

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente

Aline Moreira Cunha Monteiro

**A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS SOBRE UMA CASA DA
GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA E SUA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA: uma
abordagem com foco no cuidado e estrutura**

**Diamantina
2022**

Aline Moreira Cunha Monteiro

**A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS SOBRE UMA CASA DA
GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA E SUA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA: uma
abordagem com foco no cuidado e estrutura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Leida Calegário de Oliveira
Coorientador: Prof. Dr. Evanildo José da Silva

**Diamantina
2022**

Catálogo na fonte - Sisbi/UFVJM

m775 Monteiro, Aline Moreira Cunha
2022 A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS SOBRE UMA CASA DA
GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA E SUA INSTITUIÇÃO
DE REFERÊNCIA [manuscrito] : uma abordagem com foco no
cuidado e estrutura / Aline Moreira Cunha Monteiro. --
Diamantina, 2022.
166 p. : il.

Orientador: Prof. Leida Calegário de Oliveira. Coorientador: Prof.
Evanildo José da Silva.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e
Ambiente) -- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha
e Mucuri, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e
Ambiente, Diamantina, 2022.

1. Assistência humanizada. 2. Rede Cegonha. 3. Saúde da
Mulher. 4. Parto. 5. Gravidez de Alto Risco.
I. Oliveira, Leida Calegário de. II. Silva, Evanildo José da.
III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
IV. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFVJM
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecário Rodrigo Martins Cruz / CRB6-2886
Técnico em T.I. Thales Francisco Mota Carvalho



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

ALINE MOREIRA CUNHA MONTEIRO

A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS SOBRE UMA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA E SUA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA: uma abordagem com foco no cuidado e estrutura

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em **Saúde, Sociedade e Ambiente** da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, **nível de Mestrado**, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Saúde, Sociedade e Ambiente**.

Orientador: Prof^a. Dr^a **Leida Calegário de Oliveira**

Coorientador: Prof. Dr **Evanildo José da Silva**

Data de aprovação 15/03/2022.

Prof^a. Dr^a Angélica Pataro Reis - (UFVJM)

Prof^a. Dr^a Cláudia Mara Niquini - (UFVJM)

Dr^a Cleya da Silva Santana Cruz - (Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, MG)



Documento assinado eletronicamente por **Leida Calegario de Oliveira, servidor (a)**, em 15/03/2022, às 13:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **CLEYA CRUZ, Usuário Externo**, em 15/03/2022, às 13:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cláudia Mara Niquini, servidor (a)**, em 15/03/2022, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Evanildo José da Silva, servidor (a)**, em 15/03/2022, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Angelica Pataro Reis, servidor (a)**, em 15/03/2022, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufvjm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0640815** e o código CRC **F502F53C**.

Aos meus pais por terem acreditado
nos ventos novos da mudança que sonhei enfrentar.

AGRADECIMENTOS

Pelo profissionalismo, paciência e auxílio, agradeço imensamente minha orientadora Prof^a. Dr^a. Leida Calegário de Oliveira. Leida, desde que propus este trabalho, você aceitou o desafio e não mediu esforços para que pudéssemos realiza-lo. Com muito carinho, obrigada.

Por ter aceitado o convite para coorientar este trabalho, agradeço o Prof. Dr. Evanildo José da Silva. Com muito carinho, obrigada.

Por compartilhar experiências, companhia e incentivo, agradeço Jesiel Soares Silva. Ziel, você sempre me estimulou a ser uma pessoa melhor. Obrigada.

Pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa, agradeço à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

Pelas valiosas contribuições, agradeço à Banca de Qualificação. As considerações realizadas por vocês foram extremamente importantes. Obrigada.

Agradeço a todos aqueles que de uma forma de outra participaram do percurso deste trabalho, em especial aos meus amigos Ana Maria, Diego Santos, Sara Barros, Leticia Queiroz e Maria Luísa. Vocês conseguem manter o meu coração sempre aquecido.

Pelo carinho e fervorosa acolhida, agradeço meu Tio Célio Vicente da Cunha e sua família. Tio, sem você nada disso seria possível. Obrigada.

Por ser o alicerce da nossa família, agradeço a minha avó Cecy Sebastiana da Cunha Monteiro. A Senhora é o meu exemplo de força e sabedoria. Obrigada.

Por me ensinarem a ter persistência e acreditar em dias melhores, agradeço aos meus pais, irmão e sobrinho. Vocês são a razão maior de todas as minhas escolhas e planos. Amo vocês incondicionalmente.

*“A abelha fazendo o mel
Vale o tempo que não voou.”*

(Beto Guedes)

RESUMO

O presente estudo buscou investigar a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em um município do interior de Minas Gerais (avaliação das práticas desenvolvidas no cuidado com as gestantes, puérperas e recém-nascidos, considerando a estrutura física da CGBP e do serviço hospitalar de referência, na prestação da assistência materno-infantil), instituição esta considerada referência para a Macrorregião de Saúde, por oferecer suporte às mulheres que têm indicações clínicas de permanecerem próximas ao hospital devido às necessidades de monitoramento de sua saúde e/ou da criança. Para compreender melhor o cenário, avaliou-se ainda o impacto da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e os números de partos cesárea realizados nessa Macrorregião de Saúde, comparativamente aos índices nacionais. Essa abordagem foi feita sob a ótica da pesquisadora, bem como de três grupos de participantes (Profissionais de Saúde, Gestores e Gestantes/Puérperas). Tratou-se de uma pesquisa diagnóstica, de caráter exploratório e abordagem quanti-qualitativa, com uma análise bibliográfica e de campo, contando ainda com um questionário semiestruturado e dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos. Em relação à discussão proposta pela pesquisa e baseando-se na literatura, considera-se que o ambiente de trabalho e a prática profissional podem influenciar positivamente na redução da morbimortalidade materno-infantil, bem como possibilitar um atendimento mais humanizado. A análise dos dados mostrou que a quantidade de camas, acolhimento, atendimento humanizado, horário de visita e carga horária do enfermeiro e técnico de enfermagem estavam de acordo com aquilo que traz a legislação, com exceção do aspecto manutenção da estrutura física/equipamentos. Quanto ao perfil das gestantes e puérperas, observou-se consonância com o descrito na literatura. Identificou-se similaridade de respostas de profissionais e gestores em relação à existência de ações padronizadas na instituição dentro das práticas da Rede Cegonha. Percebeu-se que, embora seja possível e desejável, a instituição não possui rotina de analgesia para o parto normal. Os resultados indicam a inexistência de diferença significativa entre o número médio de mortes maternas antes e após a implantação da Rede Cegonha no País ($\bar{X}=1654,08\pm 80,99$ e $\bar{X}=1671,00\pm 63,79$, respectivamente; $p=0,609$) e também na macrorregião de saúde abordada: ($\bar{X}=3,67\pm 2,57$ e $\bar{X}=2,50\pm 1,20$, respectivamente; $p=0,190$), mas houve uma reversão muito significativa da Razão de Mortalidade Materna e do número de partos cesárea, quando se avaliou a linha de tendência em ambos os casos. A implantação da Rede Cegonha causou uma mudança na linha de tendência relativa à realização de partos cesárea, tanto no Brasil quanto na Macrorregião de referência. Uma questão importante observada é a não

compreensão sobre rotinas de funcionamento e critérios para uso da Casa pelos três grupos de participantes, tendo sido encontrada bastante variabilidade nas respostas dos mesmos, além de um absenteísmo preocupante dos três grupos participantes quando o assunto foi a provisão de sugestões para instituição de referência e a Casa. Conclui-se pela necessidade de desenvolver ações de educação permanente para as três categorias que participaram deste estudo, implementar rotina de analgesia no parto normal, além de continuar desenvolvendo ações para a melhoria dos indicadores relativos à mortalidade materna e partos cesárea na região.

Palavras-Chave: Assistência humanizada. Rede Cegonha. Saúde da Mulher. Integralidade em Saúde. Parto. Gravidez de Alto Risco. Mortalidade Materna.

ABSTRACT

The present study sought to investigate the Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) in a city in the interior of Minas Gerais (assessment of the practices developed in the care of pregnant women, puerperal women and newborns, considering the physical structure of the CGBP and the service referral hospital, in the provision of maternal and child care), an institution that is considered to be a reference for the Macrorregião de Saúde, for offering support to women who have clinical indications to remain close to the hospital due to the monitoring needs of their health and/or the child. To better understand the scenario, we also evaluated the impact of Rede Cegonha on maternal mortality and the numbers of cesarean deliveries performed in this Macrorregião de Saúde, compared to national rates. This approach was carried out from the perspective of the researcher, as well as from three groups of participants (Health Professionals, Managers and Pregnant/Puerperal Women). It was a diagnostic research, with an exploratory character and a quantitative-qualitative approach, with a bibliographic and field analysis, with a semi-structured questionnaire and data from the Information System on Mortality and Live Births. Regarding the discussion proposed by the research and based on the literature, it is considered that the work environment and professional practice can positively influence the reduction of maternal and child morbidity and mortality, as well as enable a more humanized care. Data analysis showed that the number of beds, reception, humanized care, visiting hours and workload of nurses and nursing technicians were in accordance with what the legislation provides, with the exception of the maintenance aspect of the physical structure/equipment. As for the profile of pregnant and postpartum women, it was in line with what is described in the literature. Similarity of responses from professionals and managers was identified in relation to the existence of standardized actions in the institution within the practices of Rede Cegonha. It was noticed that, although it is possible and desirable, the institution does not have an analgesia routine for normal delivery. The results indicate that there is no significant difference between the average number of maternal deaths before and after the implementation of the Rede Cegonha in the country ($\bar{X}=1654.08\pm 80.99$ and $\bar{X}=1671.00\pm 63.79$, respectively; $p= 0.609$) and also in the health macro-region addressed: ($\bar{X} =3.67\pm 2.57$ and $\bar{X}=2.50\pm 1.20$, respectively; $p=0.190$), but there was a very significant reversal of the Maternal and of the number of cesarean deliveries, when the trend line was evaluated in both cases. The implementation of the Rede Cegonha caused a change in the trend line regarding the performance of cesarean deliveries, both in Brazil and in the reference Macro-region. An important issue observed is the lack of understanding about

the functioning routines and criteria for using the House by the three groups of participants, having been found a lot of variability in their answers, in addition to a worrying absenteeism of the three participating groups when the subject was the provision of suggestions for improving the functioning of the institution and House. It is concluded that there is a need to develop permanent education actions for the three categories that participated in this study, implement a routine of analgesia in normal delivery, in addition to continuing to develop actions to improve indicators related to maternal mortality and cesarean deliveries in the region.

Keywords: *Humanized Care. Rede Cegonha. Women's Health. Integrality in Health. Child birth. High Risk Pregnancy. Maternal Mortality.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxa de cesárea no mundo, ano de 2021.	40
Figura 2 - Fórmula utilizada para cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM).....	52
Quadro 1 - Políticas, Programas e outros marcos legais com repercussão na Saúde da Mulher e da Criança. Brasil, 1973 a 2018.....	35
Quadro 2 - Classificação de Robson.....	45
Quadro 3 - Classificação dos estabelecimentos de referência na atenção à gestação de alto risco.	50
Quadro 4 - Estudos que tratam do tema mortalidade neonatal em gestações de alto risco. 2019.	56

ARTIGO 1

Quadro 1 - Caracterização da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP de um município do interior de Minas Gerais, comparativamente à normativa da Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011) e Portaria GM/MS nº1020/2013.....	70
--	----

ARTIGO 2

Figura 1 - Desenvolvimento de práticas humanizadas durante o atendimento ao trabalho de parto na instituição, de acordo com informações prestadas pelos Profissionais de Saúde (n=37), Gestores (n=04), desta instituição, 2021.	83
Figura 2 - Rotina de analgesia para o parto normal no hospital de referência, segundo informações prestadas pelos Profissionais de Saúde (n=37), Gestores (n=04), Gestantes e Puérperas (n=34) desta instituição, 2021.....	84

ARTIGO 3

Figura 1 - Número médio de óbitos maternos ocorridos no Brasil (A) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG (B), no período de 2000 a 2011 e no período pós-implantação da Rede Cegonha (2012 a 2019).	96
---	----

Figura 2 - Razão da Mortalidade Materna no Brasil (A) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG (B), no período de 2000 a 2019 (Brasil) e 2006 a 2019 (Macrorregião) e no período pós-implantação da Rede Cegonha (2012 a 2019).	97
Figura 3 - Número de partos cesárea ocorridos no Brasil (A) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG (B), no período de 1994 a 2011 e no período pós-implantação da Rede Cegonha (2012 a 2019).	100

