

40 anos do programa de assistência integral à saúde da mulher: revisão integrativa

40 years of the program of integral assistance to women's health: integrative review

40 años del programa de asistencia integral a la salud de la mujer: revisión integradora

Sarah Miranda Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, Brasil

sarah_miranda.ro@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6013-5685>

Wanda Carvalho Lopes

Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-7982-8235>

Matheus Pessoa Costa Cintra

Secretaria Municipal de Goiânia, Brasil

 <https://orcid.org/0009-0003-5472-408X>

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online vol. 18 e-14290
2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Recepción: 14 Septiembre 2025
Aprobación: 22 Noviembre 2025

Resumo: **Objetivos:** o objetivo geral do estudo consiste em abordar os 40 anos de história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Método:** trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura com o método scoping review, os dados foram coletados por meio de busca no site da Biblioteca Virtual em Saúde.

Resultados: no período pré-natal, os cuidados com a gestante e o recém-nascido, principalmente considerando os primeiros mil dias de vida, são vitais para o bom desenvolvimento da criança. Entre eles, devem ser considerados o pré-natal bem-feito, com no mínimo sete consultas, o parto preferencialmente normal, o aleitamento materno no mínimo até os 6 meses de vida, a introdução da alimentação complementar e a vacinação. **Conclusão:** políticas objetivam o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, procurando otimizar ações dos serviços públicos de saúde no sentido de proteger a criança e promover a saúde, além de prevenir a adoecimento.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Aleitamento materno, Baixo peso ao nascer, Programas de imunização, Cuidados em enfermagem.

Abstract: **Objectives:** the general objective of the study is to address the 40-year history of the Women's Comprehensive Health Care Program. **Method:** this is an integrative literature review study with the *Scoping Review* method, and data were collected through a search on the Virtual Health Library website. **Results:** in the prenatal period, the care of the pregnant woman and the newborn, especially considering the first thousand days of life, are vital for the good development of the child. Among them, prenatal care should be considered well done, with at least seven consultations, preferably normal delivery, breastfeeding at least up to 6 months of life, the introduction of complementary feeding and vaccination. **Conclusion:** policies aim at the healthy growth and development of children,

seeking to optimize actions of public health services in order to protect the child and promote health, in addition to preventing illness.

Keywords: Women's health, Breastfeeding, Low birth weight, Immunization programs, Nursing care.

PREVIEW VERSION

INTRODUÇÃO

A maneira de cuidar da saúde do recém-nascido de baixo peso (RNPT) foi observada inicialmente com os conhecimentos de obstetrícia, pediatria, genética, além de temas como termorregulação, nutrição, agravos respiratórios, infecções, terapêutica medicamentosa, família, entre outros, bem como a evolução dos berçários de cuidados intensivos; os métodos e as técnicas para o controle da temperatura, alimentação, infecção e procedimentos utilizados para o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dessa população e de sua família.¹

Até o final do século XIX, o parto em casa era uma prática usual. Os RNPTs e doentes frequentemente morriam sem qualquer intervenção médica, exceto em orfanatos, onde a taxa de mortalidade era em torno de 85-95%, não havia outras instituições para atendimento neonatal. O marco da neonatologia clínica ocorreu ainda no final do século XIX com o advento das incubadoras e da implantação das unidades especiais de cuidados neonatais.^{1,2}

O modelo de cuidado de enfermagem ao RNPT concentrava em três objetivos: manter a temperatura corporal, evitar infecções e fornecer nutrição. Esses cuidados promoveram avanços em técnicas assépticas, serviços de transporte neonatal e alimentação, e o leite materno como fonte de nutrição ideal para o RNPT. Na tentativa de prevenir a infecção, os funcionários dos berçários de pré-termos da época usavam aventais, máscaras e gorros, e os pais eram excluídos da visita.¹⁻³

Na década de 1940, os avanços no armazenamento de sangue e nas pesquisas de patologias proporcionaram o desenvolvimento de novas terapias para doenças como a eritroblastose fetal. Em 1946, uma técnica permitia a exsanguinotransfusão com base na canulação da veia umbilical com cateter de polietileno.^{1,2}

