios da universalidade, equidade, integralidade de ações e promoção da saúde.

A Constituição de 1988 e a criação do SUS fizeram ressurgir as discussões de que a saúde é um direito humano fundamental. A saúde é reafirmada como direito humano que é inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível e universal (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2003).



Palavra do profissional

Os profissionais de saúde devem defender e proteger os sujeitos. Nesse processo, a iniciativa, a habilidade e a ação de defesa implicam no ato de estabelecimento das interações intersubjetivas na efetivação do cuidado em saúde. O espaço das interações é aquele no qual nós, profissionais de saúde, estamos mais imediatamente colocados frente ao outro na relação terapêutica (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2003).

5.2.1 Os direitos da Mulher

- O termo “Direitos da Mulher” refere-se à liberdade inerente e reclamada pelas mulheres de todas as idades, direitos ignorados ou ilegalmente suprimidos por leis ou por costumes de uma sociedade em particular. A Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou os Direitos da Mulher nas seguintes categorias:
- Direito à Vida;
- Direito à Liberdade e a segurança pessoal;
- Direito à igualdade e a estar livre de todas as formas de discriminação;
- Direito à liberdade de pensamento;
- Direito à informação e à educação;
- Direito à privacidade;
- Direito à saúde e a proteção desta;
- Direito a construir relacionamento conjugal e a planejar sua família;
- Direito a decidir ter e não ter filhos e quando tê-los;
- Direito aos benefícios do progresso científico;
- Direito da liberdade de reunião e de participação política;
- Direito a não ser submetida a torturas e maus-tratos.

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), criado em 1985, vinculado ao Ministério da Justiça, tem como objetivo principal promover políticas que visem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. De 1985 a 2005, o conselho teve suas funções e atribuições bastante alteradas. No atual governo, passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República. É também atribuição do CNDM apoiar a Secretaria na articulação das ações.

Neste contexto emergiram vários movimentos sociais que buscaram, a partir de uma perspectiva de gênero, valorizar o papel da mulher, garantindo a ela o direito à cidadania de forma inalienável. Destacamos ações do Ministério da Saúde, a partir da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que elaborou o Programa Nacional de DST e AIDS, em março de 2007, para as instituições que atuam no campo dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras

DST's. Esta política, de natureza intersetorial, busca o enfrentamento da epidemia da Aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres, sendo um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos de mulheres, da promoção da saúde e da prevenção.

Tomando como referência os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos (tais como proposto nas Conferências de Cairo 1994, Beijing 1995 e na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres), as estratégias do Plano devem contemplar as mulheres e suas especificidades:

- Gestantes; mulheres vivendo com HIV e Aids; adolescentes e jovens;
- Lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres;
- Transexuais, negras, indígenas;
- Mulheres em situação de prisão; profissionais do sexo; trabalhadoras do campo e da cidade;
- Mulheres em situação de violência sexual e doméstica; portadoras de deficiência; mulheres no climatério e as mulheres idosas.

Aqui ressaltamos as diretrizes principais deste plano que são:

- Promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;
- Reduzir o estigma ao HIV/Aids e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade; e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade;
- Reduzir as iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza;
- Promover a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual das mulheres no acesso a informação, diagnóstico e tratamento;
- Fortalecer, implementar e ampliar as ações de prevenção, promoção e assistência as DST, HIV e Aids de forma integral e equânime, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Outro programa importante no que se refere à mulher é o Pró-equidade e Gênero. Este consiste em estimular as organizações públicas e privadas a desenvolverem novas concepções de gestão de pessoas e cultura organizacional. Visa alcançar a equidade de gênero no mundo do trabalho, eliminando todas as formas de discriminação no acesso, remuneração, ascensão e permanência no emprego permitindo a implementação de medidas

de equidade, articuladas estrategicamente, que promovem um ambiente de trabalho motivador, favorecendo a gestão empresarial.

Outros programas implementados e em implementação que garantem o protagonismo da mulher e reforçam seus direitos são:

- Programa Mulher na Ciência;
- Programa Gênero e diversidade na escola - visa a formação de profissionais de educação da rede pública que atuam entre a 5ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e aborda as temáticas de gênero, sexualidade e igualdade étnico-racial. A proposta principal é fornecer elementos para transformar as práticas de ensino, desconstruir preconceitos e romper o ciclo de sua reprodução pela escola;
- Programa Mulheres construindo autonomia na construção civil - tem o propósito de fortalecer as ações previstas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – II PNPM, com foco no Capítulo “Autonomia Econômica e Igualdade no Mundo do Trabalho com Inclusão Social”. Tem como uma das prioridades a promoção da autonomia econômica e financeira das mulheres por meio da assistência técnica, do acesso ao crédito e ao apoio ao empreendedorismo, associativismo, cooperativismo e comércio.

A área técnica de Saúde da Mulher é responsável pelas ações que garantem os direitos a:

- Assistência ao pré-natal;
- Incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias;
- Redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher;
- Planejamento familiar, assistência ao climatério;
- Assistência às mulheres negras e população GLBTT.

Para a gestante é garantido:

Direitos Sociais

Em várias instituições públicas e privadas existem guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento a gestantes. Caso a mulher seja vítima de agressões físicas por parte de estranhos, do companheiro ou de familiares ela deve ir à delegacia da mulher do seu município, para prestar queixa.

Direitos no Trabalho

(Garantidos pelas leis trabalhistas – CLT) – ao comparecer nas consultas de pré-natal ou fizer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez, ela deve receber do serviço de saúde uma DECLARAÇÃO DE COM-PARECIMENTO, justificando assim a falta ao trabalho. A gestante tem o direito de mudar de função ou setor no seu trabalho, caso o mesmo possa provocar problemas para a saúde dela ou do bebê. Para isso, precisa apresentar à gerência um atestado médico comprovando que precisa mudar de função. Enquanto estiver grávida, e até cinco meses após o parto, a gestante tem estabilidade no emprego e não pode ser demitida, a não ser por “justa causa”, isto é, nos casos previstos pela legislação trabalhista.

De igual forma, a gestante tem direito a uma licença-maternidade de 120 dias – recebendo salário integral e benefícios legais – a partir do oitavo mês de gestação. Contudo, há um projeto de lei que pode ampliar a licença maternidade para seis meses. Até o bebê completar seis meses, a mulher tem direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de trinta minutos, para amamentar. O companheiro tem direito a uma licença-paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê. Caso estes direitos não sejam respeitados, a mulher deve procurar os sindicatos ou associações de sua categoria profissional. Se a categoria profissional não tiver sindicato ou associação, a mulher pode buscar ajuda diretamente na Justiça do Trabalho ou no Ministério Público.

Nos serviços de saúde

A gestante tem direito a ser atendida com respeito e dignidade pela equipe de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social; aguardar o atendimento em lugares arejados e limpos, tendo à sua disposição água potável e sanitária limpos; ser chamada pelo próprio nome e receber a atenção sem enfrentar longas esperas, bem como ter prioridade nas filas. Dentro deste direito está o de ter o acompanhamento de pré-natal e parto adequados conforme as políticas e programas governamentais abordados nas unidades anteriores. Depois do parto, a mulher tem o direito a ter a criança ao seu lado, em alojamento conjunto, e amamentar; receber orientações sobre a amamentação e suas vantagens; na alta deve sair com orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e do recém-nascido. Muitos destes direitos estão contidos nas propostas do governo sobre a atenção à saúde materna em sistema de Redes como vimos nas unidades anteriores.

Outro direito inalienável é o que está relacionado aos Direitos Reprodutivos. Estes são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacio-

nais. E se referem ao direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

No que se refere aos Direitos Sexuais, estes tratam do direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/Aids; Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Outra grande conquista das mulheres está relacionada à prevenção e à coibição da violência contra a mulher. Os grandes marcos desta conquista foram:

- O reconhecimento em 1991 da violência contra a mulher pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) como causa de adoecimento das mulheres, sendo considerada uma questão de saúde pública (CAMARGO, 2000);
- A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, adotada pela OEA em 1994;
- A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, Resolução da Assembléia Geral das Nações Unidas, dezembro de 1993;
- A Lei Maria da Penha Nº 11.340 decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente do Brasil.

Dentre as várias mudanças promovidas pela lei Maria da Penha está o aumento no rigor no que se refere à punição dos agressores que perpetram violência contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar. A lei entrou em vigor no dia 22 de setembro de 2006, e já no dia seguinte o primeiro agressor foi preso, no Rio de Janeiro, após tentar estrangular a ex-esposa.

