



6º Encontro Internacional de Política Social
13º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Duzentos anos depois: a atualidade de Karl
Marx para pensar a crise do capitalismo
Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de junho de 2018

Eixo: Democracia, participação e movimentos sociais.

POLÍTICA DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL: CONTEXTO HISTÓRICO

Daniele Gonçalves dos Santos¹
Juliana Baptista Simoura²
Luciana Carrupt Machado Sogame³

Resumo: A construção das políticas públicas no Brasil sempre contou com a participação da sociedade civil. A demanda pelo cuidado com a mortalidade materno-infantil mobilizou a sociedade científica e civil. Nesse sentido, o Estado instituiu políticas a para controle das taxas de mortalidade visando à manutenção da força de trabalho e em atender pactos mundiais de controle de mortalidade materno-infantil. Observaremos como o projeto Neoliberal impactou na implementação das políticas de cunho social. Esse estudo contempla fatos históricos importantes para a elaboração dessas políticas.

Palavras-chave: Políticas públicas; Saúde materno-infantil; Humanização do nascimento; Feminismo.

MATERNAL AND CHILD CARE POLICY: HISTORICAL CONTEXT

Abstract The construction of public policies in Brazil has always had the participation of civil society. The demand for care with maternal and child mortality mobilized scientific and civil society. In this sense, the State has instituted policies to control mortality rates in order to maintain the workforce and to comply with global pacts to control maternal and child mortality. We will observe how the Neoliberal project impacted on the implementation of social policies. This study considers important historical facts for the elaboration of these policies.

Keywords: Public policy; Maternal and child health; Humanization of birth; Feminism.

Introdução

No Brasil a primeira Constituição, a Constituição Imperialista de 1824, tinha uma posição omissa quanto atenção a mulher. O primeiro marco legal para a assistência materna foi com a Constituição de 1891 que estabelecia a assistência médica à gestante. É somente em 1920, com a reforma Carlos Chagas, que dá-se início as ações voltadas para a proteção materno infantil (IURCONVITE, 2010).

¹ Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local; Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). E-mail: <dani_santos909@yahoo.com.br>.

² Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local; Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). E-mail: <juliana.simoura@hotmail.com>.

³ Doutora em Ciências; Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Professora do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e das Graduações em Fisioterapia e Medicina. E-mail: <luciana.sogame@emescam.br>.

Neste período havia muita preocupação com a mortalidade infantil em todo o país e foi realizada a Conferência Nacional de Proteção à Infância, que teve como foco, o arranjo entre a atuação federal, a estadual e a dos grupos privados na montagem de um programa de proteção materno-infantil que trariam como objetivos principais: em curto prazo, garantir o acesso das crianças de baixa renda a alimentos de boa qualidade através da redução de custo, melhorar o saneamento básico oferecendo conforto mínimo, distribuição de roupas e agasalhos e incentivar a frequência regular da criança e da mãe aos postos de higiene (ALMEIDA FILHO; LOURENÇO; PORTO, 2007).

Diante disso, nota-se que preocupação do governo na redução da mortalidade infantil tinha interesse específico na criança, como estratégia para aumentar a população, sem se preocupar com a qualidade da reprodução humana ou com as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como reprodutora e com função voltada exclusivamente para a criação de braços fortes para servir o país, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. (CASSIANO et al., 2014).

A saúde materno-infantil na década de 50 reproduziu os anos 30, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, doméstica e procriadora, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado da saúde dos filhos e demais familiares. É possível verificar o início da mudança a partir da década de 1960, através dos movimentos feministas que contribuíram para trazer a público os impasses até então tratados no âmbito privado. O slogan *Nosso Corpo Nos Pertence*, refletia a luta das mulheres pela autonomia individual em detrimento das formas de subordinação feminina, com enfoque especial no direito à escolha e o direito ao prazer. E esta palavra de ordem percorreu o mundo na década de 1970, capturando a imaginação das mulheres nos mais diversos continentes e motivando "pequenas rebeliões e demandas públicas" (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