Durante a década de 1950, o feto era visto como um mistério, era intocável, invisível, incognoscível. Seu peso podia ser estimado apenas por palpação. Era visível somente por meio de raio X e não havia técnica alguma para determinar com precisão o tamanho ou maturidade. Atualmente, tem-se outra visão: o período fetal inicia-se a partir da 10^a semana pós concepção e vai até o nascimento. Com a utilização da ultrassonografia tridimensional, a visualização de estruturas embriológicas e do desenvolvimento fetal é mais realística e permite melhor acompanhamento do desenvolvimento gestacional saudável ou alterado.¹⁻³

De 1949 a 1957, inicia-se maior especificidade da assistência, os cuidados de enfermagem ressaltavam a incorporação das incubadoras, o que influenciou os cuidados prestados aos RNPTs. Na década de 1960, havia uma preocupação com o ambiente do berçário e as técnicas que deveriam ser empregadas para o controle das fontes de

infecção em berçário aberto, aquele destinado a receber crianças nascidas em ambiente extra-hospitalar.¹⁻³

Nas décadas de 1970 a 1980, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil instituiu inúmeras ações para redução da morbidade e mortalidade materna e infantil, tendo em vista as altas taxas de mortalidade desses segmentos. Em 1984, esse programa foi dividido em dois programas específicos voltados para a saúde da mulher e da criança. Nesse contexto, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) destacava políticas públicas para a manutenção do aleitamento materno, visando a redução da desnutrição infantil, diminuição dos casos de diarréias e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança no cenário da atenção básica, foco de interesse pela preocupação da permanência do período pós-neonatal que respondia pela maior porcentagem da mortalidade infantil.^{1,2}

Na década de 1980, inicia-se o reconhecimento de que a família é parte do cuidado neonatal. Em 1987, começa o movimento nos cuidados centrados na família e para crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias, bem como a consolidação do conhecimento da biologia molecular e a relação com a genética humana. Com a diminuição da mortalidade neonatal de RNs de muito baixo peso, surge a preocupação com o desenvolvimento e aplicação de novas tecnologias médicas em relação ao bem-estar psicológico das crianças ao longo da vida.^{1,2}

Os anos 1990 são considerados a década do micoprematuro, ou seja, bebês com idade gestacional de 23 a 25 semanas e peso ao nascer entre 500 e 750 gramas, e do tratamento bem-sucedido desses RNs, principalmente no que se refere a terapia de reposição de surfactante, melhor manejo perinatal, novas tecnologias para manutenção da temperatura, nutrição parental e melhoria contínua de suporte ventilatório, como respiradores de alta frequência, de suporte de pressão e volume computadorizado.¹⁻³

Embora em pequena percentagem de nascimentos, os RNPTs com menos de 26 semanas de gestação contribuem desproporcionalmente para o aumento da taxa média de mortalidade e morbidade infantil e incorrem em elevados custos dos serviços médicos e educacionais. Reconhece-se que os RNPTs necessitam de acompanhamento integral quanto ao seu desenvolvimento. Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de RNs, notadamente os que necessitam de internação neonatal, aumentaram as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares.¹⁻³

Ainda nesse período, um marco importante para assegurar os direitos do RN, inclusive do RNPT, fundamentado na Constituição

do Brasil de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Resolução nº 41/1995 dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, é a construção de uma nova cultura em que RNs passem a serem vistos como cidadãos — sujeitos de direito. Em 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa de Assistência à Saúde Perinatal, responsável pelos cuidados à unidade mãe–feto e ao RN. Essa proposta possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada, a melhoria da qualidade da assistência ao parto, o incremento da qualidade da assistência ao RN, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários especiais para os RNs de risco, em que se incluíam os RNPTs.^{1,2,5}

Embora ainda exista uma assistência fragmentada no atendimento ao RN em todos os níveis de complexidade, a década de 1990 marca o aumento da sobrevida de RNPTs, acompanhados pela preocupação com a qualidade de vida e por dilemas éticos envolvendo os limites de viabilidade fetal e o investimento na saúde desses bebês.²

