

Humanización del cuidado de enfermería para la salud de la mujer, niño y adolescente

Carlos Eduardo Aguilera Campos¹

1. Profesor Asociado. Doctor en Medicina Preventiva. Coordinador de Maestría Profesional en Atención Primaria a la Salud de Facultad de Medicina, Instituto de Atención a la Salud San Francisco de Assis/HESFA. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

La existencia de nuevos Centros y Puestos de Salud incluyeron, desde su creación, en 1927, la asistencia materno-infantil, que tenía posición estratégica con la actuación domiciliar de enfermeras visitadoras o de salud pública. En la década de 1930, se intensificaron las políticas públicas que reconocían las mujeres y niños como foco de la atención a la salud.

El Directorio de Protección a la Maternidad e Infancia ha sido creado en 1934, como órgano del Departamento Nacional de Salud Pública. El termo "protección", incluido en el nombre de este Directorio, señalaba la vulnerabilidad a que estaban expuestos las mujeres y los niños. Curiosamente, la política del Estado Nuevo fue interpretada como unidireccional y autoritaria, formulada por hombres puericultores preocupados con el desconocimiento o el descuido de las madres pobres para con sus hijos¹.

A pesar de reactiva y parcial, estas medidas de Estado y las que siguieron con la creación del Directorio Nacional del Niño, en 1940, representaban respuestas a las reivindicaciones feministas. Bertha Lutz*, diputada federal y adepta de los movimientos feministas que ocurrían en EEUU, reivindicaba leyes y programas para la maternidad y la infancia, además de la ampliación de los derechos sociales. Lutz presentó proyecto de Ley en 1936 para la creación de un Departamento Nacional de la Mujer y, en este, un Consejo de la Mujer, el cual se dedicaría exclusivamente a la asistencia sanitaria femenina e infantil¹.

Treinta y ocho años después, un nuevo marco histórico se iniciaba con la Conferencia de Alma Ata de 1978. Entre sus recomendaciones, las mujeres y niños tenían atención prioritaria. A partir de entonces, se iniciaba una extensión de cobertura para los cuidados primarios de salud. Movimientos sociales y de mujeres iban a balizar esta actuación². El movimiento de las agentes de las pastora y, posteriormente, de las agentes comunitarias de salud, van a alcanzar las localidades más lejanas del país, llevando las acciones de alto costo de efectividad, que históricamente influenciaron los cambios de tasas de mortalidad infantil y materna en el país.

La política pública, sin embargo, se mantuvo reactiva a las reivindicaciones feministas. Especialmente en un punto fundamental: la política ambigua de planificación familiar. El Estado, durante el periodo de la Dictadura Militar (1964-1985), se omitió mientras dio un apoyo subliminar a las acciones de la infame Bemfam, que promovía el control de la natalidad. Una política semioficial al revés. El Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer ha sido creado en 1983. Formulado por mujeres, proponía un modelo asistencial para atender a las necesidades globales de salud para el público femenino. Una cuestión crítica era dar una respuesta más adecuada a lo que existía a la época: el uso inadecuado de píldoras compradas sin cualquier control y la progresión perversa de la ligadura de trompas².

La Estrategia Salud de la Familia (ESF), desde 1993, y más fuertemente a partir de los años 2000, ha establecido una Atención Primaria a la Salud (APS) resolutive y ecuánime, dando la oportunidad a la población pobre y de vulnerabilidad inminente, un cuidado integral en el territorio. El equipo de salud contó con la participación destacada de la enfermería en salud familiar. En más de 20 años, la ESF alcanzó un 60% de la población brasileña. En este nuevo modelo de atención se establecieron cooperaciones inéditas entre médicos, enfermeros, odontólogos, técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios de salud y otros profesionales, pautados por la horizontalidad, la superioridad del abordaje multiprofesional, el cuidado centrado en el usuario (familia) del Sistema Único de Salud (SUS) y en el territorio y comunidad, con la división de responsabilidades y el cuidado integral. Orgánicamente, la APS está bajo la responsabilidad del Departamento de Atención Básica del Ministerio de la Salud, cuya divulgación de los programas, acciones y estrategias son difundidas por medio de materiales virtuales e impresos disponibles en su página electrónica (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>).