Procure conhecer em seu município como se processa o fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência. Conheça mais sobre como o(a) enfermeiro(a) pode contribuir com a promoção dos Direitos das Mulheres.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre os Direitos da Mulher acesse os seguintes sites:

- <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>
- <http://www.violenciamulher.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1213&Itemid>
- <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CartilhaGestanteGravidezSaudavel.pdf>>
- <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_feminizacao.pdf>

5.2.2 Os direitos da criança

Em 1959, durante a Assembléia Geral das Nações Unidas, foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança, estabelecendo que:

- Todas as crianças são iguais e tem os mesmos direitos, não importa sua cor, raça, sexo, religião, origem social ou nacionalidade;
- Todas as crianças devem ser protegidas pela família, pela sociedade e pelo Estado, para que possam se desenvolver fisicamente e intelectualmente;
- Todas as crianças têm direito a um nome e a uma nacionalidade;
- Todas as crianças têm direito a alimentação e ao atendimento médico, antes e depois do seu nascimento. Esse direito também se aplica à sua mãe;
- As crianças portadoras de dificuldades especiais, físicas ou mentais, têm o direito a educação e cuidados especiais;
- Todas as crianças têm direito ao amor e à compreensão dos pais e da sociedade;
- Todas as crianças têm direito à educação gratuita e ao lazer;
- Todas as crianças têm direito de ser socorridas em primeiro lugar em caso de acidentes ou catástrofes;

- Todas as crianças devem ser protegidas contra o abandono e a exploração no trabalho;
- Todas as crianças têm o direito de crescer em ambiente de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos.

De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas de 1989, os direitos à vida, à sobrevivência, ao máximo desenvolvimento, ao acesso à saúde e aos serviços de saúde não devem ser tomados apenas como necessidades das crianças e adolescentes, mas também são direitos humanos fundamentais.

A proteção e o cumprimento desses direitos fundamentais dependem da realização dos seguintes direitos: a não discriminação, educação e acesso à apropriada informação, privacidade, proteção de todas as formas de violência, descanso, lazer e recreação, adequado padrão de vida, não exploração e participação, com direito a ser ouvida.

Mas, vamos pensar: por que a criança precisa ser ouvida?

A criança é um ser integrante da sociedade, é cidadã, é sujeito de direitos. Deve ser respeitada e ouvida, e os adultos têm deveres para com as crianças (MARICONDI; SILVA, 2003).

No Brasil, os princípios da Declaração dos Direitos da Criança foi uma das normas internacionais que norteou a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma das maiores conquistas da sociedade civil organizada nos anos 1990.

O ECA é uma lei que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Ele determina os direitos da criança e do adolescente relacionados a: direito à vida e à saúde; direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer; direito à profissionalização e à proteção ao trabalho.

Perante a Lei é criança a pessoa que tem até 12 anos incompletos, e o adolescente o que se encontra na faixa etária de 12 a 18 anos.

O ECA foi capaz de introduzir mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1979. Com o ECA, crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, fazendo com que o poder público implementasse políticas públicas que não se dirigissem apenas aos abandonados e infratores.

Por outro lado, esse documento estabelece também a responsabilidade da sociedade e dos pais na atenção à criança e ao adolescente. Colocar isso em prática é o grande desafio da sociedade brasileira.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte a Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>

A saúde da criança e seus direitos

A criança tem direitos que se referem, principalmente, à autonomia pública, ou seja, aos direitos sociais, tais como o direito ao adequado crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, nutrição, vacinação, higiene, saneamento ambiental, medidas de proteção, prevenção de acidentes, acesso à educação, cuidados à saúde, enfim, o direito à vida.

Ao nascer, os direitos garantidos a toda Criança (UNICEF, 2011) são:

- Ser registrado gratuitamente;
- Receber a **Caderneta de Saúde da Criança**;
- Realizar gratuitamente o teste do pezinho e o teste da orelhinha;
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade;
- Receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico;
- Mamar exclusivamente no peito durante os seis primeiros meses;

A **Caderneta de Saúde da Criança** é um documento que oferece orientações, permite o registro das informações e promove o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde. As famílias devem exigir a caderneta assim que o bebê nasce (UNICEF, 2011).

- Ser acompanhado pela família e pelos profissionais de saúde em seu crescimento e desenvolvimento;
- Ser acompanhado pelos pais durante a internação em hospitais;
- Ter uma família e convivência com a comunidade;
- Viver em um lugar limpo, ensolarado e arejado;
- Viver em um ambiente afetuosos e sem violência.



Palavra do profissional

Agora, pense: Por que precisamos proteger nossas crianças?

Proteger e cuidar é tudo aquilo que fazemos para manter a vida e a saúde. As crianças precisam de cuidado e proteção, afeto, preocupação e zelo, para que tenham um crescimento e desenvolvimento saudável (BENEVIDES, 2003).

Também é importante a garantia de que os pais conheçam os princípios básicos de saúde, recebendo apoio para aplicação dos conhecimentos no cuidado à criança. No entanto, considerar somente os direitos exclusivos das crianças pode criar situações delicadas e potencialmente danosas se olharmos para os pais e famílias somente como cumpridores de deveres.

Se somente pensarmos em cumprir deveres, poderemos ter o desenvolvimento de ações e de políticas públicas autoritárias na saúde. Por outro lado, as diretrizes das políticas de saúde precisam expressar compromisso não só com a sobrevivência, mas também com a qualidade de vida das crianças, vendo-as como um todo e em relação com seu ambiente, pais e família.

O Estado, em concordância com as convenções, declarações e pactos internacionais, deve respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos de seus cidadãos. Para tanto, tem o dever de elaborar planos de responsabilização, na tentativa de evitar desrespeitar, desproteger e não efetivar um direito.



Palavra do profissional

Os profissionais devem ser agentes públicos imbuídos de observação e intervenção para respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2003).

5.3 Resumo da Unidade

O texto trouxe considerações acerca dos direitos da mulher e da criança e de como estes igualmente fazem parte das políticas de atenção à saúde materna e infantil brasileira. Destacou os principais direitos da mulher e da criança a fim de que o(a) enfermeiro(a) possa auxiliar na sua aplicabilidade no contexto de sua prática profissional. Dentre os direitos da mulher destacam-se os já consagrados pelas organizações nacionais e internacionais e aqueles que afirmam que a mulher deve ser preservada de qualquer tipo de violência. No que se refere aos direitos da criança, enfatiza-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como um dos principais documentos na consolidação da cidadania dos que vivenciam o período infanto-juvenil.

5.4 Fechamento da unidade

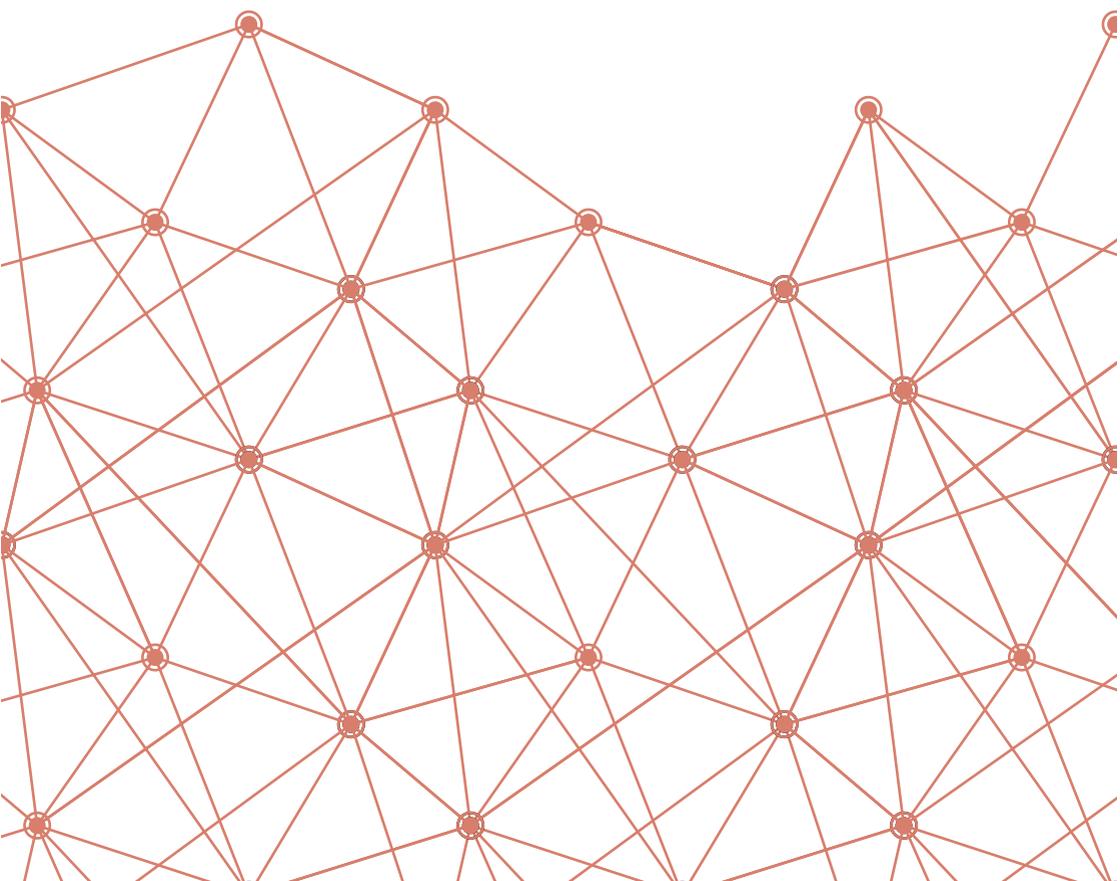
Os direitos da saúde da mulher e da criança são de extrema relevância para o cuidado de enfermagem. As intervenções em saúde devem garantir o respeito, a proteção e a efetivação dos direitos humanos, em busca da integralidade da atenção à saúde.