ARTIGO 4

Figura 1 - Sugestões dos Profissionais de Saúde (n=11; (29,7%) do total de profissionais participantes), Gestores (n=3; (75,0%) do total de gestores participantes) e Gestantes/Puérperas (n=10; (29,4%) do total de gestantes/puérperas participantes) para melhoria.	114
Figura 2 - Participantes (Profissionais de Saúde [n=26], Gestores [n=1] e Gestantes/Puérperas [n=24]) que não deram sugestões para melhoria do funcionamento e assistência à saúde na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do presente estudo, MG, 2021.	115
Quadro 1 - Eixos comuns identificados nas sugestões dadas pelos Profissionais de Saúde (n=11; 29,7%), Gestores (n=3; 75,0%) e Gestantes/Puérperas (n=10; 29,4%) para melhoria do funcionamento e assistência à saúde na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e hospital de ...	113

ARTIGO 5

Figura 1 - Conhecimento acerca dos critérios para utilização da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP de um município do interior de Minas Gerais, de acordo com informações prestadas pelos profissionais de saúde (n=37), gestores (n=04), gestantes e puérperas.	124
---	-----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de usuárias da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera de um município de Minas Gerais, 2021.....	73
---	----

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
3.1 A Reforma Sanitária	25
3.2 A Constituição Federal de 1988.....	25
3.3 O Sistema Único de Saúde	26
3.4 Políticas Públicas e Saúde Materno-Infantil.....	28
3.4.1 Políticas Públicas e Saúde da Mulher - Antes do SUS.....	28
3.4.2 Políticas Públicas e Saúde da Mulher - Depois do SUS.....	28
3.4.3 Políticas Públicas e Saúde da Criança – Antes do SUS	31
3.4.4 Políticas Públicas e Saúde da Criança – Depois do SUS	33
3.5 As Redes de Atenção à Saúde	37
3.6 A Rede Cegonha	38
3.7 Assistência ao parto e nascimento.....	41
3.8 A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	48
3.9 Mortalidade materno-infantil.....	51
4 PERCURSO METODOLÓGICO	59
4.1 Tipo de estudo	59
4.2 Amostra	60
4.3 Procedimentos para a coleta de dados.....	61
4.3.1 Coleta de dados junto aos participantes da pesquisa	61
4.3.2 Coleta de dados sobre mortalidade materna e número de partos cesárea.....	62
4.4 Considerações éticas	63
4.5 Análise de dados	63
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65

ARTIGO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA E O PERFIL DAS USUÁRIAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

.....	67
RESUMO	67
ABSTRACT	67
1 INTRODUÇÃO	68
2 MATERIAIS E MÉTODOS	69
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4 CONCLUSÃO	75
AGRADECIMENTOS.....	76
REFERÊNCIAS.....	76

ARTIGO 2 - DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS HUMANIZADAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM MINAS GERAIS

.....	79
RESUMO	79
ABSTRACT	79
1 INTRODUÇÃO	80
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	81
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
4 CONCLUSÃO	86
AGRADECIMENTOS.....	87
REFERÊNCIAS.....	87

ARTIGO 3 - IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA SOBRE A MORTALIDADE MATERNA E PARTOS CESÁREA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA.....

.....	91
RESUMO	91
ABSTRACT	91
1 INTRODUÇÃO	92
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	94
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
4 CONCLUSÃO	103
AGRADECIMENTOS.....	104

REFERÊNCIAS	104
ARTIGO 4 - PROMOVENDO ESCUTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E USUÁRIAS EM BUSCA DE MELHORIAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA.....	109
RESUMO.....	109
ABSTRACT	109
1 INTRODUÇÃO	110
2 MATERIAIS E MÉTODOS	111
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	112
4 CONCLUSÕES.....	116
AGRADECIMENTOS	116
REFERÊNCIAS	116
ARTIGO 5 - UMA ANÁLISE QUANTO AO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS, GESTORES E USUÁRIOS SOBRE OS CRITÉRIOS DE UTILIZAÇÃO DE UMA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.....	119
RESUMO.....	119
ABSTRACT	119
1 INTRODUÇÃO	120
2 MATERIAL E MÉTODOS	121
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	122
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
AGRADECIMENTOS	126
REFERÊNCIAS	126
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	143
APÊNDICE A - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS COM GESTANTES E PUÉRPERAS	143
APÊNDICE B - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	147

APÊNDICE C - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS COM GESTORES	
.....	151
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	
.....	155
ANEXOS	159
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	159

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A alta vulnerabilidade social e econômica a que estão submetidos os residentes de diversos municípios do interior de Minas Gerais, reforçam a necessidade de um atendimento integral, sensível às necessidades biopsicossociais, de forma a contribuir para a redução da morbimortalidade desse público.

Ações importantes do governo federal com impacto na redução da morbimortalidade materno-infantil, que não priorizam a questão socioeconômica, mas que também contribuem nesse sentido, foram a implementação da Rede Cegonha e também a criação da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP.

A Rede Cegonha é uma estratégia do governo federal, implementada a partir de 2011, que tem como objetivo proporcionar às mulheres melhores condições de saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto, bem como acompanhamento ao desenvolvimento da criança até os dois anos de idade, tendo como prioridade contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil. Sendo assim, buscando a organização e melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada em gestação de alto risco, foi implementada a CGBP, de modo a permitir a execução de ações e serviços que abrangessem a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco.

Nesse sentido, a existência de um local para o acolhimento e cuidado das gestantes e puérperas de alto risco que necessitem estar próximas ao hospital, seja em virtude de demandas em relação à sua saúde, seja em relação à saúde do bebê, torna-se essencial para a implantação de medidas humanizadas e de prestação de atenção em tempo hábil para que haja redução da morbimortalidade. Assim, as atividades desenvolvidas na CGBP afetam diretamente a vida de tais mães, de suas crianças, bem como os indicadores dos diversos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde em que a Casa esteja inserida.

No que se refere à realidade pessoal, a motivação para realização dessa pesquisa advém de minha trajetória tanto pessoal quanto acadêmica. Ao longo da minha história de vida, na condição de doula e enfermeira pude experimentar a utilização da CGBP pelas gestantes da minha localidade de origem, Vila Alexandre Mascarenhas, situada na zona rural da cidade de Gouveia/MG. Logo que me formei no curso de Enfermagem comecei a trabalhar nessa região e presenciei uma resistência significativa das gestantes quando eram encaminhadas para a maternidade de referência do município. O discurso era comum entre elas, alegavam que o trajeto era mais longo, cansativo e tinham medo de precisarem de algo, deixar o aconchego familiar, além da preocupação com os filhos menores dependentes dos seus cuidados.

Culturalmente, elas tinham uma afinidade e gostavam de ir para a maternidade mais próxima, que é na cidade de Curvelo. Sendo assim, o processo de conscientização foi ocorrendo aos poucos e algo que facilitou esse processo, foi a criação da CGBP para os cuidados na gestação de alto risco, além da disponibilidade de uma equipe para o acompanhamento das condições clínicas e sociais identificadas. A disponibilidade dessa estrutura foi extremamente importante para ampliar a assistência obstétrica e neonatal, garantir a integralidade da assistência, contribuir para o uso racional dos leitos das maternidades de referência, além de proporcionar um ambiente mais acolhedor às gestantes e puérperas.

Vale ressaltar que vivemos em uma região marcada pela fragilidade socioeconômica e com alto índice de mortalidade materna e infantil e, mesmo que a CGBP não tenha foco no enfrentamento às vulnerabilidades socioeconômicas, também contribui bastante nesse sentido.

Sendo assim, a criação da CGBP trouxe a oportunidade de, conjuntamente com o hospital de referência, desenvolver uma atenção mais humanizada e de qualidade com o foco na redução da morbimortalidade materno-infantil dessa região.

Com relação à trajetória acadêmica, desde a minha formação, por exemplo na graduação, tive uma afinidade com a área materno-infantil, além de participar como bolsista e voluntária em Programa de Extensão Universitária com este foco. Além disto, participei de diversas atividades tais como: caminhada em defesa do aleitamento materno, congressos, feiras, cursos, encontros científicos, simpósios, e outros com a comunidade interna e externa e, desde então, me dedico com maior interesse por esse binômio. Portanto, essas experiências traçadas no percurso acadêmico foram decisivas para a escolha do tema da pesquisa, assim como na decisão em avaliar as práticas assistenciais desenvolvidas na CGBP, por meio de uma comparação sobre diferentes perspectivas (gestores, profissionais de saúde envolvidos no cuidado, gestantes e puérperas).

Neste sentido, espera-se que os resultados obtidos na pesquisa possam contribuir para a identificação das fragilidades e potencialidades da CGBP no cuidado com as gestantes e puérperas, de modo a colaborar com a caracterização assistencial e estrutural deste local. Deste modo, a minha trajetória pessoal e profissional estão diretamente relacionadas com a linha de pesquisa escolhida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa foi realizar uma avaliação das práticas desenvolvidas no cuidado com as gestantes, puérperas e recém-nascidos, considerando a estrutura física da Casa da Gestante Bebê e Puérpera – CGBP de um município do interior de Minas Gerais, bem como do serviço hospitalar de referência, na prestação da assistência materno-infantil, comparativamente ao que é preconizado pela Rede Cegonha e pela Portaria GM/MS nº 1020/2013.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste trabalho foram:

- Avaliar se a CGBP condiz com o que é preconizado na Rede Cegonha;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico¹ das gestantes e puérperas atendidas pela CGBP no período de execução do trabalho;
- Fazer uma triangulação de comparação entre a percepção das gestantes e puérperas, gestores e profissionais da saúde em relação à CGBP, bem como do serviço hospitalar de referência;
- Avaliar o uso de práticas humanizadas nesta instituição de referência à gestação de alto risco em Minas Gerais, por meio da análise de conteúdo dos relatos de Profissionais de Saúde e Gestores sobre as ações padronizadas na instituição dentro das práticas da Rede Cegonha, além de verificar a existência de rotina de analgesia para partos normais nessa instituição pelos (Profissionais de Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas);
- Avaliar o impacto da implantação da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e números de partos cesárea realizados na Macrorregião de Saúde do interior de Minas Gerais aqui abordada, comparativamente aos índices nacionais;
- Analisar as sugestões de melhoria providas por Profissionais da Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas em relação à CGBP e de seu hospital de referência;
- Avaliar o nível de conhecimento de profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem), gestores e usuárias (gestantes e puérperas) de uma Casa da Gestante,

¹ Dados socioeconômicos e demográficos: idade, sexo, ocupação, escolaridade, renda familiar e número de pessoas que vivem na mesma casa, local de residência.

Bebê e Puérpera do interior de Minas Gerais, e seu hospital de referência, quanto ao tipo de serviço prestado e critérios de uso da CGBP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Reforma Sanitária

Em 1970, o Brasil passava por condições precárias no setor da saúde, além da ineficácia dos poderes públicos para a resolutividade das demandas sociais, de modo que essas situações, dentre outros descontentamentos nos diferentes grupos da sociedade, acabaram contribuindo para o surgimento de várias mobilizações conhecidas como Movimento Sanitário. Vale ressaltar, que os movimentos feministas defrontaram conjuntamente com os demais grupos contra a ditadura militar por meio de diferentes ações em busca da redemocratização no País, principalmente pelo direito à saúde (SARTI, 2001).

Nesse período, a população que não dispunha de trabalho formal contava com o atendimento de instituições filantrópicas (entidades privadas) ou com as Santas Casas de Caridade. O atendimento por planos de saúde privados já existia nesse período para os trabalhadores formais, sendo estes disponibilizados por meio de institutos de previdência. Após a Constituição de 1988, o Estado passa a ter responsabilidades sobre as ações e serviços de saúde no setor público e privado. A concepção de saúde passar a ter importância pública, tornando-se alvo de regulamentação, fiscalização e controle para garantia da dignidade humana e proteção à vida (BODRA; DALLARI, 2020).

3.2 A Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal foi promulgada em 1988, e afirma que “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito [...]”. Este documento traz no seu primeiro artigo que todo poder emana do povo e que a República Federativa do Brasil teria como fundamentos a soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho, da livre iniciativa, além do pluralismo político. Além disso, identifica-se no documento oficial um preâmbulo onde percebe-se a luta histórica pelos direitos à democracia:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias,

promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1998).

A Constituição Federal – CF trouxe diversos ganhos ao organizar o Estado, definiu a forma de divisão dos poderes políticos, trazendo garantias às liberdades individuais e coletivas, assim como à ordem social e econômica. Ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado e ao criar o Sistema Único de Saúde, este documento trouxe inúmeros ganhos também para essa área. Em relação à saúde da mulher, não foi diferente.

A CF em seu artigo 7º estabelece a licença à gestante por período de 120 dias, resguardando os direitos salariais para a mulher inserida no mercado de trabalho (inciso XVIII), sendo possível a prorrogação da licença-maternidade por mais 60 dias disciplinada na Lei Federal nº 11.770, de 09 de setembro de 2008. Além disso, no mesmo artigo, inciso XX, a CF garante “proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei, entretanto,

a norma constitucional possui eficácia limitada, posto que é preciso lei ordinária para sua regulamentação. Todavia, a falta de uma lei própria dificulta a aplicabilidade de uma proteção ao trabalho da mulher no tocante a garantir a empregabilidade e o respeito às peculiaridades orgânicas femininas (SILVA NETO, 2011).