As reivindicações do movimento feminista se integram às discussões mais amplas, originando em 1983 o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) lançado pelo Ministério da Saúde, propondo-se a realizar novos investimentos, destinados a dotar de capacidade resolutiva a rede básica de serviços de saúde, concentrando esforços nos problemas de mais significação sócios sanitários e que incidem, principalmente, sobre o grupo materno infantil (BRASIL, 1984). Tornando-se então, voltadas ao atendimento de demandas e à garantia de direitos para a população feminina, abrangem desde aquelas de caráter essencialmente reprodutivo, nucleadas em

torno da concepção/anticoncepção, até aquelas mais abrangentes, destinadas a assegurar melhores condições de vida e saúde (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

No mesmo período com intuito de mudar os parâmetros da saúde pública do país foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal. Essa nova constituição foi um grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança, impedindo qualquer forma de discriminação à mulher trabalhadora e amparando, garantindo a independência financeira da mulher no momento reprodutivo e provê o mecanismo básico de sobrevivência da mãe e do recém-nascido, a renda. É válido salientar também que a garantia dos direitos sociais e reprodutivos constados na legislação brasileira rompe, no âmbito legal, com concepções acerca do papel exclusivamente reprodutor da mulher, ampliando o entendimento sobre a cidadania feminina (PEREZ-NETO et al., 2008). A partir deste momento o Ministério da Saúde propos e implantou políticas e ações voltadas para a saúde materno-infantil.

Dessa forma, o presente artigo se propõe contextualizar as políticas/ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a criação dos programas de assistência materno-infantil que resultou na criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Para isto foi realizada uma pesquisa bibliográfica com artigos em português e inglês na biblioteca eletrônica do PUBMED, LILACS, SCIELO. A busca para identificação dos estudos foi através das palavras-chaves: *Public policy; Maternal and child health; Humanization of Birth; Feminism* A pesquisa documental foi realizada através de uma classificação documental sobre leis, decretos, portarias, e normas relacionadas à temática, bem como a evolução histórica sobre o surgimento das políticas públicas para essa população.

Desenvolvimento

Para Foucault (1984), as primeiras políticas de saúde levadas a cabo na Europa do século XVIII tinham como principal objetivo a produção de um maior número de crianças com condições boas de saúde, pois o capitalismo - que se baseava na tecnologia, produtividade e razão - precisava estabelecer novas bases para entendimento dos indivíduos, passando a vê-los não mais como corpo individual, mas agora como corpo social produtivo.

Políticas sociais foram elaboradas com o objetivo expresso de consolidar uma engrenagem social apta a impelir o nascimento e conceder elementos para a expansão industrial. Tais ações tiveram importância para o desenvolvimento social demonstrado

pela erradicação e controle de várias doenças infecto-parasitárias, favorecendo o aumento da expectativa de vida e da população mundial (SANTOS-NETO, 2012).

A assistência à maternidade e à infância no país foi impulsionada no ano de 1899 fundou com o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, instituição que se tornou modelo na assistência à maternidade e à infância. Na mesma época, foi proposto o Departamento da Criança no Brasil com a intenção de promover estudos científicos sobre a maternidade e a infância (PARADA; MEDEIROS, 2010).

No ano de 1920, com a Reforma Carlos Chagas e a implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi instalada a Inspeção de higiene infantil que tinha atribuições de fiscalização em vários setores da saúde. Nas maternidades, fiscalizava o tratamento aos recém-nascidos, exigindo o uso de profiláticos contra doenças oftalmológicas, a permanência desses bebês no hospital nos primeiros 15 dias de vida e a preocupação em salvar vidas dos prematuros (BRASIL, 1920).

Com a criação do DNSP, que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em relação à saúde das mulheres, o DNSP garantia as mulheres trabalhadoras um repouso consentido de trinta dias antes e trinta dias após o parto e acesso à amamentação nos locais de trabalho. As empresas deveriam providenciar local apropriado para que as operárias pudessem dispensar cuidados aos filhos (BRASIL, 1920).