Considerando o grande número de nascimentos prematuros e de RNs com baixo peso anualmente em todo mundo — cerca de 20 milhões de crianças — e o fato de que as principais causas de mortes infantis se originam do período perinatal e decorrentes da prematuridade, o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 693/2000, como política pública, que dispõe sobre a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (método mãe-canguru [MMC]), recomendando e definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médico assistenciais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia se caracteriza principalmente pela mudança na forma de prestar o cuidado neonatal e está embasada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do RN e de sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele precoce e envolvimento da mãe nos cuidados com o filho.^{1,2}

Justifica-se o estudo porque o documento "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática" serviu de apoio para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado em 1984. Portanto o objetivo geral do estudo consiste em abordar os 40 anos de história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Os objetivos específicos são caracterizar as políticas legislativas de acolhimento à saúde da mulher e descrever os principais avanços na administração pública brasileira nos cuidados com o recém-nascido e saúde da mulher.

MÉTODO

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura com o método *scoping review*, que compreende um conjunto de técnicas com finalidade de sumarizar o conhecimento sobre um dado tema de

investigação. Este estudo seguiu as etapas previstas em um *scoping review*: 1) identificação da pergunta ou das perguntas da pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) extração de dados; 5) síntese e descrição dos resultados¹⁷. A revisão foi realizada no período de 20 de agosto a 12 de outubro de 2023, nas seguintes etapas:

1. Identificação da questão da pesquisa: o cuidado de enfermagem na assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal. Assim, emerge como questão norteadora para a pesquisa: quais os riscos na gestação, tanto na gestação de baixo como na de alto risco?

2. Identificação dos estudos relevantes: os dados foram coletados por meio de busca no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para delimitar o tema foram utilizados como critério de inclusão: saúde da mulher; recém-nascido; baixo peso ao nascer; método mãe-canguru; puericultura; programa nacional de imunização. Foram excluídos da pesquisa: artigos de acesso limitado e com custo; período superior há 5 anos de publicação.

3. Seleção dos estudos: os avanços e os desafios dos programas, sobretudo no cumprimento da missão de proteger a população contra doenças preveníveis por meio de vacinação. Utilizou-se, como fonte de dados, publicações relacionadas ao tema imunizações, em periódicos de publicação nacional, acessados via internet ou fornecidos e produzidos pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), dentre os quais: Informes Técnicos; Portarias e Instrução Normativa; Boletins Epidemiológicos, Sistema de Informação do Programa de Imunizações (SIPNI), acessados nos sítios eletrônicos do SIPNI (<http://sipni.datasus.gov.br>) ou do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br>). Em busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 237 artigos foram encontrados, sendo selecionado 7 para a pesquisa.

4. Extração dos dados: os dados foram coletados, por meio de instrumento estruturado, contendo: título, autores, objetivo principal, tipo de metodologia, amostra, sujeitos, principais resultados e conclusões. Pesquisas realizadas no Brasil, conforme as diretrizes e políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Essa pesquisa foi estruturada para a disciplina “*A entrevista no contexto do cuidado e da pesquisa em saúde*”, Programa de Aluno Especial, Faculdade de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG).

5. Síntese e descrição dos resultados: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal, define as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que demandam proteção integral e prioritária por parte da família, sociedade e do Estado.⁵

Como consequência da doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente, o ECA prevê a integração operacional dos órgãos e instituições públicas e entidades da sociedade civil, visando à proteção, à responsabilização por ação ou omissão de violação dos direitos e à aplicação dos instrumentos postulados pelo sistema. Essa pesquisa foi realizada para a promoção do cuidado e chamada especial para submissão de manuscritos: áreas saúde da mulher, da criança e do adolescente, e respeita a Resolução nº580, de 22 de março de 2018 que dispõe as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde.⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2000, é lançado o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Portaria nº 569/2000, fortalecendo o acesso de gestantes e RNs à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como na de alto risco. De 2000 a 2010, há um movimento das políticas públicas de saúde no sentido da integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade. O Brasil assume como meta reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015. Nesse contexto, lança, em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, trazendo em suas linhas de cuidado as ações para fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância.^{2,6-16}