Já o inciso XXX do artigo 7º da CF, proíbe que se faça diferença em relação à remuneração, ao exercício de funções e a critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil. Para mais, garante ainda a assistência gratuita aos filhos no que se refere à utilização de creches e pré-escola (inciso XXV), enquanto que o artigo 201 (inciso II) traz garantias quanto à proteção à maternidade pela Previdência Social (BRASIL, 1988). Percebe-se então que a Assembleia Constituinte teve um cuidado especial em resguardar a mulher, a maternidade e a criança por meio da Constituição de 1988.

3.3 O Sistema Único de Saúde

O vigente Sistema Único de Saúde – SUS foi criado por meio da Constituição Federal de 1988. Logo, a saúde pública brasileira tornou-se o maior sistema gratuito do mundo capitalista, fundamentado na concepção do Estado desenvolvimentista e nas demandas oriundas do movimento da reforma sanitária, dos movimentos populares de saúde no geral, com ênfase aqueles dos grandes centros urbanos, acadêmicos da área, representantes das três esferas de governo, gestores e trabalhadores da saúde e dos segmentos sociais que, juntos,

pressionaram o Estado e as elites políticas por melhores condições à população (COHN, 2018). Esta autora ainda relata sobre a importância das lideranças reformistas para essa conquista:

Nesse sentido, Sergio Arouca, líder intelectual e político do movimento sanitário, era incisivo em sua avaliação: a luta pela saúde significa um projeto civilizatório e modernizador para o país. À época, a ênfase na luta pela saúde recaía sobre a sua dimensão essencialmente política. Em certa medida essa ênfase que foi se diluindo ao longo do tempo, sobressaindo a dimensão técnica e propositiva da institucionalidade exigida para a implantação do SUS. Isso não se deu sem custos. Após um primeiro momento de avanços acentuados na sua efetivação, evidencia-se um crescente refluxo do movimento sanitário para uma postura defensiva, com vistas à defesa das conquistas já alcançadas. Não sem fundamento: a proposta na Constituição de 1988 que institui a concepção da seguridade social é aprovada num contexto global e nacional de crise econômica que fundamenta posições neoliberais de ajuste econômico e de Estado mínimo. Nesse ponto, o novo arcabouço legal contraria o movimento da história, para não mencionar a tradição histórica brasileira na área social. Reafirma-se, portanto que o SUS, como um dos pilares do sistema de seguridade social no país, representa uma conquista sem precedentes graças à firmeza e competência das lideranças reformistas (COHN, 2018, p.2).

A partir da criação do SUS, uma série de normativas passaram a ser produzidas no sentido de regulamentar, direcionar e fomentar o desenvolvimento de ações com foco na garantia da saúde universal e igualitária.

Nesse sentido, em 19 de setembro de 1990 é publicada a lei nº 8080, que dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes, regulando, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executadas de forma isolada ou conjuntamente, de forma permanente ou eventual, no setor público ou privado. No texto desta lei consta que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado garantir as condições indispensáveis para que cada pessoa possa dela gozar (BRASIL, 1990).

Daremos enfoque no que foi realizado em prol da saúde feminina. No período da ditadura militar, a assistência à saúde materna ainda era realizada apenas quando vinculada às necessidades da criança. Dentre as ações desenvolvidas pelo Estado, a mulher era vista no contexto de procriação, sem levar em consideração as demais necessidades dos direitos reprodutivos e sociais. Porém, após a consolidação do SUS, foram construídas as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher trazendo importantes melhorias nos seus indicadores (BRASIL, 2008a).

Faremos uma breve contextualização das políticas públicas e saúde materno-infantil antes da constituição do SUS e, na sequência, abordaremos as normativas, ações e serviços produzidos com esse enfoque no pós-SUS.

3.4 Políticas Públicas e Saúde Materno-Infantil

3.4.1 Políticas Públicas e Saúde da Mulher - Antes do SUS

Por volta de 1983, ocorre uma mudança significativa no sentido da melhoria dos cuidados em saúde da mulher. Rompe-se com o contexto mulher-procriação e começam a ser incorporadas as primeiras ações assistenciais direcionadas exclusivamente para a mulher. Desta forma, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, de 1983, foi criado pelo Estado sob a influência dos movimentos sociais para formulação de políticas públicas e mudança de paradigmas. O intuito principal era trazer uma nova visão de cuidado à saúde da mulher de forma mais desvinculada da relação materno-infantil. Sendo assim, as ações passaram a ser desenvolvidas de forma mais abrangente por meio de serviços e práticas de planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, climatério e, principalmente tendo como base as relações sociais, culturais e econômicas da mulher (MANSUR *et al.* 2019).

Em meados de 1985, as mulheres já começam a ser inseridas em um contexto social mais representativo e surge, nesse período, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que traria avanços significativos nas legislações com este foco (SOUSA *et al.* 2018).

3.4.2 Políticas Públicas e Saúde da Mulher - Depois do SUS

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado passaria a reconhecer o seu dever de prover pela igualdade de direitos à saúde da mulher, seu bem-estar físico, mental e social, o que levou a várias ações (BRASIL, 2004).

Ainda sobre os direitos da mulher, o Ministério da Saúde lança a Portaria GM/ MS nº. 1016, de 26 de agosto de 1993, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante todo o período de internação da gestante e do recém-nascido em todos os hospitais vinculados ao SUS (BRASIL, 1993).

Em seguida, após a criação do PAISM ocorreu a regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Desta forma, foi possível traçar diretrizes e princípios para identificar os processos de adoecimento da mulher e com isso as causas da mortalidade, uma vez que estas passaram a ser evitadas por meio da elaboração de políticas públicas preventivas. A problemática se faz com relação à aplicabilidade na íntegra dessas políticas para verdadeira efetividade e sem negligências das ações propostas a essas mulheres. Diante disso, apesar da reorganização assistencial, o PAISM e a PNAISM ainda não

se concretizaram de fato, devido à falta de articulação entre as três esferas de governo (COSTA *et al.* 2019).

No ano 2000, a Portaria nº 569, estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN no âmbito do SUS (BRASIL, 2000). Esse Programa visa realizar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Justamente por isso, promovem melhoria e qualidade no acesso ao atendimento e organização dos princípios, diretrizes e formas de financiamento.

Logo depois, a Organização das Nações Unidas – ONU estabeleceu as metas do milênio, com o apoio de 191 nações, ficando conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Assim, foram definidos oito objetos que tinham como prazo de cumprimento o ano de 2015, sendo eles: i) acabar com a fome e a miséria, ii) oferecer educação básica de qualidade para todos, iii) *promover a igualdade entre os sexos a autonomia das mulheres*, iv) reduzir a mortalidade infantil; v) *melhorar a saúde das gestantes*, vi) combater a AIDS, a malária e outras doenças, vii) garantir a qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e viii) estabelecer parcerias para o desenvolvimento. Devido à participação social e às políticas públicas, o Brasil conseguiu se aproximar do cumprimento de algumas metas, obtendo alguns resultados favoráveis, apesar de muitos desafios a serem enfrentados (BRASIL, 2014b).

Outro marco importante e que vale a pena ressaltar, foi a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SEPM, diretamente vinculada à Presidência da República, no ano de 2003. De fato, a SEPM foi referência para elaboração de políticas e articulações no Governo Federal e, igualmente, desenvolvia o mesmo papel e responsabilidades do atual Ministério da Saúde (GROSSI *et al.* 2008), porém com foco específico na saúde da mulher. A SEPM acabou sendo transformada em Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres – SNPM, estando hoje vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, objetivando “promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente” (BRASIL, 2021b).

Importante ressaltar que uma das grandes conquistas foi o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato, conforme estabelece a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005). Os benefícios da presença do acompanhante durante todo o período de internação da mulher foram comprovados por Ferreira e Madeira (2016). Posteriormente, essas vantagens foram estendidas para o bebê e para o próprio familiar. Os benefícios para a mulher, decorrentes da presença do acompanhante no período relativo ao processo do parto, estão relacionadas ao apoio emocional e à colaboração em práticas

não farmacológicas de alívio da dor. Em estudo realizado por Amorim *et al.* (2020), estes autores relatam que a presença paterna traz muitos benefícios para a gestante e para o bebê. Entretanto, o estudo apontou que os critérios adotados para ser um acompanhante durante o trabalho de parto foram, primeiramente, o vínculo com a mulher e a disponibilidade de tempo. Neste caso, estes autores nos dizem que:

Na condição de gestante bem informada, planejará melhor a participação do acompanhante e buscará um cuidado mais qualificado e baseado em evidências. Acrescenta-se que esforços devem ser envidados para a garantia do cumprimento da lei do acompanhante, tendo em vista os benefícios dessa presença durante o processo de parturição. Reconhece-se também a importância da enfermeira não somente enquanto pré-natalista, mas pela sua relevante participação nas ações educativas e no acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério (AMORIM *et al.*, 2020, p.07).

Buscando qualificar o atendimento às mulheres, foi criado: i) em 2008, o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa pela Área Técnica de Saúde da Mulher – ATSM do Ministério da Saúde e ii) em 2015, os “Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres” servindo de subsídio para a tomada de decisão qualificada, com enfoque clínico, de gestão de cuidado por trazer um direcionamento aos profissionais assistenciais (Brasil, 2015b). Entretanto, apesar da existência de tais documentos, Luz e Frutuoso (2021), em estudo realizado com profissionais de uma equipe de saúde de Santos, SP, observaram a inexistência de ações específicas para a mulher no período do climatério, uma vez que o atendimento era baseado em sintomas, não oferecendo um cuidado integral.

Por sua vez, no ano de 2009, foi instituído o “Pacto pela Saúde” que trouxe prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento para a avaliação do biênio de 2010 a 2011. Uma das prioridades apontadas pelo componente “Pacto pela Vida” foi a redução da mortalidade materna e infantil, cabendo ao município a responsabilidade de propor metas de vigilância em saúde dentro da realidade local, conforme a pactuação estabelecida entre as três esferas de governo (BRASIL, 2009c).

Em 2010, foi criada pelo Secretário Geral das Nações Unidas, a estratégia global para induzir a implementação de medidas de intervenção com a finalidade de impulsionar o desenvolvimento da saúde de mulheres e crianças. Essa estratégia tinha o intuito de contribuir com 75 países, em que 98% das mortes materno-infantil eram mais prevalentes. Assim, alguns programas e o envolvimento da comunidade internacional contribuíram para os novos engajamentos mundiais, devido à resposta imediata dos países, pela progressão das metas de redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde das gestantes. Entretanto, esses autores

relatam que um número considerável de mulheres, crianças e adolescentes no mundo, ainda encontram restrições quanto ao acesso a serviços de saúde, alimentação adequada, educação, água potável e saneamento básico (BUSS; UNGERER, 2016).

Cruz e colaboradores (2019) buscaram, em seu estudo, associar a coordenação do cuidado com a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher e da criança baseado em dados de 30.523 equipes que participaram do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ em 2013. Estes autores identificaram que no Brasil, o maior percentual das equipes da atenção primária em saúde apresentou nível baixo de coordenação do cuidado (68,5%), a região Norte foi o maior percentual de equipe com baixa coordenação (89,1%), enquanto que a região Sudeste apresentou o maior percentual com alto nível de coordenação (37,6%). Já com relação ao nível da qualidade da assistência prestada, um número alto de equipes apresentou baixo nível na qualidade da assistência à saúde da mulher, apesar da qualidade da assistência à saúde da criança ter sido alta. Desta forma, evidenciou-se a necessidade de implementação de melhorias, investimentos e incentivos na área da assistência integral à saúde da mulher.

3.4.3 Políticas Públicas e Saúde da Criança – Antes do SUS

Em 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança – DNC, o que possibilitou que a assistência materno-infantil pudesse ser trabalhada de forma mais autônoma em relação ao Departamento Nacional de Saúde (DNS). As suas ações do DNC foram incorporadas na agenda oficial do setor público, podendo ser considerado um dos marcos da história das políticas de saúde e assistência no Brasil. Desta forma, as ações voltadas ao cuidado infantil não eram mais oferecidas apenas pelas casas de caridade, mas também pelas instituições filantrópicas e, principalmente, pelo Estado. Neste sentido, de acordo com Lopes e Maio (2018):

Foi no primeiro governo Vargas, principalmente a partir do Estado Novo, que os médicos reunidos em torno de Olinto de Oliveira encontraram condições institucionais e ideológicas propícias à proposição de planos de proteção materno-infantil de escopo nacional. Alçado à categoria de políticas de Estado, o combate à mortalidade infantil e à delinquência juvenil deveria lançar mão de um amplo leque de ações em assistência social, educação e saúde. A mortalidade infantil foi atribuída, entre outros, aos problemas da má alimentação e da carência alimentar de recém-nascidos e gestantes e a práticas tradicionais de cuidado disseminadas na sociedade brasileira, consideradas nocivas e anticientíficas. A delinquência juvenil, por seu turno, esteve associada, na visão desses médicos, ao abandono de menores e à desestruturação das famílias. Embora fatores socioeconômicos estivessem por vezes

articulados a elementos de ordem biológica e psíquica [...] (LOPES, MAIO; 2018, p. 17).