Nesse período delineou-se uma política nacional de saúde através da criação de estruturas como o Ministério da Educação e Saúde. Vale dizer que o caráter dessa política continuou sendo restrito, pois limitava-se apenas à cobertura de certos segmentos de trabalhadores. No que toca aos programas de Saúde Pública, eles voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório. No entanto, permaneciam via de regra, limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitário adotado (campanhista) (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O início da década de 1950 o modelo de proteção social brasileiro apresentava duas linhas principais de atuação. Uma delas é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender aos mais pobres, numa perspectiva caritativa baseada no trabalho

voluntariado, estruturado de maneira pulverizada e descontínua. A outra linha é o modelo de seguro social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais. O acesso aos benefícios, mesmo para esses grupos, era diferenciado entre as diversas categorias profissionais, dependente das relações corporativas e de pressão sobre o governo que determinavam aqueles que recebiam mais ou menos benefícios (COSTA; VIEIRA, 2013).

Também foram implementado nesse período, os primeiros Departamento de Medicina Preventiva (DMP), novo campo da especialidade médica, a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, e se buscou conciliar a produção do conhecimento e a prática política ao mesmo tempo que se ampliava o campo de ação (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nesse período, as taxas de mortalidade geral diminuíram, entretanto a de natalidade continuou em alta. Foi então que, em torno dos anos 1960, os países ricos, em especial os Estados Unidos, começaram a pressionar governos de Terceiro Mundo para adotar uma política de redução demográfica, em troca de empréstimos financeiros para o Brasil (COELHO; LUCENA; SILVA 2000).

O Estado deixou uma lacuna na formulação de ação de planejamento familiar, que favoreceu a intensificação das atividades de cunho controlista, realizadas por grupos privados internacionais que se instalaram no Brasil (COELHO; LUCENA; SILVA 2000).

Dentre esses grupos, os de maior relevância foram a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) passaram a agir em todo o país de forma desordenada, implementando serviços de anticoncepção em comunidades distantes, oferecendo planejamento familiar de qualidade duvidosa. Passam então a realizar o que o Estado hesitou em assumir abertamente (o controle demográfico), devido reações dos movimentos sociais. O controle da natalidade era prioridade número um dos demógrafos neomalthusianos¹ que viam no alto crescimento demográfico dos países

¹ Aqueles que defendiam a implementação de políticas de população – no caso, estrito senso, políticas de controle da natalidade (CARVALHO; BRITO, 2005).

pobres um entrave ao desenvolvimento econômico e, portanto, uma forma de perpetuar a pobreza (COSTA, 2009).

Nesse sentido, as pressões norte-americanas e dos organismos multilaterais para que fossem implementadas políticas de controle da natalidade estendiam-se a todos os países em desenvolvimento, em particular à América Latina e Ásia. O Estado alegou que as iniciativas não eram pertencentes a ele, e o controle demográfico se fez abertamente durante décadas. (CARVALHO; BRITO, 2005).

No período militar, como o modelo de atenção à saúde foi pautado em uma assistência médica privatista, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva possuíam um caráter predominantemente intervencionista. A forma frequente do parto era através da cesariana e o método contraceptivo mais disseminado era a esterilização feminina, como observa Almeida (2005). Instituiu-se um modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, reflexo da intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária fundada no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A saúde no período de ditadura militar foi relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora. A lógica centralista dominante nesse período permitiu que o governo implantasse medidas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e medicina previdenciária. Esse quadro foi piorado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisa (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema desmembrado entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do MS, era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA; TEXEIRA, 2014).

A assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu um período de grande expansão, em leitos, cobertura e em volume de recursos arrecadados. Entretanto, esse serviço prestado pelo setor privado, eram pagos por Unidade de Serviço, o que tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A demanda da reforma e

construção de novas clínicas e hospitais com o dinheiro público se deu no mesmo período de expansão das faculdades de medicina, com alunos que em sua maioria, não conhecia a realidade sanitária da população brasileira (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, centralizou e reforçou ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista. Na verdade, justificou-se essa medida pela importância política e financeira que o antigo INPS tinha no cenário da época (BERLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1974 realizou-se a V Conferência Nacional de Saúde que teve por objetivo adequar o conteúdo programático às novas diretrizes do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O programa preconizava ações de proteção a grupos de riscos e mais vulneráveis a adoecimentos, abrangendo apenas crianças e gestantes. Outra característica importante do programa desenvolvido até então, era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal, não consultando as necessidades de saúde das populações locais que se faziam presentes (BRASIL, 2004). Diante desta centralização, o resultado foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004). A mulher como reprodutora era o alvo do programa quer por meio dos seus subprogramas, cujas ações eram diretamente dirigidas à mãe e ao seu filho, quer por meio das ações indiretas como cadastramento e controle (FERREIRA; 1997).

O PSMI surge como uma das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado pelo governo militar na tentativa de fixar um novo rumo ao desenvolvimentismo brasileiro. Neste contexto, a proteção ao segmento materno-infantil contida no PSMI vem a reforçar a valorização social das mulheres para o desenvolvimento socioeconômico, apenas como corpos que precisam ser dominados para a reprodução biológica, uma vez que “o objetivo final era a proteção à saúde e bem-estar do concepto, produto da gestação” (RAMALHO; et al., 2012).

No contexto do movimento feminista brasileiro, esse programa foi fortemente criticado pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o ativismo feminino em favor da maternidade partiu de uma concepção de que as mulheres deviam exercer seus direitos como cidadãs tendo suas particularidades respeitadas, como no caso da maternidade. O movimento feminista pretendia definir a cidadania das mulheres com base numa natureza ou contribuição específica feminina, própria da sociedade na qual exigiam igualdade de direitos com os homens (BARBOSA, 2013).

Da corrente feminista do movimento de mulheres nos anos 1970, que sintetizam o próprio movimento existiam duas correntes. A primeira, mais voltada para a atuação pública das mulheres, investia em sua organização política, concentrando-se principalmente nas questões relativas ao trabalho, ao direito, à saúde e à redistribuição de poder entre os sexos. Foi a corrente que posteriormente buscou influenciar as políticas públicas, utilizando os canais institucionais dentro do próprio Estado, no período da redemocratização dos anos 1980 (SARTI, 2004).

A outra vertente preocupava-se, sobretudo com o terreno fluido da subjetividade, com as relações interpessoais, tendo no mundo privado seu campo privilegiado. Manifestou-se principalmente através de grupos de estudos, de reflexão e de convivência (SARTI, 2004).

Aos poucos, foi-se evidenciando a preocupação de oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade do médico se preocupar com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas (OSIS, 1998).

No contexto do início dos anos 1980, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania, a “saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 1970: ‘Nosso corpo nos pertence’” defendiam políticas específicas para mulheres, que de forma democrática possibilitassem informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade. Expressaram não somente a luta pela autonomia de escolhas como também exteriorizaram toda submissão e opressão

feminina no estereótipo de mãe e reprodutora (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006; RAMALHO et al., 2012).

No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Nessa mesma época alguns profissionais médicos envolvidos na experiência do Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) discutiam o tipo de atenção melhor e mais adequado para a clientela que procurava os serviços oferecidos pela Universidade nessa área (OSIS, 1998).

A partir dessas discussões, grupos organizados de mulheres procuraram conhecer o modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), com o objetivo de transformá-lo em programa nacional. Insistiam, porém, no fato de que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse componentes de educação sexual e de saúde (BRASIL, 1984).

Reivindicavam o direito à procriação, sexualidade e saúde, e ao planejamento familiar, à discriminação do aborto, à democratização da educação para a saúde e outras medidas pertinentes à esfera da saúde pública (e não do ato médico) (LEITE; PAES, 2009).