5.5 Recomendação de leitura complementar

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a Convenção dos Direitos da Criança, acesse: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>.

MATOS, M. L.; GITAHY, R. R. C. A evolução dos direitos da mulher. **Colloquium Humanarum**, v. 4, n. 1, p. 74-90, jun. 2007.

UNIDADE 6



Unidade 6 – Saúde sexual e reprodutiva

Nesta unidade você vai conhecer e refletir criticamente sobre os conceitos de saúde sexual e reprodutiva e suas implicações para a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos e a atuação nas equipes de saúde.

6.1 Introdução da unidade

Os conceitos sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como os seus respectivos direitos, são fruto de conquistas históricas na busca pela cidadania e na luta pelos direitos humanos e ambientais. Na unidade anterior você conheceu parte dos movimentos sociais que culminaram com a formulação de direitos inalienáveis do ser humano, em especial os relacionados à mulher, à criança e ao adolescente.

Agora é importante que você lembre alguns conceitos-chave neste tema. O primeiro deles se refere ao de saúde sexual e o outro sobre saúde reprodutiva, como segue:

Saúde Sexual

é a habilidade de mulheres e homens, jovens e adultos, para desfrutar e expressar sua sexualidade, livre de imposições, violência ou discriminação, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis ou gestações não desejadas (BRASIL, 2006, p.7).

Saúde Reprodutiva

é considerada o estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. Envolve a capacidade de desfrutar uma vida sexual satisfatória e sem riscos, bem como a liberdade de homens e mulheres, jovens e adultos, decidirem se querem ou não ter filhos, o número de filhos que desejam e em que momento da vida gostariam de tê-los (BRASIL, 2006, p.7).

Estes conceitos serão apresentados à medida que formos desenvolvendo o tema que se segue. Portanto, nesta unidade retomaremos alguns aspectos históricos na consolidação dos direitos, enfatizando um pouco mais os relacionados à saúde sexual e reprodutiva e suas implicações com o desenvolvimento populacional, sendo considerados essenciais para que você compreenda como podemos contribuir na discussão da saúde para a ampliação, manutenção e divulgação acerca desse tema.

6.2 Breve abordagem histórica sobre saúde sexual e reprodutiva

Nas últimas décadas, intensos debates sobre a situação da saúde da mulher foram realizados no Brasil e internacionalmente. Insatisfeitos com a assistência à saúde prestada às mulheres, que se baseava apenas nas queixas de ordem biológica e voltada para a reprodução, os movimentos de mulheres, profissionais da saúde, acadêmicos entre outros, se intensificaram no final da década de 1970 e início dos anos de 1980, reivindicando o direito das mulheres de controlarem o próprio corpo. Neste mesmo período, em nosso país, houve intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, pela volta da democracia.

Em meio a esses debates, os conceitos de saúde da mulher, saúde sexual e saúde reprodutiva também foram discutidos e sofreram evolução ao longo desses anos. A política internacional demonstra que, desde 1948, quando foi definido o conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), várias declarações, convenções e conferências internacionais contribuíram para a melhoria dos direitos humanos de mulheres e homens e, entre muitos aspectos para a melhoria da saúde, contribuindo também para a definição de um conceito de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

O contexto mais amplo da discussão sobre os conceitos de saúde da mulher, saúde sexual e saúde reprodutiva foi a tentativa de melhorar a proteção dos direitos humanos de forma geral (GALVÃO, 1999).

No cenário internacional, vários marcos referenciais foram importantes para a definição de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. A partir de 1919, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) regulamentou a proteção à maternidade, o que representou o primeiro grande marco na discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher, impondo limites quanto ao trabalho das mulheres grávidas. Os ganhos posteriores a este fato passaram a ser a legitimação do conceito de direitos reprodutivos e o estabelecimento de novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica. Em 1994, a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (ICPD) no Cairo foi primordial, pois a maioria dos países chegaram a um consenso sobre as definições de saúde reprodutiva e saúde sexual, levando em consideração as questões de gênero, meio ambiente e direitos humanos. Em 1995, a Conferência Mundial da Mulher, em Beijing,

reafirmou os conceitos elaborados na Conferência do Cairo e, desde então, essas definições vêm sendo amplamente utilizadas para direcionar políticas públicas, programas e estudos nacionais e internacionais de saúde (BRASIL, 2010). A partir da união destas Organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil em geral, instituiu-se a garantia do cumprimento e fiscalização da implantação dos acordos firmados nessas conferências.

Correia, Januzzi e Alves (2003) apontam que a Conferência do Cairo ocorreu após duzentos anos de debates sobre demografia e economia, que resultou na Plataforma de Ação da CIPD. Esta estabeleceu uma mudança significativa nos paradigmas então vigentes promovendo: “políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos” (CORREIA; JANUZZI; ALVES, 2003, p. 1). Portanto, há muito que se discute o controle da natalidade e a sua correlação com o desenvolvimento e a subsistência das populações, sendo que diversos países apresentaram, a partir desse momento, avanços para as concepções que atualmente temos em relação à saúde sexual e reprodutiva.

Segundo a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento do Cairo, a saúde reprodutiva implica na capacidade da pessoa em desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar, implicando diretamente na liberdade para escolher entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada. Para tanto, homens e mulheres têm direito à informação e acesso a métodos de planejamento familiar e direito de receberem assistência apropriada à saúde que permita uma gestação e parto sem riscos e ofereça as melhores possibilidades de terem filhos saudáveis (CORREIA; JANUZZI; ALVES, 2003).

Esta Conferência também discutiu sobre o objetivo da saúde sexual de melhoria da vida e das relações das pessoas, e não apenas o aconselhamento e a atenção à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis. Cinco anos após a conferência do Cairo, novas discussões foram realizadas incluindo as sobre a saúde sexual de mulheres e homens na saúde reprodutiva, como na definição do Family Care International (1999) citado por Gualda et al. (2002, p. 189): “Saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades” e outras práticas que podem trazer risco para a sexualidade.

A importância das discussões sobre estes conceitos está na sua utilização prática com vistas a investigações científicas e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Muitos avanços foram conquis-

tados, a fim de assegurar que as pessoas de todas as orientações sexuais e identidades de gênero possam viver com dignidade e respeito a que todas as pessoas têm direito (VENTURA, 2003). A partir de toda essa discussão a favor dos direitos, da saúde sexual e da saúde reprodutiva, foram discutidos e desenvolvidos também conceitos de direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Assim, os direitos reprodutivos são definidos como:

o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência” (BRASIL, 2010).

Embora tenhamos tido avanços na implementação de ações que garantam a saúde sexual e reprodutiva das populações, no Brasil, tanto quanto em outros países, ainda perduram altos índices de morte materna, doenças e agravos relacionados à saúde reprodutiva preveníveis em muitos aspectos. Nas unidades anteriores, você conheceu as múltiplas causas a partir das quais estes índices ainda encontram-se elevados no Brasil.

Sobre esse assunto Salvador (2008, p. 8) ainda destaca que,

[...] em todo o mundo, problemas relacionados à saúde reprodutiva ainda são a principal causa de morte ou de enfermidades entre mulheres de 10 a 49 anos de idade. São inúmeros os motivos que contribuem para esse quadro, entre eles a existência de tabus, preconceitos e estigmas relacionados ao livre exercício da sexualidade e, de certo modo, à dificuldade em reconhecer os direitos reprodutivos como direitos fundamentais.

É importante enfatizar que os Programas e as Plataformas de Ação propostos nas conferências sobre saúde sexual e reprodutiva abordam a necessidade de promover a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para “a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de promover-se, de igual modo, o efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2005, p. 7). Ações estas que enfatizam informações e serviços adequados para atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, oferecidos pelos governos.

Adiante abordaremos conteúdos que permitam que você possa contribuir para a promoção da saúde sexual e reprodutiva da população que atende.

6.2.1 A saúde sexual e reprodutiva e suas implicações no viver

É importante lembrar que a saúde, em seu aspecto global, é permeada e resultante dos determinantes de saúde da população. Dentre eles, encontram-se as condições socioeconômicas, culturais, ambientais da sociedade. Estas igualmente estão relacionadas às condições de vida e trabalho dos indivíduos. Portanto, condições de habitação, saneamento, ambiente e acesso aos serviços de saúde e educação, bem como o acesso e a utilização das redes sociais e comunitárias, são fatores que se relacionam ao estilo de vida, bem como a aquisição de hábitos. E no cenário que se refere à saúde sexual e reprodutiva encontramos igualmente presentes o sexismo e o racismo.