Entretanto, apesar dessas ações iniciais, questões importantes em relação à emancipação feminina afetariam a saúde da criança. Em virtude da introdução do uso da pílula anticoncepcional e também do movimento feminista na década de 60, observou-se uma queda dos índices de natalidade (LEAL; BAKKER, 2017), o aleitamento materno foi reduzido e a mamadeira passou a ser vista como símbolo da libertação feminina (CASTILHO, BARROS FILHO, 2010). Ampliou-se a promoção comercial do uso de fórmulas infantis, o que culminou com o aumento da desnutrição infantil, na década de 1970, levando a um movimento mundial em favor da amamentação. Diferentes segmentos da sociedade envolveram-se nas articulações em favor do aleitamento materno. Isso ocorreu inclusive no Brasil, que participou de todo esse processo, de modo que, no ano de 1981, surgiu o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento – PNIAM. O país começou a investir em diferentes ações de promoção, proteção e apoio à amamentação e, em 1999, o Ministério da Saúde constituiu um grupo técnico que elaborou as bases de uma política pública de incentivo à amamentação: a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (HERNANDEZ; VÍCTORA, 2018).

O primeiro marco de relevância para a saúde da criança no Brasil é o Programa Nacional de Imunização – PNI, criado em 1973, como medida preventiva de doenças pela oferta gratuita de imunobiológicos. Em razão da sua eficácia e do cumprimento do calendário vacinal, esse Programa recebeu reconhecimento internacional. Desde então, começou-se a repensar estratégias para melhorar os indicadores de saúde infantil, entretanto, ainda temos desafios a serem enfrentados, conforme afirmam os autores Leal *et al.* (2018):

Em contraste às melhorias da maior parte dos indicadores de saúde reprodutiva, materna e infantil, a população enfrenta três epidemias relevantes: a de cesarianas, a de prematuridade e a de obesidade infantil. Não há justificativa para taxas de cesarianas que atingem mais de 50% dos partos, colocando o Brasil em uma triste situação de liderança mundial. A epidemia de nascimentos pré-termo, atribuível parcialmente às cesarianas desnecessárias e à baixa qualidade da Atenção Pré-Natal (APN) tem consequências em curto prazo, na morbimortalidade neonatal, e em longo prazo nos déficits de desenvolvimento intelectual de crianças prematuras. A epidemia de obesidade infantil traz consequências severas em termos de morbidade por doenças não transmissíveis na idade adulta (LEAL *et al.*, 2018, p.11).

É importante ressaltar que, felizmente, o Brasil não ocupa mais essa posição de liderança mundial, apesar de ainda serem preocupantes as altas taxas de cesareanas no contexto atual.

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC foi criado e representou um avanço significativo para a saúde infantil, visto que objetivava qualificar a assistência, aumentar a cobertura dos serviços de saúde, incentivar as ações de promoção integral à saúde, priorizando principalmente, as crianças pertencentes a grupos de risco (BRASIL, 2018b). Importante ressaltar também as ações do Programa de Saúde da Família – PSF e dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS e sua influência sobre a saúde infantil:

[...] Estratégia para viabilizar a estruturação dos serviços de Atenção Básica nos municípios foi decisiva na interiorização de algumas categorias profissionais e na ampliação do acesso aos serviços de saúde, com influência direta sobre a saúde infantil. Contudo, apesar dos esforços, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no País apresentava-se elevada e evidenciava as desigualdades regionais e mesmo entre grupos populacionais (BRASIL, 2018b, p.16).

3.4.4 Políticas Públicas e Saúde da Criança – Depois do SUS

Após a consolidação do SUS o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é aprovado em 1990, reforçando a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado quanto à proteção integral das crianças e adolescentes até os 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Sua criação ocorreu no mesmo período da adoção da Convenção dos Direitos da Criança – CDC na Organização das Nações Unidas. No decorrer desse processo, aconteceram mudanças significativas relacionadas ao reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. Essas ações possibilitaram a diminuição da pobreza infantil, da privação de direitos, da desnutrição crônica e também contribuíram para o aumento da frequência no ambiente escolar. Entretanto, essas condições de melhorias podem variar conforme os fatores socioeconômicos, étnico-raciais e geográficos (UNICEF, 2019). Com intuito de diminuir a desigualdade no país, foram realizadas mobilizações sociais, ações, projetos, políticas públicas de educação e programas governamentais por entender que essas vulnerabilidades afetam a dignidade humana, principalmente, em relação às crianças mais pobres (KRAMER; NUNES; PENA, 2020).

Em 1995, foram acrescentados os marcos do desenvolvimento no cartão da criança, com a finalidade de acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento. Em 2004, esse ato tornou-se específico para o monitoramento, entretanto, embora a formalização dessa vigilância tenha ocorrido há mais de três décadas (1984), a realização desse registro ainda possui alguns entraves por ocorrer de forma irregular em algumas situações, comprometendo

a qualidade e eficácia de sua avaliação. Assim, mesmo que essa padronização tenha ocorrido há anos, essa medida ainda não se assumiu de forma efetiva (CAMINHA *et al.* 2017).

Objetivando melhorar os níveis de saúde infantil, o Ministério da Saúde – MS solicitou aos nove Secretários de Saúde do Nordeste um projeto para trabalhar os problemas relacionados à mortalidade infantil em cada estado. Assim, como plano de ação para enfrentamento ao problema, foi criado, em 1995, o Programa de Redução da Mortalidade Infantil – PRMI. Foi firmado, ainda, o compromisso de acompanhar a implementação dessa estratégia, além de fornecer medicamentos e insumos básicos pelos demais setores de desenvolvimento de saneamento, agricultura, educação e entre outros parceiros e secretárias (SANTOS *et al.* 2001).

Em 2015, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC no SUS. Essa política se organiza em sete eixos estratégicos, com o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança em todo o território nacional. Para isso, levaram-se em consideração os determinantes sociais e condicionantes de saúde para a concretização efetiva das medidas para o nascimento, o desenvolvimento infantil, a redução das vulnerabilidades e para os riscos de adoecimento (BRASIL, 2015c).

Malta *et al.* (2019) confirmam em seu estudo que a diminuição da taxa de mortalidade na infância pode estar atrelada às melhorias nas condições de saúde e nos determinantes sociais. Porém, quando são levadas em consideração as causas relacionadas à gestação, devem-se buscar melhorias na qualidade do pré-natal, devido à ocorrência de mortes oriundas de afecções maternas, em fetos e em recém-nascidos. Diante disso, vale repensar sobre a recomendação do Ministério da Saúde sobre o número mínimo de consultas de pré-natal, por entender que o atendimento de qualidade vai além da quantidade de consultas e da solicitação de exames. Sendo assim, faz-se necessário intensificar as práticas para o acolhimento, estabelecimento de vínculo e o reconhecimento das necessidades de saúde (MELO *et al.* 2020). Com esse propósito de atingir o cuidado integral à saúde da criança, torna-se necessário priorizar a qualidade do atendimento com enfoque principal nas ações efetivas.

Como vimos, ao longo da história foram criadas leis, programas governamentais e políticas públicas com o objetivo de resguardar a criança na infância e a saúde da mulher. As medidas subsequentes foram: i) o Marco Legal da Primeira Infância, criado pela Lei nº 13.257, em 2016, que estabelece os princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil; ii) o Programa Brasil

Carinhoso do Governo Federal, criado em 2012, que visa garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil e iii) o Programa Criança Feliz, criado em 2016, que propõe o desenvolvimento integral de crianças de zero a seis anos (BERNARDI; LIMA, 2020). O quadro 1 apresenta estas ações, organizadas de forma cronológica, por níveis de gestão intersectorial, saúde da mulher e saúde da criança.

Quadro 1 - Políticas, Programas e outros marcos legais com repercussão na Saúde da Mulher e da Criança. Brasil, 1973 a 2018.

Níveis de gestão	1973-1989	1990-1999	2000-2009	2010-2014	2015-2018
Intersetorial		Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)	Programa Bolsa Família (2004)	Plano Nacional pela Primeira Infância (2011) Brasil Carinhoso (2012)	Marco Legal pela Primeira Infância (2016) Criança Feliz (2016)
Sistema de Saúde	Criação do Sistema Único de Saúde-SUS (1988)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) Estratégia da Saúde da Família (1994)		Programa Mais Médicos (2013)	

Continuação na próxima página

Continuação

Níveis de gestão	1973-1989	1990-1999	2000-2009	2010-2014	2015-2018
Saúde da Mulher	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984)		Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000) Pacto Nacional Redução Mortalidade Materna e Neonatal (2004) Lei do acompanhante (2005) Lei da vinculação à maternidade (2007) Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e da Amazônia Legal (2009)	Rede Cegonha – Rede de Atenção Materna e Infantil (2011)	Diretriz Nacional de Atenção à Gestante - a operação Cesariana (2015) Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016)
Saúde da Criança	Programa Nacional de Imunizações (1973) Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC (1984)	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1990) Projeto para Redução da Mortalidade na Infância (1995)	Política Nacional de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso - Método Canguru (2000) Pacto Nacional Redução Mortalidade Materna e Neonatal (2004) Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009)	Rede Cegonha – Rede de Atenção Materna e Infantil (2011)	Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Criança - PNAISC (2015)

Fonte: LEAL *et al.* 2018. Adaptado.

Destaca-se também a criação das Redes de Atenção à Saúde – RAS, que representaram uma estratégia para integração dos serviços de saúde, por constituir uma alternativa para a qualidade do cuidado. Diante da sua estrutura de rede, é possível se organizar com base no perfil epidemiológico, transpor as lacunas assistenciais, reduzir os gastos e garantir melhorias no cuidado. Essa integração dos serviços de saúde tornou-se necessária devido à fragmentação do cuidado e pelas experiências positivas tanto no cenário nacional quanto internacional (DAMACENO *et al.* 2020).

3.5 As Redes de Atenção à Saúde

No âmbito do SUS destacam-se dois marcos legais para as RAS, a primeira pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que traz as diretrizes para a sua organização. Já o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, segundo marco legal por definir a RAS, estabelecendo a forma de organização das ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde, articulados pelos sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para o cuidado integral (BRASIL, 2010 e BRASIL, 2011).

Em 2011 e 2012 foram discutidas no grupo técnico de atenção e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, as temáticas das RAS, sendo elas: I) *Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico*; II) Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; atenção primária; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; atenção domiciliar e hospitais-dia. III) Rede de Atenção Psicossocial: ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; qualificação da Rede de Atenção Integral de Saúde; ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; de prevenção, redução de danos e operacionalização da rede. IV) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: atenção básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e urgência e emergência. V) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: atenção básica; atenção especializada; sistemas de apoio, logísticos e regulação (BRASIL, 2014a). São as principais características da RAS:

[...] a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014a, p.10).

Foi com o objetivo de formar uma rede de cuidados, garantindo os direitos da mulher ao planejamento reprodutivo, ao nascimento seguro, à atenção humanizada e ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança, que foi constituída, em 2011, a Rede Cegonha. Assim, esta Rede passou a contribuir com a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e assistência à criança (BRASIL, 2011). Mas, para que fosse possível cumprir as diretrizes preconizadas na Rede Cegonha, várias ações e políticas públicas voltadas para a saúde materna e infantil tornaram-se necessárias, a fim de buscar melhorias no campo assistencial, social e político.

3.6 A Rede Cegonha

A Rede Cegonha, estratégia do Governo Federal, foi criada em 2011 para “proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida” (BRASIL, 2011). Seus objetivos são:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2013b), a “Rede sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de 80”, a partir das experiências de diversos profissionais e acadêmicos da área da saúde e também de outras áreas, gestores, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros”.

