



CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E A PANDEMIA DE COVID-19

Maira Lima Paiva

Letícia Cristina Matos Costa

Nayara Santana Brito

Dafne Paiva Rodrigues

Luana Silva de Sousa

TRABALHO PARA PRÊMIO: GRADUAÇÃO – EIXO 5: ENFERMAGEM EM SAÚDE
DA MULHER E SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

RESUMO

Introdução: Uma apresentação da linha cronológica da evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, abordando as problemáticas e pontos que foram considerados nas mudanças realizadas que visam à melhoria dos serviços de saúde ofertados às mulheres. **Objetivo:** Apresentar e debater a evolução das políticas de saúde da mulher, as implementações e os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre isto. **Métodos:** Trata-se de um estudo teórico reflexivo de artigos e outros dados levantados a partir das buscas feitas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e Bases de Dados de Enfermagem. **Resultados e discussão:** Foram considerados e incluídos na reflexão teórica o total de 24 publicações que serviram para traçar a evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil. **Conclusão:** É evidenciado que quando se trata do cuidado à saúde da mulher deve ser pautada as necessidades e singularidades da gestante e da população a qual ela está inserida e o enfermeiro desempenha um papel fulcral na função assistencial, o que reforça o discurso sobre a formação dos profissionais da enfermagem, excepcionalmente no período de pandemia. **Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Gestantes; Cuidado Pré-Natal.

1. Graduanda pela Universidade Estadual do Ceará
 2. Graduanda pela Universidade Estadual do Ceará
 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará
 4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará
 5. Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Estadual do Ceará
- e-mail do autor: maira.lima@aluno.uece.br

INTRODUÇÃO

Uma análise histórica sobre as políticas públicas de saúde da mulher no Brasil revela que, até a década de 1970, priorizou-se a saúde materno-infantil. Destacaram-se, naquele período, documentos importantes, como: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, com a criação de programas voltados para a assistência ao parto, puerpério e gravidez de alto risco; Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com foco na relação entre nutrição infantil, gestantes, puérperas, parturientes e mulheres em idade fértil e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, com a finalidade de prevenir as gestações de alto risco (BRASIL, 2013).

É importante destacar que a centralização e a falta de integração com outros programas e ações resultaram em fragmentação da assistência e baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. Isto devido ao fato de que os programas e políticas eram desvinculados das reais necessidades dessa população.

A partir dos anos 1980, as políticas de saúde da mulher perdem o enfoque apenas gravídico e privilegia a saúde integral. Vivemos a era da transformação da assistência à saúde da mulher e da reorganização da atenção obstétrica, principalmente nos últimos três anos, com a pandemia de COVID-19. Assim, o objetivo desta reflexão é discutir acerca da evolução das políticas de saúde da mulher e como a pandemia interferiu nesse processo.

METODOLOGIA

Esta reflexão foi elaborada através de uma leitura exaustiva e compreensiva envolvendo gestação de alto risco, cuidado de enfermagem e pré-natal por meio de evidências científicas e buscas feitas nas seguintes bases de dados e portais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Para as buscas foram utilizados os descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Gestantes; Cuidado Pré-Natal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1983, e implementado pelo MS em 1984, visando incluir a assistência à mulher desde adolescência até a terceira idade (BRASIL, 2013).

Este programa envolvia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas

a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O PAISM configurava um conjunto de diretrizes e princípios norteadores para reorganização da assistência à mulher, abordando propostas como descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (BRASIL, 1984).

No ano 2000, o MS regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH), em que o termo “política” foi intencionalmente utilizado no lugar de “programa” para destacar que a humanização deve ser transversal às diferentes ações e instâncias gestoras (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, o MS, visando dar continuidade ao que foi desenvolvido pela OMS em 1996 e implantou um amplo processo de humanização da assistência obstétrica com o surgimento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo MS, por meio da Portaria/GM nº569, de 01 de junho de 2000, publicado em 2002, que objetivava assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, no acesso à instituição de saúde em que o binômio será atendido no momento do parto de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

Esse Programa foi criado para aprimorar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ganhou mais força e ampliação em 2004, quando o MS criou a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com maior abrangência na atenção à saúde da mulher em todo o ciclo vital.

Assim, em 2004, o MS instituiu a PNAISM, uma reformulação do PAISM fundamentada nos princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade) trazendo enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004b).

Durante a década de 1990, com o aprofundamento dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, houve uma maior compreensão sobre os determinantes sociais desta, incluindo a influência da educação, renda, local de nascimento e grau de opressão a que está sujeita a mulher na sociedade (REIS *et al.*, 2015; SCARTON *et al.*, 2019).

Nesse âmbito, foram instituídos oito “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”

(ODM), que incorporam 22 metas e 48 indicadores que deveriam ser alcançados até o ano de 2015. Destes, três são diretamente relacionados à saúde, sendo um deles “Melhorar a saúde materna”, com duas metas a serem atingidas: a redução da mortalidade materna e universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva (REIS et al., 2015; MARTINS, 2018).

Em 2011 foi lançada, no Brasil, a Rede Cegonha, estratégia inovadora do MS que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, parto, puerpério, ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis para as crianças (BRASIL, 2011).

Em relação à assistência à gestante, parturiente e puérpera em meio à pandemia, foco deste trabalho, a Rede Cegonha preconiza acolhimento às intercorrências com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso às maternidades em tempo oportuno e a garantia de vagas, inclusive em leitos de terapia intensiva, quando necessário (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A COVID-19 afeta todos os grupos etários e as mulheres grávidas podem ser mais suscetíveis à doença, uma vez que são, geralmente, mais vulneráveis à infecção respiratória. Não há evidências de transmissão vertical do vírus em gestantes com COVID-19, contudo pode haver alteração nas respostas imunes na interface materno-fetal, o que pode afetar o bem-estar da mãe e do bebê (LIU *et al.*, 2020). O MS incluiu as gestantes e puérperas no grupo de risco da COVID-19, porém o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério devem ser garantidos em todos os níveis da assistência.