O sexismo, o racismo, o machismo, o moralismo sexual, a homofobia, a lesbofobia e o adultocentrismo aliados aos tabus, valores culturais e os mais diversos tipos de preconceito amplificam as desigualdades, o que dificulta a efetivação das conquistas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, além de impedirem o exercício do direito humano à saúde (SALVADOR, 2008). Daí a necessidade em consolidar tais direitos a partir de ações nas mais diversas esferas de atuação.

A importância das discussões sobre estes conceitos de direitos sexuais e reprodutivos está na sua utilização prática com vistas à investigações científicas e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Na atenção à saúde da mulher brasileira, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, representou um importante marco histórico, pois foi o primeiro programa de saúde a trazer elementos essenciais do conceito de saúde reprodutiva. Esse programa incluía a perspectiva de gênero e dos direitos reprodutivos, antes mesmo destes serem definidos, ampliados e consolidados nas Conferências do Cairo, em 1994, e de Beijing, em 1995. Também foi o primeiro programa pautado nos princípios da descentralização, organizado com base na regionalização e hierarquização (COSTA, 1999). Antes dessa proposta, a assistência à saúde da mulher limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com o PAISM, a atenção à saúde da mulher deve ser integral, clínico-ginecológica, obstétrica e educativa, com ações voltadas ao aperfeiçoamento do controle na fase grávido-puerperal, à abordagem de todas as fases do ciclo vital da mulher, ao controle e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e do câncer ginecológico e mamário, e à assistência para concepção e contracepção. Neste sentido, o PAISM apontou a direção das ações a serem tomadas com relação à saúde da mulher.

No entanto, apesar de ser bem formulado, o programa não foi efetivamente implementado, visto que a assistência em saúde prestada à mulher brasileira não supre suas necessidades e traduz as dificuldades do sistema e das estruturas políticas, econômicas, sociais e culturais. Entre os obstáculos encontrados por Ventura (2006) para sua implementação estão:

- As persistentes desigualdades de gênero na nossa cultura;
- A forte atuação de grupos religiosos que reconhecem somente deveres reprodutivos para a mulher, de forma hegemônica para toda a sociedade;
- Os desafios econômicos e sociais resultantes do empobrecimento da população;
- A dificuldade do Estado em expandir seus investimentos nas áreas sociais.

Em meio à situação complexa de saúde vivenciada pela mulher brasileira, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a fim de incrementar e implementar ações básicas do PAISM (BRASIL, 2004). Construída a partir da proposição do SUS, a Política incorporou, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, na tentativa de consolidar as ações voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a melhoria da atenção obstétrica, do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro e do combate à violência doméstica e sexual. Além disso, a Política visa a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids, portadoras de doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, amplia as ações para grupos não contemplados com as das políticas públicas, como as mulheres negras, em situação de prisão, indígenas, trabalhadoras rurais, mulheres lésbicas, bissexuais (BRASIL, 2004).

Apesar dos avanços internacionais e nacionais na adequação da legislação e das políticas para a defesa dos direitos das mulheres, as brasileiras ainda sofrem discriminações e violações em seus direitos. A desigualdade entre os sexos no Brasil interfere no direito à saúde integral, influenciando a segurança pessoal e a autonomia. Consequentemente, a mortalidade materna continua elevada no país, os serviços de saúde continuam maltratando e negando acesso ao atendimento às mulheres em diferentes situações de saúde. Ainda, a feminização da epidemia de HIV/Aids é um desafio a ser enfrentado e a violência afeta a saúde sexual e reprodutiva de muitas brasileiras, fatos que retratam as desigualdades de gênero em nosso país. Com relação à saúde sexual e reprodutiva, os indicadores demonstram a omissão e desatenção dos responsáveis pelas políticas de saúde (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

Na atualidade, as definições de saúde sexual e reprodutiva derrubam a concepção hegemônica de sexo e reprodução apenas como funções biológicas. A efetiva implementação de ações que respeitem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens envolve mudanças não apenas nos serviços de saúde, mas nas estruturas socioculturais, políticas e econômicas e necessita do empenho de grupos e associações profissionais e da sociedade civil organizada. Os profissionais de saúde têm um importante papel de educação e orientação que, para auxiliar na efetivação das ações, necessita o desenvolvimento de responsabilidade social, realizando suas ações de forma integral e respeitando a individualidade de cada mulher e homem, favorecendo, assim, a sua plena cidadania. A incorporação dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva pelos profissionais e serviços de saúde certamente levará a concretização da integralidade e equidade na assistência à saúde da mulher brasileira, enfatizadas no sistema único de saúde.

Você pode se perguntar: o que está implicado diretamente na garantia da saúde sexual e reprodutiva? Dentre os desdobramentos deste assunto você vai verificar que o primeiro deles é que as pessoas conheçam os direitos ao exercício pleno da sua sexualidade. Revise a unidade anterior para retomar quais são os direitos reprodutivos. A partir desta revisão, teremos temas transversais que são necessários à garantia daqueles. Um deles é o acesso à informação acerca de temas como: planejamento familiar, métodos anticoncepcionais, noções de anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção da violência em suas mais variadas formas e no contexto deste módulo, especialmente sobre a mulher e a criança. Além destes temas transversais, você deve se apropriar de conhecimentos acerca das políticas de saúde que garantem o acesso e o atendimento de mulheres e crianças a fim de garantir o direito humano à saúde.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva as políticas e programas vão garantir o acesso da mulher a informações e serviços de forma equitativa e ampliada, bem como às ações que viabilizem a redução da mortalidade materna como vimos nas unidades anteriores. Nesse aspecto, um dos princípios mais importantes é o da educação voltada para o tema, principalmente no âmbito das escolas. Para tanto, a parceria entre saúde e educação deve ser fortalecida, a fim de que se possa atuar na promoção da saúde sexual e reprodutiva precocemente. O Programa de Saúde Escola (PSE) tem se constituído em um forte aliado neste processo ao incluir os temas transversais que estão correlacionados com a garantia de uma sexualidade saudável e livre de riscos.

Ações como a inclusão do homem na discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva são fundamentais para que ambos: homens e mulheres possam,

em parceria, construir-se enquanto sujeitos e protagonistas em suas opções e condução da sua sexualidade. Portanto, a “mobilização de homens jovens e adultos em defesa da saúde sexual e reprodutiva, na perspectiva de gênero, raça, faixa etária e condição de saúde” são essenciais nesse processo.

6.2.2 O Planejamento familiar na contribuição para a saúde sexual e reprodutiva

Vamos conversar um pouco mais sobre o Planejamento familiar no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Certamente, enquanto profissional, você já conhece o planejamento familiar, tanto quanto executa ações que a ele estão relacionadas. Portanto, aqui vamos revisitar o conceito e as implicações destes na garantia dos direitos reprodutivos de homens e mulheres e de como estes repercutem na qualidade do viver das famílias.

O Planejamento Familiar é definido por Salvador (2008, p. 43) como:

[...] o conjunto de ações de educação e saúde nas quais são oferecidos todos os recursos cientificamente aceitos para a concepção e a anticoncepção. Para ser real, o direito de planejar o número de filhos implica o efetivo acesso a métodos contraceptivos ou conceptivos para todas as pessoas em idade reprodutiva, de acordo com suas necessidades e expectativas, incluindo: adolescentes e jovens; pessoas com deficiências; pessoas vivendo com HIV e Aids, integrantes de grupos historicamente discriminados e populações marginalizadas. Garantir o acesso significa oferecer a possibilidade de escolha do método que melhor atenda às necessidades de cada pessoa ou casal, entre uma variedade de métodos seguros, eficazes e a um custo acessível.

Portanto, quando um casal consegue planejar a quantidade e o momento no qual terão seus filhos, aumenta a possibilidade de garantir a estes os recursos necessários para a educação, a saúde, o lazer e outras dimensões significativas e saudáveis do viver. É necessário que você, enquanto profissional, conheça os métodos contraceptivos e discuta com sua clientela sobre o melhor para eles e permita que estes decidam pela opção mais conveniente. Dentro deste contexto, a atenção e o vínculo estabelecido com a clientela são fatores primordiais para haja sucesso nas ações.



Saiba mais

O parágrafo 7º do artigo 226 da nossa Constituição estabelece o princípio da paternidade responsável e o direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais e a Lei Federal Nº 9.263 de 1996, que regulamenta este Artigo, estabelece que as instâncias gestoras do SUS, em todos os níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte integrante das demais ações que compõe a assistência integral à saúde. Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=5696>.

Nesta unidade não vamos abordar sobre os métodos anticoncepcionais, principalmente por partirmos do pressuposto de que você já os conhece. O que gostaríamos de enfatizar é a necessidade de informar, sanar dúvidas e atender adequadamente a necessidade da clientela a respeito desse tema. Outro aspecto igualmente importante é a orientação sobre a “concepção” e suas formas de acesso para a população que a deseja e que, por ventura, encontra dificuldades para realizar o sonho de ser pai ou mãe.