No que tange às ações humanizadas na atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha é adepta às recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS sobre as boas práticas na assistência. Sendo assim, garante a escolha da mulher sobre o tipo e local de parto, presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, privacidade, escolha informada, liberdade de posições, movimentos durante o trabalho de parto e parto, fornecimento de informações sempre que necessária, oferta de líquidos por via oral quando solicitado por gestantes de baixo risco, estímulo ao uso dos métodos não farmacológicos de alívio de dor,

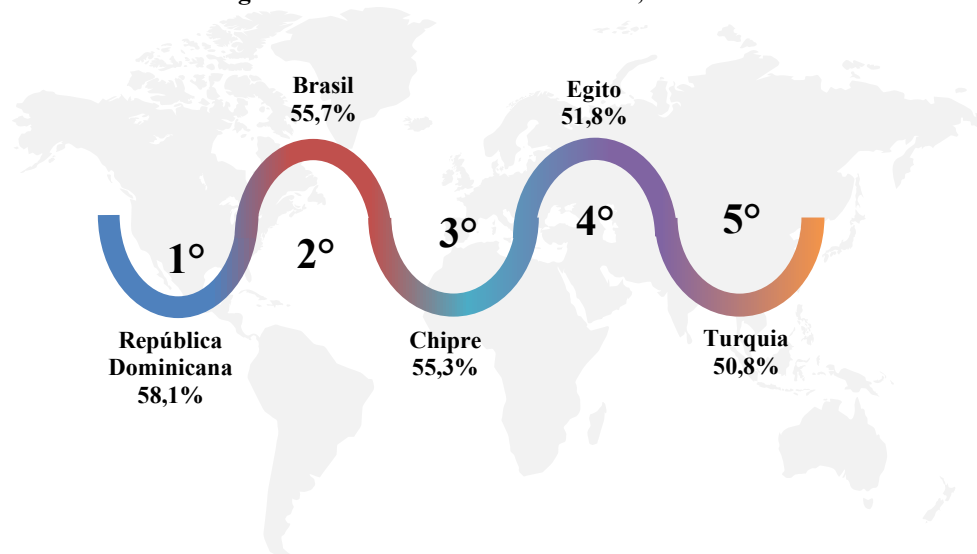
contato pele a pele durante a primeira hora de vida do recém-nascido, monitoramento por meio do partograma, além do suporte emocional (WHO, 2018).

Alves *et al.* (2017) relatam sobre a importância dessa assistência humanizada ao binômio materno-infantil, tanto para a redução das taxas de mortalidade quanto a satisfação da gestante. Entretanto, a adesão dos municípios à Rede Cegonha não ocorreu em todo o território nacional conforme a expectativa, essa situação justifica as medidas emergenciais que tentam transpor a realidade de algumas localidades do país com ações que buscam afinidade com as políticas públicas estabelecidas.

Apesar da dificuldade de algumas regiões no cumprimento das mudanças no modelo de ambiência dos hospitais que realizam partos pelo SUS, essas alterações são significativas para melhoria da saúde materno-infantil, o que pode ser comprovado pela experiência positiva oriunda da Rede Cegonha. Dessa forma, é possível perceber a relevância da utilização de novos modos de cuidado e de gestão no campo obstétriconeal para a valorização da dignidade humana (PASCHE *et al.* 2021).

É importante ressaltar, que o Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas no mundo, superior a 55% dos partos, ficando atrás apenas da República Dominicana. Apesar de uma mudança nos números de partos cesáreas realizados a partir de 2014, ainda estamos em uma posição de destaque no cenário mundial, ultrapassando, em muito, as taxas recomendadas pela OMS que são de 10 a 15%. Conforme mostram as evidências científicas, as altas taxas de cesáreas, com valores superiores ao preconizado pela OMS, podem estar favorecendo a realização de procedimentos desnecessários e isso contribui para a morbimortalidade materno-infantil (DINIZ, 2021). Observa-se que na América Latina e no Caribe, as taxas são de 43% dos nascimentos, já nos países como República Dominicana, Chipre, Egito e Turquia, além do Brasil, as cesarianas superam os partos normais (OPAS, 2021). A figura 1 traz os dados atualizados das taxas de cesárea no mundo.

Figura 1 - Taxa de cesárea no mundo, ano de 2021.



Fonte: BETRAN *et al.* 2021

A Rede Cegonha veio reestruturar e organizar a saúde materno-infantil no País, além de estabelecer indicadores estratégicos, incentivando, inclusive financeiramente, a redução das taxas de cesáreas.

Leal, em 2018, publicou algumas reflexões sobre os resultados da Pesquisa Nascer no Brasil. Neste trabalho, foram apontadas várias ações implementadas ao longo dos últimos anos, além de demonstrar os benefícios do investimento em ciência e tecnologia para análise e monitoramento de políticas públicas. Esse autor relata ainda sobre a contribuição da Rede Cegonha para as boas práticas e redução das intervenções desnecessárias, sobre o Programa Parto Adequado destinado a reduzir o excesso de cesarianas, sobre o Nascer nas Prisões, que gerou duas medidas jurídicas após a exposição dos seus resultados (a proibição do uso de algemas durante o trabalho de parto e a prisão domiciliar para presas não condenadas, gestantes ou com filhos até 12 anos ou com deficiência), além do projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia “Apice-On” (LEAL, 2018). Além disso, o autor relata sobre a importância das ações de caráter interdisciplinar entre profissionais de saúde, gestores e a sociedade para alcançar melhorias à saúde integral do binômio materno-infantil. Ele afirma que:

É de suma importância a redução da mortalidade materna, um dos principais tópicos dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, sendo que para atingi-lo, é imprescindível que profissionais de saúde, gestores e a sociedade unam esforços para intensificar as mudanças destinadas a elevar a qualidade da atenção obstétrica, em particular durante o período pré-natal e no parto. Assim, os resultados dos estudos mencionados reforçam que sejam adotadas medidas voltadas para a redução de desfechos adversos para mães e bebês (LEAL, 2018, p.02).

Como pode ser visto, a assistência à saúde da mulher e da criança passou por um longo processo de mudança no contexto histórico, social e biológico para melhorar as condições de saúde e, conseqüentemente, oferecendo um processo de parto e nascimento mais respeitoso. Ainda estamos no caminho para atingir a qualidade da assistência. Entretanto, os passos iniciais já foram dados com o investimento em políticas públicas que favorecem qualificação na assistência dos profissionais de saúde, investimentos em melhorias estruturais e de ferramentas de trabalho pelos gestores. Desta forma, para a concretização dessas ações é necessária a articulação em rede entre a atenção básica, especializada e demais segmentos da sociedade, a fim de proteger e fazer cumprir as leis e diretrizes que respaldam as boas práticas ao nascimento. Diante disso, o próximo capítulo traz uma retrospectiva histórica da assistência ao parto no Brasil.

3.7 Assistência ao parto e nascimento

O parto é um acontecimento natural do processo de nascimento e caracteriza o fim da gestação. Nesse sentido, antes do século XX o parto domiciliar era o que predominava. Entretanto, com a evolução do desenvolvimento hospitalar no Brasil e sob a influência dos países desenvolvidos, o parto hospitalar foi ganhando cada vez mais espaço. A competência técnica das parteiras passou a ser questionada, e com isso, os conhecimentos que as mulheres traziam sobre seu corpo, dinâmica de parto e experiências, acabaram perdendo significados para a medicina e passaram a ser vistos como métodos ultrapassados ou desatualizados (BRASIL *et al.* 2018a). Neste sentido, argumenta-se que:

Cabe à mulher escolher o tipo de parto que ela desejar, seja ele parto natural, cesárea, parto na água, parto de cócoras, parto Leboyer ou parto humanizado. E apesar das leis e movimentos feminista e governista em retomar e garantir o protagonismo à mulher no parto, muitas ainda não têm esse direito de escolha e não são bem assistidas. A discussão acerca dos tipos de parto reflete a evolução da humanidade e suas relações sociais, e a forma de nascer diz muito sobre os anseios da sociedade e como ela está organizada politicamente. Atualmente, em consequência da violência obstétrica e aumento das taxas de mortalidade materna foram surgindo leis que asseguram o respeito e o cuidado à saúde do binômio mãe-filho, garantindo redução das taxas de mortalidade materna e neonatal e assistencial integral e humanizada a gestantes (BRASIL *et al.* 2018a, p.13).

Ao longo da evolução histórica do parto, ocorreram mudanças expressivas em todo o seu contexto que acabaram distanciando do processo espontâneo, sendo perceptíveis as mudanças no tipo de ambientes. O parto que ocorria no domicílio passou a ser realizado com

intervenções hospitalares, muitas vezes desnecessárias, além disso, a assistência prestada pelas parteiras foi sendo substituída pela de outros profissionais que tinham aparato instrumental e medicamentoso. Nesse contexto, buscando a redução da morbimortalidade materna, dentre outros objetivos, a Rede Cegonha é implementada e tenta restabelecer as medidas de cuidado para aprimorar a qualidade da assistência. Entretanto, segundo Vendrúscolo e Kruehl (2015), ainda há obstáculos relacionados à autonomia da mulher e de seus familiares no momento do nascimento a serem enfrentados pelas instituições e profissionais de saúde.

Mediante a importância da autonomia da mulher, a assistência das parteiras tradicionais buscava atender as necessidades da gestante, da família e as necessidades domésticas. Assim, além dos conhecimentos envolvidos diante dos sinais e sintomas do trabalho de parto e de como agir mediante as intercorrências, desde as primeiras contrações até a primeira semana de puerpério imediato, a parteira estava pronta a contribuir com o cuidado integral (GOMES *et al.* 2021). Posto isso, estes autores ainda ressaltam que:

[...] é necessário adotar uma concepção de saúde sensível às práticas das parteiras tradicionais, que sejam inclusivas e integrais para assegurar a qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal. No contexto da medicalização do parto e dos corpos femininos, as parteiras assumiram um papel de mediadoras, buscando alternativas entre as práticas atuais e as suas habilidades, seus remédios caseiros, as técnicas corporais utilizadas e que ainda fazem parte do cotidiano das mulheres. Assim, é importante o diálogo entre o conhecimento científico e o tradicional, visto que essa interação contribuirá para o desenho de políticas públicas adequadas à realidade social de diversas comunidades rurais de todo o Brasil (GOMES *et al.* 2021, p.06).

Alves *et al.* (2019) corroboram com Gomes *et al.* (2021) ao compartilharem do mesmo pensamento sobre o reconhecimento do parto como um processo natural, observando, inclusive, a necessidade de que se reflitam sobre as intervenções desnecessárias. Entretanto, Alves *et al.* (2019) aprofundam mais nesta questão, refletindo que a atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto traz contribuições para o atendimento. Estes autores relatam ainda que:

É importante também salientar que as intervenções obstétricas ainda estão presentes e que as boas práticas no parto e nascimento não são realidades para todas as mulheres. Assim, cabe às instituições de saúde e aos seus profissionais repensarem a forma de atuação, lembrando que o parto é um evento fisiológico que geralmente não necessitará de muitas interferências por parte da equipe de saúde, e entendendo que o contexto de saúde materno-infantil caminha para a redução da morbimortalidade em direção à qualidade da assistência e à experiência satisfatória em relação ao parto vaginal e nascimento (ALVES *et al.* 2019, p. 06).

Nessa lógica, tornar a mulher o principal sujeito no trabalho de parto facilita a utilização de técnicas não invasivas que favorecem a sua ocorrência. Importante frisar que as

tecnologias leve² e leve-dura³ colaboram para o parto humanizado, para a redução de riscos de infecção, bem como para a redução dos índices de morte materna e neonatal e das intervenções desnecessárias (tecnologias duras⁴). Diante dessas necessidades, as gestantes necessitam de ambientes receptivos, privacidade e orientações. Por isto, a partir de 2009, as salas de parto vêm sendo substituídas pelas suítes Pré-parto, Parto e Pós-parto – PPP, proporcionando um local apropriado para que as gestantes sejam assistidas (SOUZA, *et al.* 2019).

O Ministério da Saúde, buscando o estímulo ao parto humanizado e a redução do uso de tecnologias desnecessárias, fomenta, a partir de um dos componentes da Rede Cegonha, a realização de partos com parteiras. Além disso, a partir da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto normal, e buscando reduzir as intervenções médicas desnecessárias como o alto índice de cesarianas que vem ocorrendo no Brasil, lança a recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021, sobre o Programa de Parto Adequado (BRASIL, 2021a).

Em relação ao uso de terapias complementares para o alívio da dor, estas estão cada vez mais frequentes nas maternidades, sendo que o desenvolvimento dessas práticas consiste em uma das atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2013a). Em virtude disso, Pereira *et al.* (2020) buscaram avaliar se essas técnicas oferecem benefícios reais na redução de dor e ansiedade durante o trabalho de parto. Com esse intuito, foram analisados 19 artigos relativos a estudos clínicos randomizados desenvolvidos no período de 2016 a 2020 e foram avaliados os impactos do uso de acupressão, auriculoterapia, aromaterapia, bola suíça, exercício respiratório, yoga, terapia floral, massagem, métodos térmicos e banhos de aspersão para controle da dor durante o trabalho de parto. Os resultados demonstraram que a utilização dessas ferramentas pode possibilitar uma experiência melhor no trabalho de parto, além de viabilizar um parto participativo e humanizado.