O espectro clínico dessa morbidade caracteriza-se pela síndrome gripal, que envolve casos leves (80%) e mais graves, que evoluem com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARG), na minoria dos doentes. A transmissão viral ocorre, principalmente, por via respiratória, através de gotículas, esteja a pessoa sintomática ou não (WHO, 2020).

Existe um número significativo de mulheres grávidas que serão infectadas com SARS-CoV-2, independentemente do grau de sintomas que elas desenvolvem. Por esse motivo, é importante mostrar a experiência que está sendo obtida no manejo de mulheres infectadas durante o parto (CAMPODÓNICO *et al.*, 2020).

O manejo clínico de gestantes na assistência ao parto em tempos de COVID-19, conforme as recomendações atuais, inclui um fluxograma de atendimento dividido em três eixos: grávidas sem conduta obstétrica com queixas clínicas de COVID-19; grávidas com conduta obstétrica sem queixas clínicas de COVID-19 e grávidas com conduta obstétrica e queixas clínicas de COVID-19 (BRASIL, 2020).

O fluxo intra-hospitalar (emergência obstétrica com classificação de risco, centro

obstétrico, centro de parto normal e alojamento conjunto) requer a separação de equipes bem treinadas para áreas COVID-19 e áreas que não recebem, em que pacientes confirmadas podem dividir o mesmo espaço e pacientes suspeitas devem ficar em quartos individuais (BRASIL, 2020).

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento (WHO, 2018) devem ser mantidas, considerando as questões de distanciamento social e os protocolos institucionais, como acesso a testes de triagem universal, paramentação/desparamentação, equipe mínima no cenário do parto, presença do acompanhante, limpeza terminal após cada atendimento, dentre outros (CAMPODÓNICO *et al.*, 2020). Todas as mulheres tem direito a uma experiência de parto segura e positiva, independentemente das circunstâncias e de terem, ou não, uma infecção por COVID-19 confirmada (WHO, 2020).

A redução da morbimortalidade materna e perinatal estão diretamente relacionadas ao acesso das gestantes ao atendimento de qualidade e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário.

Porém, o acesso desigual aos serviços de saúde e as demoras na identificação e manejadas complicações relacionadas à gestação permanecem como grandes obstáculos para a sobrevivência e o bem-estar de mulheres (e crianças) em todo o mundo. A redução dessas desigualdades a que as mulheres estão sujeitas e o aumento da qualidade da atenção obstétrica são fatores intervenientes no processo de redução da mortalidade materna (SCARTON *et al.*, 2019. SOUZA, 2015; ONU, 2015).

O ano de 2015 marca o fim da iniciativa dos ODM. Entretanto, o combate à mortalidade materna permanecerá no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional. Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são uma iniciativa global que sucederá aos ODM e convocam o mundo para a um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030 (ONU, 2015).

Dentre os ODS, existe um grande objetivo relacionado à saúde (isto é, o ODS 3 – Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades) e uma de suas metas é reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2015).

Ademais, pesquisa recente trouxe um dado preocupante: o Brasil é o país com mais mortes maternas por COVID-19 no mundo, superando todas as mortes somadas dos demais países (TAKEMOTO *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que o cuidado à saúde da mulher deve levar em consideração as

políticas de saúde vigentes, além das necessidades e singularidades das gestantes, parturientes e puérperas em meio à pandemia. Com isso, o fomento à qualificação dos profissionais envolvidos nesse campo de atuação torna-se fator contribuinte para a qualificação da assistência obstétrica em todos os seus âmbitos.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, seção 1, p.61, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. **Nota Técnica nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS – Recomendações para o Trabalho de Parto, Parto e Puerpério durante a pandemia da COVID-19**. abr. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-atencao-as-gestantes/>. Acesso em: 5 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. **Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/M. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal**. abr. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-atencao-as-gestantes/> Acesso em: 5 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica Nº 9/2020-DAPES/SAPS/MS**. 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/05/notatecnicaamamemntacao9_2020DAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf. Acesso em: 5 abr. 2022.

CAMPODÓNICO, O. L, *et al*. Atención de parto eutócico en gestante con COVID-19 en Lima –Perú. **Rev Peru Ginecol Obstet.**, v.66, n.2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2251>. Acesso em: 5 abr. 2022.

FIOCRUZ. A Covid-19 e a mortalidade materna. **Boletim Observatório Covid-19**. 2021. Disponível em:

https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf. Acesso em: 26 abril 2022.

LIU, *et al.* Why are pregnant women susceptible to COVID-19? **An immunological viewpoint. Journal of Reproductive Immunology**, v.139, p.103-122, 2020.

MARTINS, Ana Claudia Sierra; SILVA, Lélia Souza. Epidemiological profile of maternal mortality. **Rev Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 677-683, 2018.

United Nations. Every Woman Every Child. **The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)**. New York: United Nations, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. 2020 Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 6 abril 2022.

REIS, T.R, *et al.* Obstetric nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.(Spe), p.94-101, 2015.

SCARTON, Juliane et al. Maternal Mortality Profile: An Integrative Literature Review. **Rev Fund Care Online**.2019. Apr./Jul.; 11(3):816-822. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.816-82>

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável(2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.37, n. 12, p.549-51, 2015.

TAKEMOTO, Maira LS et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)**. [S.L.]: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) 2020**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Acesso em: 5 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Corona Virus Disease (COVID-19). **Situation Report – 128**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200527-covid-19-sitrep-128.pdf?sfvrsn=11720c0a_2. Acesso em: 5 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018.