No âmbito do Ministério da Saúde, por meio da Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano, instituída pela Portaria nº 1679/GM, de 28 de agosto 2003, iniciaram-se as discussões sobre a regulamentação para o emprego de técnicas de reprodução humana assistida. Portanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) coordenou um grupo de trabalho para elaboração de proposta de normatização para o funcionamento dos bancos de células e tecidos germinativos.

Em março de 2005, houve a publicação da Portaria nº 426/GM que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Embora esta ainda não tenha sido efetivamente implementada, está igualmente presente na Política Nacional de Humanização (PNH) que você já conheceu nas unidades anteriores. O artigo 306 dessa política estabelece que:

[...] a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização <<http://www.redehumanizaus.net/7889-ministerio-da-saude-aprova-o-regulamento-do-sus>>.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, acesse o site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>

Portanto, faz parte da mobilização social e da atuação dos profissionais de saúde fomentar e revitalizar a discussão sobre as ações propostas por esta Portaria, a fim de que os casais com problemas de infertilidade possam usufruir os direitos que ela garante.

Ações para garantia da saúde sexual e reprodutiva

Neste tópico, listaremos algumas diretrizes anteriormente propostas pelo Ministério da Saúde com repercussões nacionais, a fim de garantir o exercício de uma sexualidade saudável e a garantia dos direitos de jovens adultos. Dentre as ações priorizadas no Caderno 1, sobre os Direitos sexuais e reprodutivos de 2005 (BRASIL, 2005) destacam-se:

- A ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS;
- Elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas;
- Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar;
- Pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS;
- Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS;
- Ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;
- Cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;
- Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul;
- Apoio e desenvolvimento de pesquisas;
- Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens;

- Atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão;
- Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento;
- Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Você já deve ter percebido que as ações propostas em 2005 ainda se encontram em processo de construção e implementação. As unidades anteriores abordam vários aspectos correlacionados a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a consolidação desses Direitos. Portanto, você como profissional de saúde precisa estar constantemente informado a respeito delas.

6.3 Resumo da unidade

A unidade abordou tópicos sobre a saúde sexual e reprodutiva como uma construção histórica na instituição dos direitos reprodutivos e condição para o pleno exercício dos Direitos Humanos. Retomou a importância das Políticas de atenção à saúde, em especial às relacionadas à saúde materna infantil para a efetiva consolidação do direito à saúde sexual e reprodutiva. Apontou a importância das parcerias entre o governo, às organizações não governamentais e a educação na manutenção e promoção da saúde no que se refere à sexualidade e a reprodução. Enfatizou a importância do profissional de enfermagem nesse processo e recomendou a educação permanente como condição para esta atualização. Destacou que, apesar dos avanços internacionais e nacionais na adequação da legislação e das políticas públicas, as brasileiras ainda sofrem discriminações e violações em seus direitos. Enfatizou a importância da incorporação dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva pelos profissionais e serviços de saúde.

6.4 Fechamento da unidade

A promoção da saúde sexual e reprodutiva está contida nos princípios do direito à saúde e do Pacto pela Vida. Cabe às instituições de saúde promover o livre acesso à informação e condições que garantam a dignidade de homens e mulheres no pleno exercício de uma sexualidade saudável nas mais variadas fases do desenvolvimento e do processo de viver. Para tanto, é preciso políticas e programas que proporcionem ao profissional de saúde a educação permanente e informação para a população sobre temas que envolvam a sexualidade e a reprodução superando toda a forma de preconceito.

A efetiva implementação de ações que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens envolve mudanças não apenas nos serviços de saúde, mas nas estruturas socioculturais, políticas e econômicas, necessitando do empenho de grupos e associações profissionais e da sociedade civil organizada. A incorporação dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva pelos profissionais e serviços pode melhorar a assistência à saúde das mulheres brasileiras.

6.5 Recomendação de leitura complementar

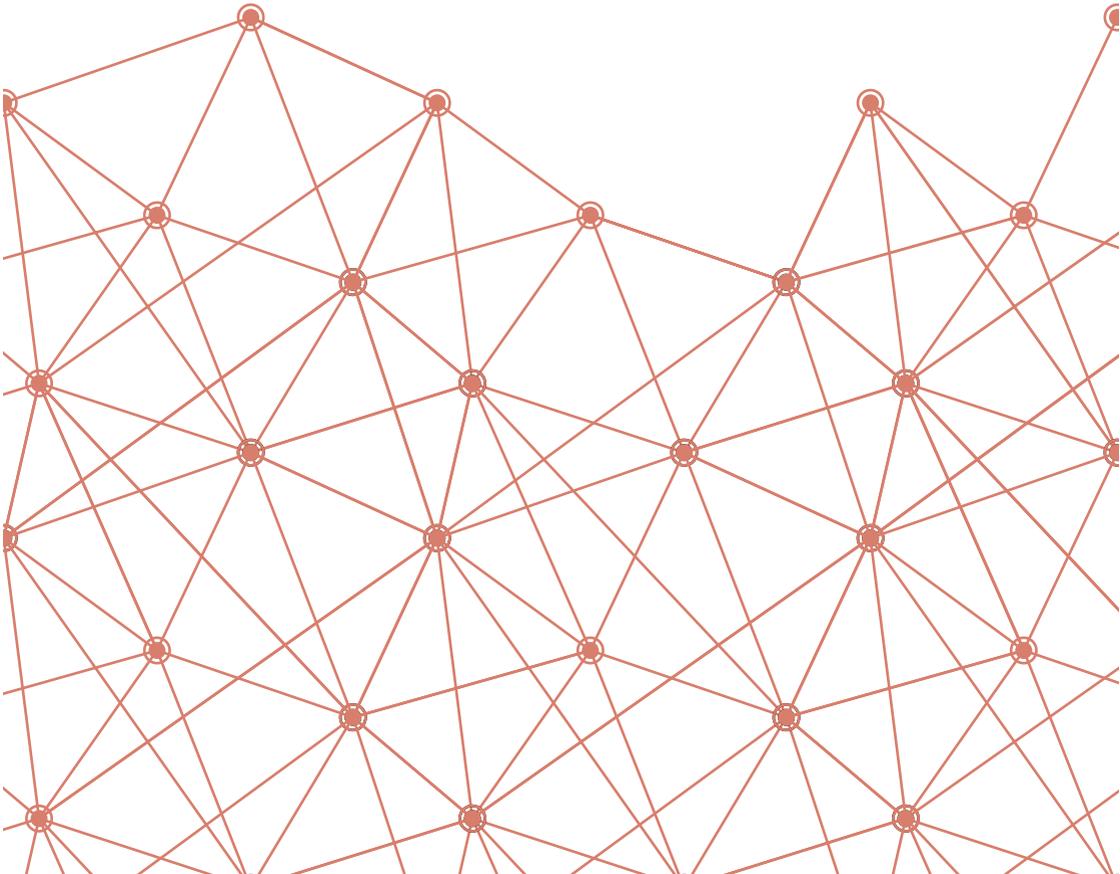
Texto de conteúdo

Para aprofundar seus conhecimentos sobre direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais, acesse o Portal da Saúde no seguinte endereço: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf>.

ÁVILA, M. B. A. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 465-469, 2003.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horiz. Antropol.**, v. 12, n. 26, p. 71-100, 2006.

UNIDADE 7



Unidade 7 – Processo de comunicação e registro em saúde da mulher e da criança

Nessa unidade você vai discutir e organizar os processos de comunicação e os registros em saúde da mulher e da criança no contexto da atenção em saúde.

7.1 Introdução da unidade

O processo de comunicação e registro na saúde é de extrema importância. A comunicação representa uma troca de informação e pode facilitar o entendimento entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo de emissão e recepção de mensagens, por meio de transmissão verbal e não verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal (OLIVEIRA et al., 2005).

A comunicação da linguagem oral ou escrita é imprescindível para o processo de cuidar, pois retrata a realidade a ser documentada, possibilita a comunicação permanente e é pertinente para o ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, entre outros (MATSUDA et al., 2006). A comunicação e as informações entre os profissionais de saúde sobre os pacientes também são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado (ZOEHLER; LIMA, 2000).

7.2 Os registros de enfermagem como instrumento de comunicação

A anotação de enfermagem é um importante instrumento de comunicação. As anotações registradas pela equipe de enfermagem podem ser utilizadas para avaliação clínica do ser humano, como fonte de comunicação entre a equipe de profissionais, para questões administrativas ou éticas legais e para avaliação da qualidade da atuação da enfermagem, assim como um documento comprobatório das intervenções de enfermagem (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003). Entretanto, estudos realizados a partir das anotações de enfermagem mostram resultados nem sempre satisfatórios em relação à qualidade da assistência oferecida ao paciente, relatam que as anotações expressam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a

execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos (OCHOA-VIGO et al., 2001). Por que será que isso acontece? Vamos refletir sobre isso!



Palavra do profissional

Os registros de enfermagem precisam ter conteúdo científico, com consistência, significados, garantindo qualidade e fidedignidade. Evitar observações inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, assim como falhas nos mecanismos de armazenamento dos prontuários, gerando dificuldades e desorganização para recuperar dados. Você deve zelar por registros adequados e frequentes no prontuário do cliente, que contribuam para a gestão do cuidado e para tomadas de decisão racionais e objetivas.