Silva *et al.* (2021b) analisaram o conhecimento de 204 puérperas que estavam internadas em um centro de parto normal e alojamento conjunto de um hospital municipal do estado do Ceará, sobre a identificação das puérperas em relação às boas práticas na assistência ao parto desenvolvida pela equipe de enfermagem. Por meio desse estudo, identificou-se que as puérperas têm conhecimento quanto às posições que promovem conforto no trabalho de parto e sobre o direito ao acompanhante. Entretanto, 74,5% das puérperas relataram que não conheciam os métodos não farmacológicos para alívio da dor, apesar da maioria já ter utilizado

² Tecnologia leve: caracteriza o acolhimento e a interrelação entre os profissionais de saúde e a gestante;

³ Leve-dura: conhecimento voltado para a elaboração e desenvolvimento de práticas de cuidados como o estímulo à deambulação, a ambientação, a bola de bobath e as massagens relaxantes;











⁴ Duras: uso dos procedimentos invasivos como o fórceps e episiotomia.

alguns desses métodos. Diante disto, entende-se que, por via de regra, a orientação quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor deve ser iniciada no pré-natal e ocorrer durante todo o trabalho de parto para que, assim, se consiga o devido empoderamento, escolha e tomada de decisão consciente pelas gestantes.

Ainda nesse sentido, por meio de uma revisão integrativa, Silva *et al.* (2019) estudaram sobre as contribuições do plano de parto como ferramenta de incentivo às boas práticas na obstetrícia. Avaliaram as evidências científicas sobre plano de parto no período de 2013 a 2018 e evidenciaram a sua contribuição para a participação ativa da mulher na tomada de decisões, promoveram a satisfação do parto e melhoraram a comunicação entre os profissionais e a gestante. Desta forma, a elaboração do plano de parto ainda no atendimento do pré-natal e sua concretização pela equipe na maternidade favorece a qualidade do cuidado materno-infantil. De forma corroborativa, Santos *et al.* (2019) comprovaram os benefícios do uso do plano de parto sob a perspectiva de mulheres que utilizaram esse instrumento. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres que utilizou do plano de parto teve uma experiência satisfatória antes, durante e também no pós-parto, reforçando a participação no planejamento e execução do próprio parto.

Buscando uma forma de permitir, de forma padronizada, o monitoramento e comparação entre as taxas de partos cesárea realizados ao longo do tempo, tanto internamente (em um mesmo hospital), quanto de forma interinstitucional (entre hospitais diferentes), o médico irlandês Michael Robson propõe, em 2001, um método de classificação, objetivando a redução das taxas desnecessárias. O quadro 2 apresenta a Classificação de Robson, uma importante ferramenta na obstetrícia, devido aos números elevados de partos cesáreas no Brasil e no mundo.

Quadro 2 - Classificação de Robson.

 Grupo 1 <p>Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	 Grupo 8 <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea (s)</p>
 Grupo 2 <p>Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	 Grupo 9 <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (s)</p>
 Grupo 3 <p>Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	 Grupo 10 <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (s)</p>
 Grupo 4 <p>Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Conceitos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paridade (nulípara, múltipara); • Cesárea anterior (sim, não); • Início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto); • Idade gestacional (termo, pré-termo); • Apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa ou oblíqua); • Número de fetos (único ou múltipla) <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>A classificação é totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva, ou seja, todas as gestantes são incluídas em apenas um dos 10</p> </div> <p>(CE) Cesárea anterior Trabalho de parto espontâneo</p> <p>* Nulípara: mulher que nunca teve filhos ** Múltipara: mulher que teve mais de um filho ou que pode parir mais de um bebê por vez.</p>
 Grupo 5 (CE) <p>Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas</p>	
 Grupo 6 <p>Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica</p>	
 Grupo 7 <p>Todas múltiparas com feto único, em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es)</p>	

Deste modo, a utilização dessa classificação contribui para a humanização da assistência, devido à importância das boas práticas no parto e à valorização do parto normal e da atuação da mulher durante o trabalho de parto (CANANÉA *et al.* 2020).

Assim, a utilização de um instrumento que evidencie um atendimento respeitoso, associado aos anseios da gestante, favorece um espaço participativo para comunicação com objetivo de buscar por melhorias na qualidade da atenção à saúde. Do mesmo modo, é possível traçar o desenho metodológico do processo avaliativo da assistência, aliado às recomendações científicas de boas práticas do parto e nascimento (SILVA, *et al.* 2021c). Estes autores reforçam a necessidade do monitoramento e avaliação da atenção obstétrica:

A incorporação de novos cuidados em saúde baseados em evidências científicas e garantia de direitos na atenção obstétrica e neonatal demandam sistemática periódica de visitas avaliativas, momentos de análise e reflexão coletiva dos resultados encontrados e o monitoramento e a avaliação dos planos de ação dos serviços. Assim, espera-se que novos ciclos sejam implementados e processos de monitoramento e avaliação da atenção obstétrica e neonatal incorporados ao cotidiano dos serviços e instituições de saúde. Espera-se, ainda, ampliar o escopo avaliativo para as situações de urgência e emergências obstétricas e as principais causas de morbimortalidade materna e neonatal. Também se faz necessária a ampliação das representações do controle social, por exemplo, conselhos de saúde e movimento de mulheres, como fontes de informação do processo avaliativo e sujeitos da transformação, por meio da participação nas Oficinas de Devolutivas dos resultados da atenção ao parto e nascimento (SILVA, *et al.* 2021c, p. 08).

Além disso, Silva e colaboradores (2021a) trazem uma discussão importante no contexto do parto e nascimento que é o uso do termo “violência obstétrica”, diante da orientação do Ministério da Saúde e o apoio do Conselho Federal de Medicina – CFM para a não utilização dessa terminologia. Os autores consideram relevante a reflexão em defesa dessa expressão por tornar visível a necessidade de estratégias para melhorar o cuidado reprodutivo. Apoiados nesse pensamento, consideraram pertinente as recomendações, decretos, orientações e declarações da Organização das Nações Unidas – ONU e da OMS no enfrentamento à violência contra a mulher.

À vista disso, Rodrigues *et al.* (2018) analisaram as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica. Foram selecionados 13 artigos dos últimos cinco anos para a revisão integrativa realizada por meio da análise de conteúdo, tendo sido identificada a violência obstétrica em práticas profissionais de episiotomia, manobra de Kristeller e medicalização do parto. Assim, faz-se necessário conter práticas violentas na atenção ao parto e nascimento.

Em contrapartida, estudos atuais vêm demonstrando uma tendência à busca da revalorização do ambiente domiciliar como espaço adequado para o momento do parto. Nesse sentido, Silva *et al.* (2021d) demonstraram que o atendimento ao parto domiciliar é um modelo

ainda pouco conhecido no Brasil, mas que tem aumentado gradativamente no nosso país. Ficou demonstrado neste estudo que a residência é um ambiente seguro para o nascimento, caso a decisão tenha sido tomada pela mulher, juntamente com a família. Esses autores relatam ainda que a falta de conhecimento pode contribuir para uma percepção errada e preconceituosa. De forma corroborativa, Araújo *et al.* (2018) afirmam que o parto domiciliar surge para tentar trazer novamente a autonomia da mulher sobre o seu corpo com o intuito de devolver o protagonismo no trabalho de parto. Além disso, o uso dos métodos não farmacológicos de alívio de dor no ambiente domiciliar proporcionam conforto e uma experiência humanizada no processo de parto.

Outro estudo a ser citado é o de Pascoto *et al.* (2020), em que os autores investigaram as dificuldades da assistência ao parto domiciliar sob a ótica de enfermeiras obstetras. O estudo contou com a participação de nove enfermeiras que atendiam no parto domiciliar há mais de um ano, na cidade de Campinas, São Paulo. Identificou-se que as dificuldades estavam relacionadas a questões práticas, como o acesso a equipamentos e serviços necessários para a assistência segura e também de ordem social, visto pelo preconceito gerado pela falta de informação, até mesmo por profissionais, trazendo dificuldades ao processo quando havia a necessidade de transferência da gestante para a maternidade. Esses achados podem estar relacionados à falta de regulamentação desse tipo de assistência ao parto nas políticas públicas no Brasil.

Guimarães e colaboradores (2021), em estudo realizado no período de 2000 a 2018 no Brasil, revelaram associação entre a incidência de partos cesáreas com as condições socioeconômicas, o direito de escolha da mulher e os avanços tecnológicos na área da saúde. Relacionaram os elementos que potencializam essa escolha com o grau de instrução e inserção no mercado de trabalho e suas novas exigências. Além disso, observaram que as estatísticas por tipo de procedimento (parto cesárea/ parto natural) foram muito diferentes nas diversas regiões geográficas do Brasil, dividindo o país em dois grandes grupos, sendo eles: i) a região norte/nordeste e ii) as demais regiões. Esses achados comprovam que a desigualdade social, econômica e instrucional acabam influenciando na área da saúde.

Por consequência da atual situação pandêmica atual vivenciada no Brasil e no mundo, Souza *et al.* (2020) trazem uma reflexão sobre os direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia da Covid-19. O intuito foi despertar uma atenção maior de todos os órgãos comprometidos com a garantia dos direitos das mulheres para manter a rede de cuidados eficaz e com todos os serviços disponíveis. Esse apelo foi por entenderem que a crise causada pela pandemia poderia afetar a qualidade da atenção, contribuir para o aumento das taxas de

cesáreas sem indicação clínica, crescimento da violência de gênero, obstétrica e institucional. Diante disso, os autores afirmaram que:

É necessário, finalmente, continuar mantendo os olhares para as diversas especificidades das mulheres, sobretudo no Brasil, um país marcado por profundas desigualdades sociais e regionais que se interseccionam com desigualdades de gênero e raça/cor/etnia. Ou seja, mulheres pobres, negras, periféricas, indígenas, em situação prisional, situação de rua, dentre outras condições que se configuram como barreiras para o acesso aos serviços de saúde. Estas mulheres, já em isolamento social, correm maior risco de ter em suas vidas o impacto negativo da pandemia de COVID-19, com consequências no curto, médio e longo prazo (SOUZA *et al.* 2020, p. 05).

Desse modo, a assistência ao parto e nascimento no Brasil foi aprimorando-se com as políticas públicas, de modo que foram abertos espaços para o respeito às características de cada mulher. Algo importante nesse processo foi o reconhecimento e retorno de práticas que valorizam a individualidade da gestante e da sua participação ativa no trabalho de parto. Cabe ressaltar, a importância dessa construção que se iniciou com o atendimento das parteiras que prezam pela naturalidade do parto. Melhorias têm sido alcançadas, mas não ocorre na mesma proporção esperada, devido à influência das questões socioeconômicas e cultural de cada região do país.

3.8 A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

Com o intuito de oferecer um local adequado para as gestantes e puérperas de alto risco ou com outras condições especiais que necessitem estarem próximas ao hospital sem a necessidade de internação, o Ministério da Saúde cria a Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013, que estabelece as diretrizes e critérios organizacionais para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, além dos requisitos para vinculação da CGBP, conforme a Rede Cegonha (BRASIL, 2013a).

Os critérios estabelecidos por essa Portaria para a utilização da CGBP são divididos em três grupos:

I - Para a gestante:

- a) necessitar de atenção diária, prestada pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e

- b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento;

II - Para o recém-nascido clinicamente estável:

- a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e
- b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; e

III - Para a puérpera:

- a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e
- b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN ou no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

As CGBPs são unidades de cuidado peri-hospitalar, então vinculadas a um estabelecimento de referência para a atenção à gestação de alto risco. Estes estabelecimentos de referência são classificados em i) alto risco Tipo 1 e ii) alto risco Tipo 2. Essa divisão refere-se exclusivamente à estrutura do serviço (conforme apresentado no quadro 3), não correspondendo à hierarquia entre os dois tipos de classificação. Dessa forma, foram determinados critérios que são comuns para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência, independentemente da tipologia, além dos critérios específicos (BRASIL, 2013a). O tipo de classificação do hospital participante do presente estudo é o alto risco Tipo 2.

Quadro 3 - Classificação dos estabelecimentos de referência na atenção à gestação de alto risco.

Classificação	Critérios específicos
Tipo 1	<p>Comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; manter quantidade de leitos de gestação de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programação da Rede Cegonha e contemplada no Plano de Ação Regional; disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, no prazo de até um ano da data da habilitação do estabelecimento hospitalar; dispor de um leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI adulto própria; dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana: ultrassonografia; eletrocardiografia; cardiotocografia; serviço de radiologia; laboratório clínico; e posto de coleta de leite humano; garantir o acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário; dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais: assistente social; enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra; médico anesthesiologista; médico obstetra; médico pediatra; nutricionista; psicólogo; farmacêutico; e técnico de enfermagem; garantir acesso nas especialidades médicas, demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária.</p>
Tipo 2	<p>Comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais: assistente social; enfermeiro obstetra; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico anesthesiologista; médico clínico geral; médico obstetra; médico neonatologista ou intensivista pediatra; médico pediatra; nutricionista; farmacêutico; psicólogo; e técnico de enfermagem; dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana: ultrassonografia com doppler; eletrocardiografia; cardiotocografia; serviço de radiologia; laboratório clínico; e Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local; garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária e disponibilizar UTIN, nos termos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar.</p>

Fonte: Brasil, 2013a.