Diante desses debates o Ministério da Saúde divulgou oficialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

Este programa foi um grande avanço na formulação de políticas específicas destinadas às mulheres. Pela primeira vez foi preconizado o cuidado ao corpo das mulheres, de forma integral, durante todo o ciclo vital, incluindo as trabalhadoras, mulheres após a menopausa e agregando questões referentes aos direitos reprodutivos. Representa a primeira experiência concreta de incorporação nas políticas de saúde, da

dimensão social, incluídas aí as questões de gênero. (COELHO, 2008; FONSECA, 1999).

Com o PAISM as forças progressistas, e em especial o movimento feminista, conseguiram colocar a questão do planejamento familiar no âmbito dos programas de assistência a saúde integral da mulher. Representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter dado pouca ênfase na responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Como resultado das forças progressivas que influenciaram na implementação do PAISM, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde que passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (BRASIL, 1986; BERLOZZI; GRECO, 1996).

Esse novo sistema de saúde foi institucionalizado em cinco artigos da Constituição de 1988, com as principais demandas dos setores defensores da reforma sanitária. As determinações da Carta Magna versavam sobre um sistema nacional de saúde público, universal, com a unificação dos órgãos públicos de saúde dos três níveis de governo, com a defesa de que o sistema privado fosse complementar à cobertura do setor público, reformulando os desenhos operacionais na área de saúde que estavam em vigor (SILVA, 2013).

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Foi regulamentado pela Lei 8.080, a Lei Orgânica, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Entretanto, em meio a grandes avanços no campo social e da saúde, foi eleito um novo governo. Fernando Collor de Mello iniciou seu mandato em 1990, com uma perspectiva de governo que ia de encontro às propostas de ampliação da participação

nas decisões da área da saúde e a definição, através dos conselhos de saúde, do destino dados aos recursos financeiros para essa área (SILVA, 2013).

Foi a partir do seu governo que a ideologia neoliberal foi se consolidando no Brasil. A ideia de Estado mínimo, com a argumentação que esse deve ser mais enxuto, ágil, dinâmico, livre de burocracia, da corrupção e do gigantismo. O discurso predominante é a abertura, da modernidade, mas que na realidade, ocorre uma privatização do Estado e um enfraquecimento do mesmo, no que se refere à ação social (COELHO, 2008).

E como resultado, desregulamentação dos mercados de trabalho, desregulação do mercado financeiro. A ideologia neoliberal foi a resposta das classes dominantes aos ganhos substanciais conquistado pela classe operária e camponesa (COELHO, 2008). O projeto neoliberal transformou a municipalização em acelerado processo de privatização e desmanche do Estado, na medida em que desobriga o nível central de algumas funções. A crise e a ausência de verbas e de prioridades para o setor social levam a problemas mais grave. A dicotomia entre público/privado, levou a um desmonte da proposta de universalização das ações de saúde, antes mesmo de serem implementadas (FONSECA, 1993; RAMALHO et al, 2012).

No ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O PHPN trouxe o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. O Objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2002).

No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Definiu estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica na qual o paradigma conceitual foi a humanização, na perspectiva dos direitos da mulher (CARDOSO, 2007).

Ainda visando garantir o atendimento qualificado a gestantes e crianças com até dois anos de idade o MS lança a portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011 a “Rede

Cegonha” (RC) com o objetivo de garantir acesso, acolhimento e resolutividade e com isso reduzir, os índices de mortalidade materno infantil (CAVALCANTI et al., 2013).

A RC tem como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; o enfoque de gênero; a promoção da equidade; a participação e mobilização social; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011b).

Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrange estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade (CASSIANO et al., 2014).

No Estado do Espírito Santo, essa rede foi implantada primeiramente na Macrorregião Norte nos municípios de Jaguaré, São Mateus, Conceição da Barra, Pedro Canário, Pinheiros, Boa Esperança, Montanha, Mucurici, Ponto Belo, Ecoporanga, Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Vila Pavão e Nova Venécia (MARTINELLI et al., 2014).