Na organização dos registros de enfermagem é preciso estar atento para:

1. Elaborar de modo objetivo, sem preconceito, julgamentos ou opiniões pessoais. Quando houver informação subjetiva deve-se utilizar aspas;
2. Conter descrições/interpretações de dados objetivos apoiados em observações específicas;
3. Evitar generalizações. Não incluir termos vagos como “bom”, “regular”, “comum”, “normal”, pois tais descrições tornam-se abertas a múltiplas interpretações;
4. Conter dados descritos de modo mais completo, definindo características e especificidades;
5. Registrar de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas, frases longas e vagas;
6. Escrever de modo legível, com tinta indelével. Os erros na documentação devem ser corrigidos de modo a não ocultar o registro inicial. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas não serão aceitos na correção;
7. Utilizar escrita gramatical e foneticamente correta. O enfermeiro deve incorporar somente as abreviações aprovadas para uso no local de trabalho específico. Evitar termos de gíria, clichês e rótulos.

A partir dos pontos anteriormente explanados vamos desenvolver o conteúdo a fim de que você possa compreender melhor as especificidades relacionadas à comunicação e ao registro foco deste módulo: a mulher e a criança.

7.2.1 O processo de comunicação e registro em saúde da mulher

Partindo do ponto de vista estrutural das atividades do(a) enfermeiro(a) na área de saúde da mulher, precisamos refletir sobre os espaços nos quais esta clientela é encontrada e das implicações do sistema de comunicação e registro em cada um destes espaços.

Por um lado, temos a comunicação, que como apontada anteriormente, é uma ferramenta fundamental no cuidado em saúde. Sem comunicação verbal e escrita, muitas das informações seriam perdidas ao longo do processo de acompanhamento das mulheres, sendo elas gestantes ou não. Nesse contexto, os registros da enfermagem são fatores importantes no processo da sistematização da assistência desta clientela, esteja ela no âmbito hospitalar, ambulatorial ou nas unidades de atenção básica.

Cada intervenção de enfermagem executada junto à mulher precisa estar adequadamente descrita, fundamentada e com todos os elementos pertinentes ao foco, seja este o de uma consulta ginecológica, coleta de exames colpocitológicos ou nas primeiras consultas da puerpéra, entre outros. Os registros adequadamente efetuados resultam em encaminhamentos e fornecem subsídios para a avaliação do quadro clínico da mulher, bem como fundamentam o cuidado em saúde.

Outro aspecto significativo para o qual o(a) enfermeiro(a) precisa estar atento e que, cada vez mais, vem ganhando preponderância nos serviços da saúde está relacionado à utilização de sistemas de registro informatizados. Reis, Correia e Pereira (2010, p. 107) afirmam que “a eficiência do cuidado em saúde depende muito da tomada de decisões corretas baseadas em informação adequada e acessível”. Estes autores fazem referência aos sistemas eletrônicos de informação que permitem, de “um modo mais ágil e seguro que os tradicionais registros em papel”, o armazenamento, o compartilhamento e o gerenciamento de dados clínicos (REIS; CORREIA; PEREIRA, 2010, p. 107).

Os sistemas de registro informatizados vêm, cada vez mais, assumindo um papel relevante no cuidado em saúde, pois “não só a qualidade da documentação informatizada pode aprimorar o cuidado ao paciente, mas pode também facilitar a utilização de protocolos clínicos, pesquisa clínica e propiciar a geração de novos conhecimentos” (REIS; CORREIA; PEREIRA, 2010, p. 107).

O registro eletrônico em saúde (Electronic Health Record – EHR), conhecido no Brasil como prontuário eletrônico do paciente (PEP), é um repositório de informações, mantidas eletronicamente, sobre o estado de saúde e de cuidados de saúde de um indivíduo durante toda sua vida, armazenado de modo a servir a múltiplos usuários legítimos (REIS; CORREIA; PEREIRA, 2010, p. 107).

Os registros efetuados nesta modalidade podem ser estruturados em função do tempo, do tipo de problemas, da natureza da informação e pela combinação destes três elementos. Para Reis, Correia e Pereira (2010, p. 107),

[...] ao serem adicionadas a eles ferramentas de gerenciamento de dados, tais como elementos de captação, processamento e análise de dados e utilizando software especificamente desenhado e testado, os PEP podem ser integrados e organizados em Sistemas Eletrônicos Informatizados em Saúde (SEIS), os quais têm se tornado componentes cada vez mais importantes no cuidado em saúde

O SEIS, embora traga consigo vantagens e desvantagens, ainda é uma oportunidade para agregar as informações sobre a saúde dos indivíduos e subsidiar as condutas a serem tomadas dentre outros aspectos. Embora haja o uso dessas ferramentas e a presença do computador no ambiente de atendimento à clientela, elas, por si só, não afetam a relação e a comunicação entre o profissional de saúde e o cliente. Reis, Correia e Pereira (2010, p. 109) afirmam que “a comunicação entre médicos e enfermagem, assim como entre os níveis primário e secundário de cuidado podem se beneficiar do SEIS, com melhora na qualidade da redação da documentação, além de possibilitar o acesso de um indivíduo ao seu próprio registro de saúde.”

No âmbito da saúde da mulher, estes autores apontam os registros de natureza epidemiológica contidas no sistema Datasus, que contém, dentre outras informações, “os indicadores de qualidade do pré-natal, incidência de cesarianas, mortalidade materna e perinatal, cobertura por vacinas, cobertura de mamografia, taxa de natalidade, fecundidade, morbidade hospitalar, mortalidade por causas específicas, com detalhamento por data, localidade ou idade da mulher” (REIS; CORREIA; PEREIRA, 2010, p. 109). Portanto, é importante que os registros em sistemas informatizados sejam feitos com a máxima atenção e qualidade, pois deles será possível extrair dados que, após tabulados, resultarão na análise das condições de saúde daquele segmento.

A tendência à redução da mortalidade por câncer na mulher entre 1980 e 2004 e a atenção necessária aos baixos percentuais de mulheres apresentando o conjunto das atividades assistenciais de pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde entre 2000 e 2002 são apenas alguns exemplos de estudos baseados neste SEIS, agregando conhecimento acerca da realidade do estado de saúde das mulheres brasileiras” (REIS; CORREIA; PEREIRA, 2010, p. 109).

São múltiplas as contribuições no processo de comunicação e registro no âmbito da saúde da mulher durante a atuação da enfermagem. Dentre elas, gostaríamos de destacar a que está relacionada à Consulta de Enfermagem. Nesta, a atividade privativa do(a) enfermeiro(a) precisa estar estruturada de forma a permitir que a necessidade da mulher seja plenamente atendida a partir de uma organização de ações e registros. A Consulta de Enfermagem faz parte de um dos aspectos da Sistematização da Assistência, por isso, ela deve conter um momento para a coleta das informações pertinentes à mulher de uma forma ampla e também focada na necessidade desta clientela.

Dependendo da instituição, a sistematização da assistência pode estar estruturada em algum referencial teórico de enfermagem, exigindo, muitas vezes, a composição do diagnóstico de enfermagem. A etapa que se segue ao diagnóstico é a do planejamento das ações e dos resultados esperados a fim de corrigir, evitar ou minimizar os problemas. A etapa posterior é a de avaliação da assistência prestada. A classificação dos resultados pode estar estruturada em padrões internacionais de enfermagem como as da NIC (Classificação de resultados esperados em enfermagem).

ANIC, em 2004 já possuía 7 domínios, 30 classes, 486 intervenções e mais de 12.000 atividades que serão relacionadas com o cliente em questão. Estas intervenções propostas pela NIC são baseadas na NANDA. Cada uma possui um título, uma definição no qual se refere ao seu conteúdo, e depois as atividades para cada uma delas, a fim de atender ao planejamento do cuidado individual a ser executado pelo Enfermeiro ou pelo Técnico em enfermagem (TANNURE, 2008).

Diante desse quadro, o(a) enfermeiro(a) precisa estar atento às formas de registro a fim de comunicar, do ponto de vista escrito, as informações sobre a saúde da mulher e suas intercorrências. De igual forma, no que se refere à comunicação com a paciente, o profissional precisa estar atento ao grau de entendimento da mulher sobre a sua situação, inserindo gradativamente informações, orientações, condutas e validando-as para averiguar o grau

de apreensão sobre o que lhe foi falado. Para promover saúde precisamos nos valer de ferramentas que nos permitam total compreensão do cliente em seu contexto socioeconômico e cultural.

7.2.2 O processo de comunicação e registro em saúde da criança

A saúde da criança tem como eixo norteador o processo de crescimento e desenvolvimento na infância. O acompanhamento desse processo de forma ampliada é realizado por vários profissionais, com a participação do enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, assistente social, fisioterapeuta, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros.

A criança necessita receber o cuidado de forma sistematizada e os profissionais envolvidos no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil precisam estabelecer e manter uma comunicação efetiva entre si (OLIVEIRA; CADETTE, 2009).