Diante disso, os fatores que têm determinado a saúde e o adoecimento perinatal podem ser expressos, nomeadamente, pelos números da morbidade e mortalidade materna e infantil, assim como da cobertura de imunização, que, no Brasil, atualmente, sofrem a influência do ajuste fiscal assumido na gestão do Estado, com congelamento de gastos para o setor saúde, pelo período de 20 anos, por meio da Emenda Constitucional nº 95, o que já tem impactado nos indicadores de saúde, principalmente na população materno-infantil.²

Entre os programas que sofreram cortes, encontram-se aqueles que determinam as condições de saúde perinatal e neonatal, como o Rede Cegonha, o Bolsa Família, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), os programas de suplementação alimentar, seja por meio das unidades de saúde, seja na escola. Tais cortes influenciam diretamente na determinação social do adoecimento, pois as famílias com menor renda são as mais impactadas com a redução do investimento em políticas sociais, o que reflete diretamente nos indicadores de saúde.^{1-2,8-16}

Destaca-se que, no período pré-natal, os cuidados com a gestante e o recém-nascido (RN), principalmente considerando os primeiros mil

dias de vida, são vitais para o bom desenvolvimento da criança. Entre eles, devem ser considerados o pré-natal bem feito, com no mínimo sete consultas, o parto preferencialmente normal, o aleitamento materno (AM) no mínimo até os 6 meses de vida, a introdução da alimentação complementar e a vacinação.^{1-2,8-16}

O PNI, criado no país na década de 1970, elevou os níveis de cobertura vacinal, eliminando a poliomielite em 1989 e controlando várias doenças, como sarampo, tétano neonatal, difteria, tétano accidental e coqueluche. A cobertura vacinal infantil, no entanto, sob a influência de inúmeros fatores, tem diminuído, levando à reemergência de doenças antes controladas, a exemplo dos surtos de sarampo, que têm se intensificado no Brasil desde 2011.^{1-2,8-16}

Os números do Ministério da Saúde têm chamado a atenção do País, como a cobertura da vacina tríplice viral, a qual estava estável e próxima a 100% no Brasil até 2014, mas reduziu para 96,1% em 2015; 95,4%, em 2016, e 85% em 2017. Outro caso é o da poliomielite, já erradicada no Brasil, mas que apresentou taxa de 95% de imunização em 2015; 84,4% em 2016 e somente 78,5% em 2017. Também houve queda na cobertura da tríplice bacteriana (DTP) a qual confere proteção contra difteria, tétano e coqueluche, que era superior a 90% até 2015, mas reduziu para 89,5% em 2016 e 78,2% em 2017. Em todos os casos, considera-se proteção adequada quando a cobertura atinge índice igual ou superior a 95%. De acordo com o DATASUS, as oito vacinas obrigatórias no primeiro ano de vida estavam com cobertura vacinal, em 2018, variando de 74 a 89%, inferior ao recomendado pela OMS, que é 90 a 95%.^{1-2,8-16}

A prematuridade, portanto, apesar do avanço na ciência, nas tecnologias em saúde e na qualificação dos recursos humanos especializados na área, ainda é um problema alarmante. Entre os partos prematuros espontâneos, os maiores índices ocorrem com adolescentes, mulheres com menor escolaridade, nulíparas e com história de morte fetal e/ou neonatal, de partos prematuros anteriores ou de cesárea anterior. Ainda, houve associação entre o parto prematuro com pré-natal inadequado, gestação múltipla, infecção na internação hospitalar, descolamento de placenta, retardado do crescimento intrauterino e malformação de RN.^{1,2}

Em revisão sistemática acerca da relação entre parto prematuro e a determinação social na saúde, observou-se que este foi mais comum em mulheres cuja gestação foi indesejada, naquelas com ansiedade, depressão, hábitos como tabagismo, uso de álcool e drogas, que realizaram pré-natal inadequado e naquelas submetidas à exposição ao tabagismo passivo. Os autores indicam como estratégias para reduzir os índices de parto prematuro o estímulo a hábitos de vida saudável, autocuidado e melhoria no pré-natal, principalmente nas gestações de alto risco. Apontam, ainda, que o nascimento prematuro implica maior gasto ao Estado e maior risco de morte neonatal; além disso, as

deficiências são também maiores nessas crianças quando atingem a idade escolar, estando sujeitas a paralisia cerebral, atrasos no neurodesenvolvimento, problemas respiratórios, entre outras repercussões.¹⁻⁴