Considerações Finais

As primeiras políticas eram apenas focadas na saúde infantil e a mulher não era vista como alvo a ser alcançado. Após muitas lutas e debates o movimento feminista foi conseguindo ganhar espaço para a mulher, que passou a ser assistidas em outros períodos da vida, não só em sua fase reprodutiva. O cuidado com a saúde da mulher passou a ser melhor delineada a partir de 1975, com a elaboração do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil e posteriormente com a implantação do Programa de Assistência Integral á Saúde da Mulher e por fim com o Programa de Humanização do Parto e Nascimento .

Todo esse processo de conquista e implantação de políticas foi fortemente influenciado pelos momentos políticos do Brasil. Destaca-se de forma negativa a influência do período militar que a saúde foi relegada a segundo plano, tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora e a política neoliberal que impediu o avanço das políticas sociais, que vinham crescendo fortemente, a partir da demanda da sociedade civil.

Referências

- ALMEIDA FILHO, A. J.; LOURENÇO, L. H. S. C.; PORTO, F. Conferência Nacional de Proteção à Infância: fins e organização de associações de proteção higiênica à infância. **Rev Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 3, p. 403-408, set. 2007.
- BARBOSA, M. T. **Sobre mães e filhos**: as políticas públicas de proteção à maternidade e à infância em Guarapuava (1940-1960). 2013. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- BERTOLOZZI, MR; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 3.987, 8 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1920, p. 437.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER. Brasília (DF), 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília (DF), 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília (DF), 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF), 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília (DF), 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde: cuidados com o recém-nascido pré-termo**. 2. ed. Brasília (DF), 2011a.
- BRASIL. 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**. Brasília (DF), 2011b.
- CARDOSO, RS. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar**. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- CARVALHO, JAM; BRITO, FR. Demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil. **Rev. bras. Est. Pop.**, v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005.

- CASSIANO, ACM; et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público de Brasília**, Brasília (DF), v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.
- CAVALCANTI, PCS; et al. A logical model of the Rede Cegonha network. **Revista de Saúde Coletiva**, v.23, n. 4, p.1297-1316, 2013.
- COELHO, AA. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.54-64, 2008.
- COELHO, EAC; LUCENA, MFG; SILVA, ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 26-36, 2000.
- COSTA, AM. Participação Social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 4, p.1073-1083, 2009.
- COSTA, AM.; VIEIRA, NA. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. v.3. Rio de Janeiro, 2013. Available from SciELO Books, p. 237-271.
- COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75, p.13-24, dez. 2007.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- FERREIRA, S.L. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. (Orgs.). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- FONSECA, C. A. Saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas. **Physys – Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n .2, p. 97-116, 1993.
- FONSECA, RMGS. Mulher, Direito e Saúde: repensando o nexos coesivo. **Saúde e Sociedade**. v.8, n.2, p. 3-32, 1999.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal,1984.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro, 2006.
- IURCONVITE, AS. A evolução histórica dos direitos sociais: da Constituição do Império à Constituição Cidadã. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 74, mar. 2010.

LEITE, ACNMT; PAES, NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p.705-714, jul.2009.

MARTINELLI, KG; et al. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MORI, M. E, COELHO, V. L. D, ESTRELLA, R. C, N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, Set. 2006.

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

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

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PARADA, M.B.A; MEDEIROS, H.R.F. Puericultura e políticas de assistência à maternidade e à infância (1930-1945). **UniRio**, Rio de Janeiro, p. 2-9, jul, 2010.

RAMALHO, KS; et al. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits**. v.1, n.1, p.11-22, 2012.

SANTOS-NETO, E.T. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Epidemiologia em saúde Pública)-Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.

SARTI, C.A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma anos: revisitando uma trajetória. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.2, p. 264, 2004.

SILVA, BVG. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **Aedos**, v.5, n.12, p.133-146, 2013.