DOI: 10.5935/1414-8145.20150070

Los canales de participación de las mujeres se ampliaron con la creación de Consejos de Salud, donde éstas se convirtieron en mayores interesadas y participativas, asumiendo importante papel en el control de la sociedad sobre las acciones del Estado (el control social)³.

La fuerza del movimiento feminista y militante en el interior del SUS se expandió para otras fronteras². La integración y la intersectorialidad de las políticas sociales permitieron nuevos avances, con la participación del sector salud. Entre las más destacadas pueden ser citados los mecanismos de protección y asistencia social, como el Estatuto del Niño y del Adolescente (Ley nº 8.069, de 13 de Julio de 1990), el Auxilio Familia, la Seguridad Alimentaria, las medidas legales y programáticas para la defensa de niños, adolescentes y mujeres víctimas de violencia familiar, la creación de los centros de referencia de la mujer²⁻⁴.

A pesar de numerosos logros, quedan otros desafíos que enfrentar en los años 2010, ya señalados por movimientos sociales y por discusiones de profesionales de salud. Las políticas afirmativas para el derecho de las mujeres en cuestiones relativas a modelos de familia, al aborto, a la libre orientación sexual, al acoso, a las desigualdades en el contexto de trabajo entre otros tipos de discriminación son algunos de los ejemplos.

En la política de salud, las respuestas fueron graduales, pero eficaces, dando respuestas, aunque tardías, a nuevas demandas sociales. Entre ellas, podemos citar: las políticas de rastreo del cáncer, la ampliación de las carteras de vacunación, la mejoría del prenatal, la política nacional de humanización, el abordaje innovador de las enfermedades sexualmente transmisibles, las líneas de cuidado con destaque a la gestación, el parto y puerperio, la atención integral a todos los segmentos de la población, incluyendo la mujer, el niño y el adolescente. Todos esos aspectos implican estrategias y acciones acompañadas y ratificadas por evidencias clínicas y organizacionales que están disponibles para el avance del conocimiento científico.

El SUS y las Universidades, con sus profusiones de estudios sobre las mejores prácticas y abordajes, basan muchas de las soluciones colocadas en las agendas de la política social y de salud. No hay humanización, sino la conquista de derechos. En Portugal, los profesionales de salud usan la palabra *Utente* (para referirse al Usuario) con el significado de ciudadano pleno de derechos. Es en ese sentido que el Usuario del SUS debe ser comprendido y reconocido, no solamente como una directriz legal, sino como una práctica social. Así, el SUS debe tener un compromiso cada vez más incondicional: tornar la práctica de los profesionales de salud cada vez más enfocada en los intereses y las necesidades del ciudadano que lo utiliza. De esta manera, todo se convierte en consecuencia natural de ese compromiso. Que la producción del conocimiento en enfermería y en salud siga también esta máxima. Los ciudadanos plenos de derechos siempre en primero lugar.

REFERENCIAS

1. Barbosa MT. A proteção à maternidade e a infância: o Departamento Nacional da Criança (DNCR) e a consolidação de suas propostas durante o Estado Novo. *Anais do Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História*. LHAG/Unicentro. Pg 679-690. 2012.
2. Osis MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1998 [cited 2015 Nov 8]; 14(Suppl 1):S25-S32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Mcinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*. May 2011; 377(9.779): 1778-1794. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
4. Reiter B, Lezama P. The Importance of Inclusion Policies for the Promotion of Development in Brazil and Colombia. *Journal of Developing Societies*. 2013; 29(2):189-214. [Nov 5, 2015]. Available in: http://scholarcommons.usf.edu/gia_facpub/105/

* Hija de Adolfo Lutz y Amy Lutz, enfermera inglesa, Bertha era bióloga, investigadora del Museo Nacional. Después de tomar contacto con los movimientos feministas de Europa y EEUU, Berta creó las bases del feminismo en Brasil.