Compreendendo que o período da gestação traz mudanças fisiológicas, psicológicas e físicas para a mulher, bem como que algumas complicações podem ocorrer nesse processo, torna-se necessário adotar medidas para garantia de cuidados humanizados tanto para a mulher quanto para o bebê (GANDOLFI *et al.* 2019). Rodrigues e colaboradores (2019) realizaram um relato de experiência sobre a vivência de acadêmicos e residentes de enfermagem obstétrica de uma CGBP do município de Colatina, Espírito Santo e, a partir das ações educativas voltadas para a temática do parto e puerpério, evidenciaram a importância de formar modelos

assistenciais diferenciados, além de se trabalhar os sentimentos de pertencimento e segurança com a disponibilidade de um ambiente acolhedor.

3.9 Mortalidade materno-infantil

A saúde materno-infantil tem sido bastante abordada em estudos epidemiológicos desenvolvidos com a finalidade de fazer o acompanhamento, identificar causas, além de minimizar os impactos gerados pelas doenças que afetam as gestantes e que podem levar ao óbito (BRASIL, 2009a). Diante das altas taxas de mortalidade materna no Brasil, este é um problema de saúde pública considerável (FRUTUOSO *et al.* 2019). Dessa forma, faz-se necessário intensificar ações com o intuito de restabelecer a promoção, prevenção e a recuperação da saúde da mulher e da criança.

No que tange à mortalidade materna, o aumento do número de óbitos revela falhas importantes na assistência dos serviços de saúde referentes às causas evitáveis, assim como a dificuldade no acesso à atenção obstétrica indica a necessidade de repensar o modo de execução dessas atividades no período gravídico-puerperal, bem como buscar por melhorias na qualidade dos registros de óbitos que representam um indicador fundamental para avaliação da qualidade assistencial (LIMA *et al.* 2017). Estes autores ainda relatam sobre a necessidade de intervenção precoce para evitar a morbimortalidade materna:

[...], a intervenção precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade, morte materna ou perinatal. Com a interpretação dos dados dos Sistemas de Informação, é possível estabelecer políticas eficazes de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Assim, é preciso um acompanhamento minucioso das ocorrências de óbito materno (LIMA *et al.* 2017, p.2).

Logo, a morte materna pode ocorrer por padrões semelhantes que se destacam por diferentes fatores, classificados em causas obstétricas diretas ou indiretas.

1. As causas diretas ocorrem devido às intercorrências obstétricas no período gravídico-puerperal, que pode ser ocasionado por negligência ou descuido na assistência à gestante. Posto isso, são causas evitáveis, que podem ser prevenidas por meio do acompanhamento efetivo nos atendimentos de pré-natal e consulta de pós-parto, conforme preconizado pelo MS para assistência integral. (BRASIL, 2009b).

2. As causas obstétricas indiretas estão relacionadas com as patologias preexistentes ou que ocorreram durante a gestação em decorrência do processo natural da gravidez (BRASIL, 2007).

Um índice bastante utilizado para se avaliar a mortalidade materna, tanto por causas diretas quanto indiretas, ocorridas em um determinado período de tempo, é a Razão da Mortalidade Materna – RMM (calculado, conforme fórmula apresentada na figura 2). Esse índice permite uma análise mais ampla da situação, permitindo traçar estratégias eficazes e avaliar as atividades voltadas para a saúde da mulher. Desta maneira, o indicador expressa o número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2008b).

Figura 2 - Fórmula utilizada para cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM).

$$RMM = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de } \text{óbitos maternos}^*}{\text{n}^{\circ} \text{ nascidos vivos}^*} \times 100.000$$

* no período

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Martins e Silva (2018) apontam a importância de condutas que garantam melhores condições às gestantes e puérperas, a fim de reduzir os índices de mortalidade materna. Posto isso, devem ser consideradas, de forma holística, as questões biológicas, além da avaliação dos indicadores socioeconômicos para o rastreamento de grupos que apresentam maior vulnerabilidade social. Segundo Monteiro (2012), em busca da redução do número de mortes,

o Ministério da Saúde elaborou o Projeto de Apoio à Implementação da Rede Cegonha no Brasil, estratégia operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na qual o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), unidade materno-infantil da Fiocruz, foi designado a participar da coordenação em parceria com a Política Nacional de Humanização (PNH) e com as Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, da Criança e Aleitamento Materno.

Importante frisar que conhecer o perfil epidemiológico e sociodemográfico das gestantes de uma determinada área é fundamental para avaliar e realizar as ações específicas. Assim, o papel da Atenção Primária à Saúde é central, pois pode contribuir de forma bastante significativa, ao realizar com qualidade a assistência, garantindo a integralidade do cuidado à gestante, por estabelecer vínculo com a comunidade, busca ativa e acompanhamento adequado, contribuindo para a redução dos óbitos maternos (TINOCO *et al.* 2018). Estes autores também relatam que:

[...] a mortalidade materna não é produto apenas de aspectos biológicos e técnicos, mas é diretamente influenciada por questões socioeconômicas, além da relação com acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, a sua prevenção deve estar associada a estratégias que aumentem a qualidade do cuidado à saúde da gestante e também promova a sua autonomia e acesso a informações sobre seus direitos sexuais e reprodutivos (TINOCO *et al.* 2018, p.7).

Destacam-se ainda várias outras ações do Ministério da Saúde no enfrentamento ao problema, como a elaboração de programas, leis e políticas públicas com objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil. Dentre elas, o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, que foi criado, em 1975, para a obtenção dos dados sobre a mortalidade no país, construir indicadores de saúde e realizar análises epidemiológicas para gestão em saúde. O registro é realizado obrigatoriamente pelos municípios, enviados às Secretárias Estaduais de Saúde e transmitidos para o banco de dados nacional do Ministério da Saúde, além de possuir um módulo disponível pela *web* para acesso das bases de dados nacional, registro e consulta de investigações de óbitos (MORAIS; COSTA, 2017).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004, para regulamentação das ações, responsabilidades e as formas de financiamento da Vigilância em Saúde entre as três esferas de governo para a gestão dos sistemas de informação epidemiológica (BRASIL, 2004). A estratégia do governo para melhoria da qualidade do registro, o fortalecimento dos setores de informação, da vigilância epidemiológica e a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna mostraram-se importantes intervenções para enfrentamento ao problema. Importante salientar que a vigilância de óbito materno no Brasil foi regulamentada pela Portaria 1.119, de 05 de junho de 2008, sendo a redução da mortalidade materna uma das prioridades do Ministério da Saúde. Assim, foram estabelecidas medidas para a vigilância, de modo que os óbitos ocorridos são investigados por profissional de saúde designado pelos setores correspondentes, independentemente do local de ocorrência, de modo

a se identificar casos ocorridos, principais causas, fatores de risco e distribuição, classificando por causas, realizando a divulgação da investigação oportunamente, tornando-a confiável.

No que se refere à mortalidade infantil, considerado aquele óbito ocorrido em menores de um ano, classifica-se em três tipos: i) neonatal precoce, de 0 a 06 dias de vida; ii) neonatal tardio, de 07 a 27 dias de vida e iii) pós-neonatal, de 28 a 364 dias de vida. Sendo o Coeficiente de Mortalidade Infantil – CMI um indicador importante para a avaliação das condições de vida e saúde infantil (BRASIL, 2009d).

Entre 1990 a 2013, houve uma redução relevante na Taxa de Mortalidade Infantil – TMI no Brasil, de 47,1 óbitos infantis por mil Nascidos Vivos – NV, em 1990, para 14,5/1000 NV, em 2013, evidenciando uma redução de aproximadamente 70% de óbitos nesse período. Com relação à investigação dos óbitos infantis, em 2013 foram investigados 73,6% dos óbitos registrados no SIM, mantendo a tendência crescente dos anos anteriores (BRASIL, 2015a).

Em 2015, as principais causas de morte no Brasil foram relacionadas ao cuidado em saúde na gestação, parto e nascimento, além das anomalias congênitas. O número estimado de óbitos para menores de 5 anos foi de 51.226. Já a taxa de mortalidade na infância sofreu redução de 67,6%, entre 1990 e 2015, cumprindo a meta estabelecida nos ODM. Entretanto, a maioria dos óbitos infantis nesse período foram por causas evitáveis, apontando a necessidade de intensificar e de fazer cumprir as políticas públicas para a saúde da criança (FRANÇA *et al.* 2017).

Corroborativamente, Ferreira e colaboradores (2021) informam sobre o declínio da mortalidade infantil entre o ano de 2007 a 2015. Entretanto, em 2016 foi identificado um discreto aumento neste índice, sendo os agravos mais frequentes no período de 2007 a 2016 as afecções do período perinatal, além da influência das desigualdades regionais devido à má distribuição dos serviços de saúde, concentrando-se nas áreas urbanas.

Considerando que os óbitos geralmente podem ser evitados, principalmente no subgrupo atenção à mulher no parto, nascimento e ao recém-nascido, esses dados reforçam a necessidade de melhorias na qualidade da assistência materno-infantil, tanto na atenção primária em saúde, quanto na atenção hospitalar, para continuar os esforços de redução dos óbitos infantis (LIMA *et al.* 2019). Dessa forma, estas autoras ainda relatam sobre os benefícios na utilização da lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos:

A utilização da lista de causas de mortes evitáveis em menores de cinco anos é um instrumento que permite identificar os principais grupos com maiores taxas de óbitos e através dos dados obtidos planejar estratégias para redução da mortalidade infantil conforme a realidade de cada região (LIMA *et al.* 2019, p.12).

Nesse mesmo sentido, Justino e colaboradores (2021) relatam sobre a importância da reflexão sobre os dados de morbimortalidade infantil, de forma a contribuir para implementação de medidas pelos gestores municipais e estaduais de saúde, dentro das especificidades de cada local. O investimento financeiro na Atenção Primária à Saúde também foi apontado como uma importante estratégia de enfrentamento ao problema, assim como a reorientação das linhas de cuidado infantil em toda a rede de saúde.

Diante disso, conhecer as principais causas de morbimortalidade infantil torna-se uma importante medida para o planejamento das ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde. O quadro 4 apresenta o compilado de alguns trabalhos que tratam da mortalidade neonatal em gestações de alto risco.

Quadro 4 - Estudos que tratam do tema mortalidade neonatal em gestações de alto risco. 2019.

Trabalho	Título	Objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
Ramos, V.M. <i>et al.</i> , 2016	Avaliação dos óbitos neonatais em um hospital de ensino	Caracterizar os óbitos de recém-nascidos internados em unidade neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE)	Estudo descritivo transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa, no ano de 2010, com base em 78 prontuários médicos de óbitos infantis da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE)	O coeficiente de mortalidade neonatal do hospital foi de 20,3% nascidos vivos. A média de idade dos recém-nascidos foi 7,7 dias, sexo masculino; com baixo peso; 54% de partos cesáreas	Adequações precisavam ser feitas em relação à rede de assistência perinatal oferecida na região norte do estado do Ceará
Silva, B.S.C. <i>et al.</i> , 2019	Fatores associados à causas de óbitos neonatais em uma UCI no município de Castanhal – PA	Identificar as principais causas dos óbitos neonatais em Unidade Cuidados Intermediários	Estudo descritivo e quantitativo com dados do livro de registro de nascimentos e fichas de investigação de óbitos dos neonatais da UCI de Castanhal – PA foram analisadas, 17 fichas de RNs que evoluíram a óbito entre janeiro a outubro de 2018	A maioria dos RNs evoluíram à óbito nos primeiros dias de vida, por baixo peso e prematuridade, assim como, a incidência de infecção urinária e secreção vaginal existente no período gestacional	As causas de óbitos em RNs são determinadas principalmente pela qualidade e condições de assistência à gestação, parto e ao RN
Andrade, S.M.A.S. <i>et al.</i> , 2016	Impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade Terapia Intensiva Neonatal	Avaliar o impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade Terapia Intensiva Neonatal	Estudo retrospectivo e transversal, com 283 prontuários de recém-nascidos hospitalizados em uma UCI de hospital público do município de Maringá – PR	A porcentagem de gestantes que realizaram seis ou mais consultas aumentou, assim como o diagnóstico de DHEG reduziu. O número de óbitos durante a hospitalização passou de 2,4% para 14,5%	Prematuridade permanece como principal fator de hospitalização em unidade de terapia intensiva neonatal

Continua na próxima página

Continuação

Trabalho	Título	Objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
Neto, A.M.S., 2018	Perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus	Descrever o perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus, com ênfase em características maternas, neonatais e com as principais causas de óbitos no período de 2012 a 2016	Estudo epidemiológico, descritivo utilizando base de dados secundários do DATASUS de 2011 a 2016, com uma amostra de 1798 óbitos	Foram identificados 1798 óbitos neonatais no período estudado. Mães com idade avançada; sem escolaridade; gestação múltipla e entre aquelas cujos filhos nasceram por via vaginal, apresentaram maior índice de mortalidade neonatal	O coeficiente de mortalidade neonatal tem regredido discretamente. As principais causas de morte poderiam ter sido evitadas por adequada atenção à saúde
Filho, A.C.A.A. <i>et al.</i> , 2017	Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil	Analisar a mortalidade neonatal em Teresina – PI, no período de 2010 a 2015	Estudo descritivo, de corte transversal, com dados do DATASUS referentes à Mortalidade neonatal na cidade de Teresina – PI, no período entre 2010 e 2015, com uma amostra de 932 óbitos neonatais	Houve declínio de 13,1% no Coeficiente de Mortalidade Neonatal durante o período. A via de parto dos neonatais que fora a óbito foi de 47,8% vaginal e 47,2% cesáreo	Apesar do declínio da mortalidade neonatal, ainda ocorrem muitos óbitos neonatais, sobretudo, na primeira semana de vida

Fonte: OLIVEIRA *et al.* 2020. Adaptado.