No Brasil, estudos têm apontado que as repercussões da prematuridade compreendem tanto os muito prematuros, ou prematuros extremos, quanto os prematuros tardios, em que estes se encontram sujeitos à maior probabilidade de desenvolver hipoglicemia, icterícia e distúrbios respiratórios do que os nascidos a termo. Os prematuros extremos e muito prematuros apresentam, geralmente, associado à prematuridade, extremo baixo peso ou muito baixo peso ao nascer, o que lhes confere maior fragilidade e maior risco de complicações, pois permanecem por maior tempo hospitalizados.¹⁻³

Assim, como repercussões precoces, ocorrem doença da membrana hialina, retinopatia da prematuridade, sepse precoce ou tardia, hemorragias intracranianas e displasia broncopulmonar. Após a alta, esses pacientes estão sujeitos a déficit no seu crescimento, desenvolvimento cognitivo e linguagem, comprometimento alimentar, alterações metabólicas, como doença metabólica óssea, dislipidemia precoce, maior resistência à insulina, obesidade na adolescência e maior risco para desenvolver síndrome metabólica na adolescência, doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* na vida adulta.¹⁻³

Desse modo, o nascer prematuro configura maior vulnerabilidade no período neonatal, pois esses RNs são metabolicamente imaturos e requerem assistência acurada na Atenção Primária à Saúde (APS) quando retornam para casa. Observa-se que os componentes das dimensões macro e individual, como o pré-natal e hábitos de vida não saudáveis, são marcadores importantes para o parto prematuro. Em 2015, 70% dos óbitos infantis ocorreram no período neonatal; 54% deles na primeira semana de vida.^{1,2}

Relatório da OMS indica que, caso até 2030 não haja mudanças na inequidade em que vivem as crianças e suas famílias, mais de 50% das mortes de menores de cinco anos serão de RNs. O período neonatal, compreendido como os primeiros 28 dias de vida da criança, caracteriza-se, portanto, como período crítico para sobrevivência infantil, particularmente, na primeira semana de vida e diminuir a mortalidade neonatal precoce, em razão da vulnerabilidade individual própria do RN associada à determinação social que envolve o contexto de vida da família.^{1,2}

Entre eles, é possível citar idade, crianças cujas mães têm idade inferior a 20 anos encontram-se 1,5 vezes mais propensas a óbito nas primeiras semanas de vida comparadas à faixa etária de mães cuja idade varia entre 20 e 29 anos; intervalo interpartal inferior a dois anos, esse fator expõe a criança a chance 2,7 vezes superior de óbito

nos primeiros 28 dias de vida; escolaridade, crianças cujas mães têm menos escolaridade apresentam cerca de 2,6 vezes mais chances de morrer antes do quinto aniversário do que aquelas cujas mães completaram o ensino médio. A relação com a renda familiar também impacta na mortalidade precoce, uma vez que crianças cujas famílias têm menores rendas encontram-se mais vulneráveis à morte prematura do que as nascidas em famílias com maior renda.^{1,2}

A crescente participação da mortalidade neonatal entre os óbitos de crianças com idade inferior a 5 anos requer maior foco para que se possibilite o começo saudável para a vida de RN. Mortes neonatais são resultantes de doenças e condições associadas à qualidade dos cuidados em todo o período perinatal e pós-parto. Desse modo, a redução da mortalidade neonatal dependerá do fortalecimento dos serviços de saúde, assegurando que todos os partos sejam assistidos por pessoal qualificado e acesso a serviços disponíveis que contemplam as necessidades das gestantes de acordo com a classificação de risco, visto que as mortes neonatais também estão associadas à qualidade da assistência pré-natal e direta no trabalho de parto.¹⁻³