De igual forma, é importante uma comunicação oral clara, objetiva e intersubjetiva entre os sujeitos, buscando a qualidade da atenção à saúde da criança e sua família, fazendo das anotações de enfermagem indispensáveis no prontuário da criança para documentar o processo de seguimento de sua saúde.

Para o seguimento da saúde da criança é importante registrar (PINA; MELLO; LUNARDELO, 2006):

- Elaboração de tópicos do histórico da criança, histórico da família, interação mãe-filho-família e ambiente físico e social. Constar nas primeiras páginas do prontuário, de modo a facilitar o acesso a essas informações para direcionar as intervenções;
- Organização dos dados sobre o histórico da alimentação, vacinação da criança e a estrutura familiar, organizando as informações e propiciando melhor acesso visual, podendo ser apresentados em tabelas;
- Inclusão de um espaço de anotações, para serem registradas mudanças na estrutura e dinâmica familiares;
- Valorização do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, com anotações específicas para cada época da assistência em puericultura, procurando garantir registros na 1ª semana de vida, com visita domiciliar ou consulta de enfermagem, com 15 dias de vida, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 2 anos de idade, pelo menos nesses momentos;

- Compor um roteiro para a realização e registro das consultas de puericultura com anamnese, exame físico, identificação de sinais e sintomas, intervenções e orientações a serem dadas, e elementos aos quais o profissional deve dirigir a atenção, visando a saúde da criança quanto a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Tanto no que foi abordado sobre os registros e processos de comunicação na saúde da mulher, muitas instituições já utilizam o SEIS na modalidade do prontuário eletrônico. Isso facilita a inclusão de informações e o acompanhamento da criança por parte de toda a equipe de saúde. Entretanto, o uso do SEIS não é uma unanimidade nacional. Neste caso, muitos setores e instituições ainda utilizam o prontuário e os registros em papel.

No que se refere à criança, as instituições hospitalares, além do prontuário (eletrônico ou não) fazem uso do que em muitos lugares se denomina como “folha de observação complementar”, que contém o acompanhamento do cuidado realizado e da situação da criança nas primeiras vinte e quatro horas. Habitualmente todos os profissionais da equipe de saúde podem nele registrar informações sobre a criança. Contudo, grande parte destes registros é efetuada pelo profissional de nível médio (técnico de enfermagem). Neste contexto o(a) enfermeiro(a) precisa estar atento ao conteúdo e qualidade das informações registradas, devendo muitas vezes capacitar a equipe, sobre estes.

No contexto da saúde da criança é conveniente retomar a importância da Sistematização da Assistência, com uma ferramenta útil no atendimento a esta clientela. Reforça-se igualmente a pertinência da Consulta de Enfermagem à criança, habitualmente realizada e organizada nas unidades de atenção básica e/ou ambulatoriais. Nestas, a sistematização das informações e sua organização tem as mesmas etapas apontadas anteriormente no conteúdo sobre uso desta na atenção à mulher.

Apesar de todo o avanço tecnológico que temos hoje e do uso dos prontuários eletrônicos no SEIS, gostaríamos de retomar a importância dos registros a serem efetuados nas Cadernetas de Saúde da Criança. Muitos dos prontuários eletrônicos utilizados nas unidades de saúde contêm os mesmos elementos da Caderneta de Saúde da Criança. Contudo, ressaltamos que a Caderneta em papel é aquela que a família utiliza para eventuais acompanhamentos e instituições que muitas vezes os sistemas informatizados não estão integrados. Nesse sentido, é um documento importante para o qual devemos estar atentos. Portanto, o(a) enfermeiro(a) e demais profissionais de saúde devem registrar as informações básicas sobre ao atendimento, não apenas no campo destinado ao acompanhamento vacinal, mas nos outros segmentos de acompanhamento da criança. Igualmente precisamos estimular os pais e familiares a consultarem a caderneta, pois ela contém informações importantes sobre as etapas do desenvolvi-

mento, dentre outras. É necessário estimular os familiares no sentido de que também efetuem registros sobre intercorrências com a criança a fim de informar ao profissional de saúde quando levá-la à unidade de saúde ou ao consultório.



Palavra do profissional

Você deve se perguntar: Por que estimular a família a efetuar registros na caderneta de saúde da criança?

Muitas vezes, a criança apresenta um período febril, vômitos, alergias e nem sempre quem levará a criança ao hospital ou unidade de saúde é o principal cuidador. E a pessoa que leva a criança na consulta pode não lembrar quando, como e quantas vezes estes eventos aconteceram. Daí a importância de estimular a família a participar do acompanhamento e registrar informações que possam contribuir para a avaliação da criança. Lembramos que a Caderneta de Saúde da Criança não é dos profissionais de saúde, mas sim da criança e de sua família, então é preciso criar parcerias entre estes atores a fim de proporcionar uma assistência qualificada e de acordo com a necessidade da clientela.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a Caderneta de Saúde da criança, acesse o endereço: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29889&janela=1>

7.3 Resumo da unidade

Esta unidade procurou reforçar a importância do processo de comunicação e registro no âmbito da saúde da mulher e da criança. Reforçou a existência e a importância de registros de enfermagem adequadamente elaborados e fundamentados cientificamente no contexto da Sistematização da Assistência. Elencou elementos indispensáveis na composição dos registros e enfatiza a necessidade de o(a) enfermeiro(a) registrar adequadamente nos sistemas de informações a fim de que estes, após tabulados e analisados, possam contribuir na programação de ações voltadas para a mulher e a criança. Trouxe a importância dos registros na Caderneta de saúde da criança, reforçando a importância desta como um documento importante no acompanhamento desta clientela ao longo do período da infância.

7.4 Fechamento da unidade

Esta unidade abordou sobre o processo de comunicação e registro da saúde da mulher e da criança, trazendo objetivos, finalidades e relevância dos registros de enfermagem, que devem contribuir para a continuidade e integralidade da atenção à saúde.

7.5 Recomendação de leitura complementar

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 583-595, 2009.

Encerramento do módulo

Neste módulo, você transitou pelas diversas abordagens que sustentam o arcabouço teórico da atenção à saúde da mulher e da criança, com ênfase no período grávido puerperal e no período neonatal e do lactente. Conheceu a origem das políticas e programas voltados para a mulher e a criança, bem como a consolidação dos direitos de ambos ao longo da história. Consideramos que neste momento você está apto a seguir adiante em seus estudos, aprofundando o conhecimento em outros conteúdos que vão aprimorar ainda mais a qualidade de suas ações. É importante voltar a enfatizar, de que você é um elemento importante na consolidação das políticas e da rede de atenção à saúde da mulher e da criança. Esperamos que você continue se dedicando a fim de ser protagonista e um elemento proativo neste processo. Bons estudos!

Referências

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. **Bases de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

ÁVILA, M. B; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec: Population Council, 1999.

AZEREDO, M. F. P. **Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas gestantes com Síndromes Hipertensivas**. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BATTLE, C. L. et al. Clinical characteristics of perinatal psychiatric patients: a chart review study. **Journal of Nervous & Mental Disease**, Baltimore, v. 194, n. 5, p. 369-377, 2006.

BENEVIDES, I. A. Conversando sobre proteger e cuidar. In: UNICEF. **Toda hora é hora de cuidar**: manual de apoio. [s.l.]: [s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/manualtoda hora.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BERQUÓ, E. (Org.) **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 151-196.

BONILHA, L. R. C. M., RIVOREDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 7-13. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2223/1276>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

BORN, L. et al. Women and reproductive-related trauma. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1071, p. 491-494, 2006.

BOY, A.; SALIHU, H. M. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. **International Journal of Fertility and Women's Medicine**, v. 49, p. 159-164, 2004.

BRASIL. **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis**. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35139>.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 jun. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade de governo** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=system/files/cartilha2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. Brasília, [2011?]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Ano da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **SIS Pré-natal**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>>. Acesso em: 30 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 3 n. 1 p. 113-125, jan./mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_2006.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZA-SUS: política nacional de humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em 12 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde Brasil. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197>.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**, Portal do Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família, 2004e. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intra-familiar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política nacional de Atenção Obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jul. 2005c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html>. Acesso em: 30 abr. 2012.

_____. Ministério de Previdência e Assistência social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Coletânea da Legislação Básica (SUDS)**. Brasília; [s.n], 1989. 156 p.

_____. Presidência da República. **Contribuição da Secretaria especial de políticas para as mulheres para as Conferências Estaduais**: documento base. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004g.

_____. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

CAMARGO, M. Violência e Saúde: ampliando políticas públicas. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n. 22, p. 6-8, 2000.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Rio de Janeiro: ABEP: IBGE, 2003.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-335.

COSTA-LASCOUX, J. Procriação e bioética. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente**: o século XX. v. 5. Porto: Afrontamento, 1990. p. 638-659.

CRAMPE-CASNABET; M. A mulher no pensamento filosófico do século XVIII. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente**: o século XX. v. 5. Porto: Afrontamento, 1990. p. 638-659.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10. n. 3, p. 615-126, 2005.