Apesar de compreender-se que esses são elementos básicos que influenciarão a saúde do RN, trabalhar na atenção à saúde materno infantil voltada à compreensão da determinação social é um desafio. As ações dos profissionais de saúde ainda enfocam intervenções em detrimento a ações proativas, voltadas à prevenção e à promoção da saúde, mesmo naquelas unidades de atenção básica com Estratégia Saúde da Família (ESF). Ainda, o vínculo e a interação com a comunidade são pouco expressivos, o que gera falta de confiança dos usuários nos serviços e maior busca por serviços de pronto-atendimento.^{1,2}

As principais políticas instituídas nas duas últimas décadas para proteção da gestação, do nascimento, do RN e da criança ainda em vigência no País incluem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Assistência à Saúde Perinatal, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso — o Método Canguru, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a Rede Cegonha e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).^{1-2,5-16}

O Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, instituído pela portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998, regulamenta em seu Art. 2º que os recursos serão alocados “nos

hospitais de referência do Sistema Estadual de Atendimento à Gestante de alto risco; nas casas de gestantes de alto risco; em treinamento das respectivas equipes, e nos Serviços de Atendimento e Controle Centralizado – SACCE”.^{1,2,5}

A IHAC foi idealizada em 1990 pela OMS em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês, *United Nations Children's Fund* [UNICEF]), com o objetivo de estimular os profissionais de saúde para uma mudança de comportamento, a fim de reduzir o desmame precoce por meio de Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. O Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi criado por meio da Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, com o objetivo de desenvolver ações de saúde a gestantes e RNs, a fim de promover o acesso a ações e aumentar a qualidade e a capacidade da assistência obstétrica e neonatal.^{1-3,5-16}

A Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso — o Método Canguru, implantado como política pública no ano de 2000 no País, é um modelo de assistência perinatal que visa a melhorar a qualidade do cuidado; ainda, objetiva reduzir o tempo de separação entre mãe e RN; favorecer o vínculo; proporcionar controle térmico adequado ao RN; reduzir o risco de infecções hospitalares; reduzir o estresse e a dor do RN; aumentar as taxas de AM; melhorar a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN; melhorar o relacionamento da família com a equipe de saúde; propiciar maior competência e confiança dos pais no cuidado ao RN; reduzir o número de reinternações.^{1-3,5}

A Rede Amamenta Brasil foi instituída pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, com objetivo de qualificar as ações de promoção do AM e da alimentação complementar saudável a crianças com idade inferior a 2 anos; aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do AM e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).^{2,6-7}

A Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, criada a partir da Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009, visa: “[...] construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer aquelas tradicionalmente dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos”.^{2,6-16}

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”.^{2,6-16}

Mais recentemente, foi proposta a PNAISC, normatizada pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o AM, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados, desde a gestação até os 9 anos de vida; oferecer especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, para reduzir a morbidade e a mortalidade, além de promover ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.^{2,6-16}

CONCLUSÃO

Para isso, a PNAISC busca efetivar o cuidado à criança a partir da qualificação de ações e serviços de saúde, referendando a APS como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, cabe aos médicos e enfermeiros que atuam na ESF, responsabilizar-se pelo seguimento da criança, por meio da consulta de puericultura, cumprindo o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde de sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e uma dos 3 aos 9 anos de idade completos.

Essas políticas objetivam o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, procurando otimizar ações dos serviços públicos de saúde no sentido de proteger a criança e promover a saúde, além de prevenir o adoecimento. Essas ações ocorrem atualmente no Brasil para o seguimento da criança, em sua grande maioria, por meio da APS. Esse seguimento inicia já no atendimento clínico-ginecológico à mulher, com o planejamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e aids, no acolhimento à gestante nas consultas de pré-natal e identificação de gestação de risco.

Todas as políticas somadas, ao longo do período de implementação, influenciaram na determinação social, como a pobreza, a baixa escolaridade, as más condições de moradia e saneamento, bem como a exclusão social. Esses fatores foram enfrentados por meio de políticas sociais intersetoriais, mas também de redistribuição da riqueza, com programas de transferência condicional de renda como o Bolsa Família, pois, sem o apoio do Estado, não haveria diminuição da pobreza e redução das desigualdades, com consequente melhoria nos níveis de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Marba STM, Filho FM. Manual de neonatologia. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). 2º ed.- Rio de Janeiro: Revinter, 2009. ISBN: 978-85-372-0248-7.
2. Gaiva MAM, Rodrigues EC, Toso BRGO, Mandetta MA. Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família [livro eletrônico] / [organização Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras]. -- São Paulo, SP: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021. PDF ISBN 978-65-996078-0-6.
3. Neto BRS. Frente diagnóstica e terapêutica na neurologia / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-715-4 DOI 10.22533/at.ed.154211301.
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 foi homologada para regulamentar o item XIII.4 da Resolução nº 466/12, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://cep.ufv.br/semp-categoria/cep-publica-a-resolucao-5802018-que-trata-das-especificidades-eticas-das-pesquisas-de-interesse-estrategico-para-o-sus/>.
5. Estatuto da Criança e do Adolescente. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal. [acesso em 12 de agosto 2023] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: 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.
7. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
8. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações:

- uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2020 [acesso em 13 de agosto 2023]; 36 Sup 2:e00222919. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>.
9. Otero FM, Silva LR, Silva TM. Avaliação das coberturas vacinais em crianças menores de um ano de idade em Curitiba. Rev. Saúde Pública Paraná (Online). [Internet]. 2022 [acesso em 11 de janeiro 2024];5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2022v5n2.665>.
 10. Organização Pan-Americana da Saúde. XXVII Reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis. Adaptação do Roteiro do SAGE aos requisitos das Américas e uso estratégico das doses de reforço contra a COVID-19, 27 de janeiro de 2022 (virtual). Washington, D.C.; OPAS; 2022-03-11. (OPS/FPL/IM/COVID-19/22-0005).
 11. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Imunização. 8ª Campanha Nacional de Seguimento e de Vacinação dos Trabalhadores da Saúde contra o Sarampo. São Paulo; SES/SP; mar 25, 2022. 15 p. tab, mapas, graf. LILACS, CONASS, Coleciona SUS, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ACVSES, SESSP-CVEPROD, Sec. Est. Saúde SP | ID: biblio-1366226.
 12. Brandão, LGVA, Silva TPR, Gusmão JD, Sousa MCN, Caires LP, Silva TMR, Matozinhos FP. Cobertura vacinal contra influenza em gestantes da região Sudeste do Brasil: análise de 2010-2020. Rev. eletrônica enferm. [Internet]. 2022 [acesso em 11 de janeiro 2024];24. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.70736>.
 13. Garcia, ÉM. Fatores associados à hesitação materna em vacinar e à situação vacinal de crianças de até dois anos de idade em Araraquara-SP. São Paulo; s.n; 2022. 159 p. Tese em Português | LILACS | ID: biblio-1372264.
 14. Andrade, FCA. Cobertura vacinal em crianças até 1 ano de idade no estado do Rio de Janeiro entre 2008 a 2020. Rio de Janeiro; s.n; 2022. 117 f p. tab, graf, fig. Tese em Português | LILACS | ID: biblio-1400360.
 15. Souza EL, Eshriqui I, Masuda ET, Bonfim D, Barra RP, Paresque MAC. Diagnóstico das salas de vacinação em unidades básicas de saúde brasileiras participantes do projeto PlanificaSUS, 2019. *Epidemiol. serv. Saúde*. [Internet]. 2022 [acesso em 11 de janeiro 2024];31(2):e2022069. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222022000200016>.

16. Roteli-Martins CM, Neves NA, Magno VA, Kfouri R. Vacinação para doença meningocócica.
17. Dantas HLL, Costa CRB, Costa LMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. Revista Recien. [Internet]. 2021 [acesso em 20 de agosto 2023];12(37). Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>.

Notas de autor

sarah_miranda.ro@hotmail.com

Información adicional

redalyc-journal-id: 5057

**Disponible en:**

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505783104018>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Sarah Miranda Rodrigues, Wanda Carvalho Lopes,
Matheus Pessoa Costa Cintra

**40 anos do programa de assistência integral à saúde da
mulher: revisão integrativa**

40 years of the program of integral assistance to women's health:
integrative review

40 años del programa de asistencia integral a la salud de la mujer:
revisión integradora

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

vol. 18, e-14290, 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

carlos.lyra@unirio.br

ISSN-E: 2175-5361

DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14290>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional.**