FAVERSANI, M. C. S. S.; MARQUES, S. B. I.; BLANK, V. L. G. Bases Epidemiológicas para a prática de vigilância da Saúde In: VERDI, M.; BOEHS; A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde**: textos fundamentais. Saúde coletiva e saúde da criança, v. 1. Florianópolis: UFSC: NFR/SBP, 2005, cap.5 p.99-103.

FORMIGA FILHO, J. F. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: DIAZ, J. ; GALVÃO, L. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FRAGA, L. C. R.; PONTES, R. C. Resgatando a história da Enfermagem obstétrica no Brasil. **Boletim Eletrônico Vida**, ano III, n. 1, jan/Jul. 2002. Disponível em: <<http://www.abenfo.cjb>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

FRANÇA JUNIOR., I.; AYRES, J. R. C. M., Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003 .p. 63-69.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec: Population Council, 1999. p. 165-179.

GAZMARARIAN, J. A. et al. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. **Maternal and Child Health Journal**, v. 4, n. 2, p. 79-84, 2000.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

GIORGIO, M. O modelo católico. In. PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente: o século XX**. v. 5. Porto: Afrontamento, 1990. p. 638-659.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 1., 2004, Brasília. **Anais...** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE DIREITOS DA MULHER, 8., 1986, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B.; OKAZAKI, L. L.; VIANA, L. Assistência pré-natal no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, J. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. (Org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. p. 187-197.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 868-76, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2012

HARTLEY, M. et al. Depressed mood in pregnancy: Prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. **Reproductive Health**, v. 8, n. 9, 2011.

HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. C. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 341-352, 2008.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009b.

KASLOW, N. J. et al. Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Arlington, v. 78, n. 4, p. 449-458, 2010.

KNIBIEHLER, I. E. Corpos e Corações. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente: o século XX**. v. 5. Porto: Afrontamento, 1990. p. 638- 659.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEUNG, W. C. et al. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 79, n. 2, p. 159-166, 2002.

MARICONDI, M. A.; SILVA, M. C. P. Conversando sobre os direitos da criança. In In: UNICEF. **Toda hora é hora de cuidar: manual de apoio**. [s.l.]: [s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/manualtodahora.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2012.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 3, p. 415-21, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 10 maio 2012.

MENEZES, T. C. et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p. 309-316, 2003.

MINAYO, M. C. S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 20, n. 1, p. 55-63, 2005.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Sistema de Informação Pré-natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 385-390, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300006>. Acesso em: 11 fev. 2012.

MORAES, C. L.; ARANA, F. D.; REICHENHEIM, M. E. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 667-676, 2010.

OCHOA-VIGO, K. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 390-398, dez. 2001. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000400012>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Violence and health: conceptualizations by professionals from a Primary Healthcare Service. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 9, p. 412-420, 2011.

OLIVEIRA, P. S. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 54-63, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05.htm>. Acesso em: 28 mar. 2012.

OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. M.. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista Enfermagem.**, v. 22, n. 3, p. 301-306, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2012.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa**: história de uma intervenção. 1994. 184 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, São Paulo, 1994.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância e o enfoque nos cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 203-211, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_27.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R.. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 270-273, maio/jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300004>. Acesso em: 12 jun. 2012.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, 2008.

REIS, Z. N.; CORREIA, R. J.; PEREIRA, A. C. Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 107-110, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000300001&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 abr. 2012.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula: Anais Livraria, 1997. 301p.

RODRIGUEZ, M. A. et al. Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD Among Pregnant Latina Women. **Annals Of Family Medicine**, v. 6, n. 1, jan./fev. 2008.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro v. 11, n. 3, p. 713-24, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300018>. Acesso em 5 jun. 2012.

ROUSSELE, A. A política dos corpos entre procriação e continência em Roma. In PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente**: o século XX. v. 5. Porto: Afrontamento, 1990. p. 638-659.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. Promovendo a saúde sexual e reprodutiva: Cooperação entre a prefeitura municipal de Salvador e o fundo de população das Nações Unidas. Salvador: UNFPA, 2008. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriopromovendo.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2012.

SANTANA, J. S. S. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada. In: RAMOS, F. R. S; MONTICELLI, M; NITSCHKE, R. G. **Projeto acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN: Governo Federal, 2000. p. 15-36.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SILVA, A. C. **O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução de saúde das crianças menores de 5 anos de idade no período 1995-2002**. 2003. 144 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=392493&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

TANNOUS, L. et al. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. **BMC Psychiatry**, London, v. 8, n. 1, jan. 2008.

TANNURE, C. M.; GONÇALVES, P. M. A SAE - Sistematização e Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

THÉBAUD, F. Introdução. In: PERROT, M.; DUBY, G. **História das mulheres no Ocidente**: século X. v. 5. Porto: Afrontamento, 1990. p. 11-23.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: papel do estado, da mulher e da enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.) et al. **C&Q**: indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998.

UNICEF. (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **A convenção dos Direitos da Criança**. [s.l.]: [s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

VECCHIO, S. A boa esposa. In. PERROT M.; DUBY, G. **História das mulheres no ocidente**: idade média. v. 2. Porto: Afrontamento, 1990. p.143-183.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2. ed. Brasília: UNIFEM, 2003.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER. **O progresso das mulheres no Brasil**. Brasília: UNIFEM, 2006. p. 211-239.

VICTORA, C, et. al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2012.

VICTORA, C. G; BARROS, F. C. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin American and Caribbean Region. **Rev Panam Salud Publica**. v. 18, n. 3, p. 197-205, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n3/27669.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. *The Lancet*, p. 32-46, maio 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Consultation on Violence and Health. Violence**: a public health priority. Geneva: [s.n.], 1996.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. 2006. 437 f. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M. Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. **Nursing**, n. 37, ano 4, jun. 2001.

ZOEHLER, K. G.; LIMA, M. A. D. S. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 110-124, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23475/000284104.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 fev. 2012.

Minicurrículo das autoras

Ana Izabel Jatobá de Souza

Dra. em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (NFR/UFSC) na área de Saúde da Criança e do Adolescente e do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Coordenadora do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família (GAPEFAM/NFR-UFSC) e membro do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/UFSC).

Endereço na Plataforma Lattes <<http://lattes.cnpq.br/2199731743760117>>

Maria de Fátima Mota Zampieri

Especialista em Obstetrícia Social e Perinatal, Dra. em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (NFR/UFSC) na área de Saúde da Mulher. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido/GRUPESMUR/PEN/UFSC. Tem experiência na Enfermagem, com destaque na obstetrícia, saúde da mulher na atenção básica, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, atenção ao pré-natal, preventivo de câncer e climatério, humanização e educação.

Endereço na Plataforma Lattes <<http://lattes.cnpq.br/1053979619053587>>

Débora Falleiros de Mello

Dra. em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e com Pós-doutorado em Saúde Coletiva e Livre Docência pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Tem experiência na área de Enfermagem em Saúde da Criança, atuando e desenvolvendo estudos principalmente nos seguintes temas: enfermagem e atenção primária à saúde da criança, atenção integral à saúde da criança, atenção integrada às doenças prevalentes na infância, o cuidado da criança no contexto da família, seguimento da saúde de crianças a termo, pré-termo e baixo peso ao nascer.

Endereço na Plataforma Lattes <<http://lattes.cnpq.br/6223736915475183>>

Flávia Gomes-Sponholz

Dra. em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (EERP-USP). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela EERP-USP com Pós-doutorado pela University of Alberta, Canadá. É Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde e Coordenadora do NALMA - Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: morbidade e mortalidade materna, aleitamento materno e aspectos emocionais em obstetrícia.

Endereço na Plataforma Lattes <<http://lattes.cnpq.br/799848718128845>>

Minicurrículo das Colaboradoras:

Cinara Porto Pierezan

Possui Graduação em Enfermagem (1986) e Mestrado pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Trabalha no Hospital Universitário da UFSC desde 1990, atualmente exerce função de enfermeira do Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica do Hospital Universitário. Exerceu função de professor substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina nos períodos de 2002 a 2004 e 2006 a 2008 e de professora titular no Curso de Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior Estácio de Sá pelo período de 2010 a 2011.

Endereço na Plataforma Lattes <<http://lattes.cnpq.br/1923662035833665>>

Alecssandra F. S. Viduedo

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (1995), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de São Paulo (1996), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Atualmente é aluna de Doutorado do Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, membro do grupo de pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (cadastrado no diretório do CNPq), Membro da Sociedade Honorífica de Enfermagem Sigma Theta Tau (STTI) capítulo Rho Upsilon.

Endereço na Plataforma Lattes <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4500120U3>>

Danielle Monteiro Vilela Dias

Possui Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. É Mestre em Ciências e graduada em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, e aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, tecnologia, insuficiência cardíaca em pediatria, hipertensão arterial em adolescentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Endereço na Plataforma Lattes <<http://lattes.cnpq.br/2730782223430977>>



Ministério da
Saúde



RET-SUS
Rede de Escolas Técnicas do SUS