Diante disso, ações que possibilitem o monitoramento da mortalidade materno-infantil, bem como o processo do nascimento e da vida reprodutiva mostram-se fundamentais para elaboração de técnicas de reparo e manutenção da saúde. A intervenção planejada, bem estruturada e com indicadores precisos possibilitam mudar a realidade desse binômio, a fim de reduzir as altas taxas de mortalidade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa teve caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, através de um levantamento bibliográfico e de campo, na área materna e infantil, voltada para as práticas humanizadas na assistência a gestantes e puérperas e aos serviços prestados por uma CGBP e pelo hospital de referência, ambos localizados em um município do interior de Minas Gerais, avaliando se estão de acordo com o preconizado na Rede Cegonha e na Portaria GM/MS nº 1020 de 2013.

O local do estudo constituiu-se tanto pela CGBP quanto pelo hospital de referência, devido aos dois ambientes realizarem cuidados ao público materno-infantil e por alguns dos profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado serem comuns entre esses dois ambientes, principalmente no período noturno e nos finais de semana.

Em relação aos métodos utilizados para pesquisas sociais, Gil (2008) traz que:

Estes métodos têm por objetivo proporcionar ao investigador os meios técnicos para garantir a objetividade e a precisão no estudo dos fatos sociais. Mais especificamente, visam fornecer a orientação necessária à realização da pesquisa pertinentes à problemática que está sendo investigada (GIL, 2008, p.34).

Os métodos descritos e utilizados por Gil (2008) têm como foco as pesquisas sociais, o que está de acordo com o objetivo desse trabalho, em que se propôs uma reflexão dos impactos e mudanças ocorridos após a implantação da CGBP em todo o ambiente social vinculado à Macrorregião de Saúde abordada, por meio da investigação científica.

Já com relação às pesquisas exploratórias, o autor Piovesan e Temporani (1995) as descreve como o uso adequado de um instrumento de pesquisa ajustado à realidade a ser pesquisada.

A pesquisa exploratória, assim norteada, integra-se ao planejamento da pesquisa principal. Constitui parte dela e não subsiste por si só. É um meio simplesmente, mas um meio muito importante para mostrar a realidade de forma verdadeira. Torna possível estruturar totalmente as questões do instrumento da pesquisa, ou seja, construir as perguntas e as respostas pertinentes, com base nas informações que emergiram da própria população. (PIOVESAN; TEMPORANI, 1995, p. 5).

A pesquisa desenvolvida neste trabalho ocorreu em duas etapas, na primeira foi realizado um levantamento bibliográfico e na segunda etapa, a pesquisa de campo.

Já a ideia da pesquisa de campo, caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto às pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (GERHARDT, 2009, p. 37).

Com relação aos tipos de pesquisa, o autor Neves (1996) reflete a seguir sobre os dois tipos de pesquisa, qualitativa e quantitativa.

Enquanto estudos quantitativos geralmente procuram seguir um rigor um plano previamente estabelecido (baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objeto de definição operacional), a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo do seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise de dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotado pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996, p. 01).

A escolha pelo uso dos dois tipos deveu-se à necessidade de obtenção de análises mais aprofundadas e com diferentes percepções do mesmo assunto. Silva (2018) compartilha dessa mesma ideia.

É necessário reforçar que a escolha entre estratégias que empreguem a abordagem quantitativa ou qualitativa, não deve ser definida somente pelo conhecimento existente sobre métodos ou conformidade na visão de mundo do pesquisador. Além disso, cabe lembrar que numa visão pós-positivista, os métodos mistos podem representar uma opção importante para promover avanços na ciência (SILVA, 2018, p. 14).

Para realização do estudo, inicialmente foi desenvolvida uma busca nas bases de dados virtuais: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Portal de Periódico CAPES/MEC, orientada por combinação de descritores no DeCS, sendo eles: Assistência humanizada. Rede Cegonha. Saúde da Mulher. Integralidade em Saúde. Trabalho de Parto. Gravidez de Alto Risco.

4.2 Amostra

Todos os profissionais da saúde vinculados à CGBP e UTI neonatal, bem como os gestores e usuárias (gestantes e puérperas) foram convidados a participar da pesquisa.

Entretanto, conforme claramente expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), a participação era totalmente voluntária.

Foram incluídos como possíveis participantes na pesquisa todos os profissionais de saúde e gestores que estavam trabalhando diretamente na/com a CGBP, de ambos os sexos, maiores de dezoito anos e sem restrições quanto ao tempo de atuação profissional. Já com relação às puérperas e gestantes, foram convidadas a participar todas aquelas que estavam presentes na CGBP nos momentos em que foram realizadas as coletas de dados, sem distinção de gênero, maiores de idade e com funções cognitivas preservadas. Para ser incluído como participante da pesquisa, cada sujeito precisou formalizar, espontaneamente, o TCLE.

Foram excluídas as pessoas que não demonstraram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa, os menores de idade, os sujeitos que apresentaram comprometimento das funções cognitivas, bem como aqueles que não formalizaram, de modo voluntário, o interesse pela participação por meio da assinatura do TCLE.

A amostra da pesquisa foi composta por profissionais de saúde da CGBP e da UTI neonatal (enfermeiros [n=09] e técnicos de enfermagem [n=28]; representando 100% do total destes profissionais), os gestores da CGBP e da instituição hospitalar de referência (n=04, representando 80% do total), além de gestantes e puérperas por amostragem de conveniência devido ao período pandêmico (n=34, representando 19% do total de usuárias do período). Justifica-se o baixo percentual de gestantes/puérperas participantes no estudo em virtude da coleta de dados ter ocorrido no período pandêmico da Covid-19, quando ainda não se tinha vacina, tratamento e nem conhecimentos concretos em relação aos indicadores de agravamento da doença. O medo e a preocupação com a própria saúde e também com a saúde do filho impediram que muitas mulheres aceitassem participar do estudo. Sendo assim, após passarem pelos parâmetros de inclusão e exclusão, participaram deste estudo um total de 75 sujeitos.

Os participantes da pesquisa foram identificados por meio de códigos padronizados numerados sequencialmente, favorecendo a análise dos dados e garantindo o anonimato.

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

4.3.1 Coleta de dados junto aos participantes da pesquisa

Para a coleta de dados, foram desenvolvidos questionários semiestruturados específicos para cada uma das categorias que participariam do estudo (APÊNDICES A, B e C). Os três questionários foram elaborados com o objetivo de permitir a triangulação para

comparação entre os grupos pesquisados. Estes instrumentos foram divididos em três partes distintas, sendo elas: i) identificação socioeconômica e demográfica, ii) avaliação da estrutura física e assistencial a partir da Portaria da Rede Cegonha e das orientações descritas na Portaria GM/MS nº 1020 de 2013, iii) além de questionamentos de caráter de opinião. Foram inseridas questões de caráter comum aos três grupos, mas também questões específicas para cada um deles.

Os questionários foram aplicados às puérperas hospedadas na CGBP, às gestantes, aos profissionais envolvidos no cuidado e aos gestores do hospital de referência e da CGBP. A coleta de dados ocorreu no período de março a setembro de 2021.

Devido ao contexto pandêmico, a pesquisadora pactuou com a gerente de projetos da instituição sobre o modo de aplicação dos questionários, de modo que a aplicação e identificação dos questionários com número de controle foi realizado pela gerente de projetos, garantindo assim que não haveria identificação dos sujeitos e também reduziria a exposição dos profissionais e usuários. Inicialmente, a Instituição solicitou que os questionários fossem disponibilizados via *Google Forms* e encaminhados por e-mail para que pudesse ser feito o envio para os Gestores, Profissionais de Saúde e Gestantes/Puérperas. Entretanto, poucos participantes responderam desta forma, levando a Instituição a solicitar a disponibilização dos questionários impressos para aplicação, o que foi prontamente atendido pela pesquisadora. Todos os cuidados e medidas de segurança necessários em virtude da pandemia da Covid-19 foram adotados.

4.3.2 Coleta de dados sobre mortalidade materna e número de partos cesárea

Para avaliar o impacto da implantação da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e sobre os números de partos cesárea realizados na Macrorregião de Saúde de Minas Gerais abordada nesta pesquisa, de forma comparativa com os dados Nacionais, realizou-se a busca no TABNET do *site* DATASUS do Ministério da Saúde e foram gerados dados provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Quanto aos partos cesárea, foram analisados dados relativos ao período de 1994 a 2019. Quanto aos dados de mortalidade materna, a abordagem foi feita em relação ao período de 2000 a 2019 (Brasil) e 2006 a 2019 (Macrorregião abordada).

4.4 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob Parecer nº 4.236.152 (ANEXO 1), tendo seguido as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12.

4.5 Análise de dados

Para o processo de análise dos dados, foram realizadas comparações intragrupos, o que consiste em analisar as respostas dos participantes dentro de uma mesma categoria, e entre grupos, utilizando-se do fator resposta como variável em ambos os casos. Foram calculadas médias, desvio-padrão, além de se analisar a linha de tendência, tanto em relação à Razão de Mortalidade Materna – RMM, quanto ao número de partos cesárea realizados nos períodos antes de após a implantação da Rede Cegonha. A RMM foi calculada pela equação: $RMM = n^{\circ} \text{ de óbitos maternos} \div n^{\circ} \text{ nascidos vivos} * 100.000$.

A ideia principal foi buscar por recorrências, diferenças ou dados incomuns entre os grupos relacionados ao tipo de resposta apresentada no questionário, o que possibilitou uma visão geral sobre a variabilidade entre os grupos. Nesse sentido, foi aplicado o teste estatístico “t” de *Student* e $p < 0,05$ para comparar as respostas dos três grupos participantes (Profissionais de Saúde, Gestores e Gestantes/Puérperas). A escolha desses testes foi devido à natureza dos dados. O parâmetro utilizado foi sempre variáveis independente, sendo os resultados calculados em termos de porcentagem e representados em forma de gráfico de barras. Após a realização destas análises, os resultados obtidos foram comparados com outros estudos, normas técnicas e manuais sobre o tema disponíveis na Literatura.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo Resultados e Discussão está sendo apresentado na forma de artigos científicos produzidos a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, como se segue.

Alguns destes artigos já foram submetidos a revistas científicas para avaliação e, quiçá, publicação (nestes casos, os comprovantes de submissão estão disponibilizados após cada artigo), outros estão em fase de submissão.

ARTIGO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA E O PERFIL DAS USUÁRIAS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

CHARACTERIZATION OF THE PREGNANT HOUSE, BABY AND PUERPERAL AND THE PROFILE OF USERS IN A MUNICIPALITY IN THE INTERIOR OF MINAS GERAIS

RESUMO

Com o intuito de oferecer um local adequado de acolhimento e cuidado para as gestantes e puérperas de alto risco ou com outras condições especiais que necessitem estarem próximas ao hospital sem a necessidade de internação, o Ministério da Saúde cria, em 2013, a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Diante disso, o presente estudo buscou caracterizar a CGBP em um município do interior de Minas Gerais, comparativamente ao que é preconizado pela Rede Cegonha e pela Portaria GM/MS nº 1.020/2013, além de apresentar as características socioeconômicas e demográficas das usuárias que utilizaram esta Casa no período de coleta de dados. Tratou-se de uma pesquisa diagnóstica de caráter exploratório e abordagem quanti-qualitativa, com análise bibliográfica e de campo na área materno-infantil, contando também com um questionário semi-estruturado, criado para essa pesquisa. A análise dos dados mostrou que a quantidade de camas, acolhimento, atendimento humanizado, horário de visita e carga horária do enfermeiro e técnico de enfermagem foram adequados, com exceção do aspecto manutenção da estrutura física/equipamentos. Quanto ao perfil das gestantes e puérperas, observou-se consonância com o descrito na literatura. Entretanto, é importante que se façam estudos futuros para avaliação da efetividade deste ponto de atenção.

Palavras-Chave: Rede Cegonha. Saúde da Mulher. Parto.

ABSTRACT

With the intention to offer an appropriate place for the reception and care for pregnant and postpartum women high risk or with other special conditions that need to be nearby to the hospital without the need for hospitalization, the Ministry of Health created in 2013 the House of the Pregnant, Infant and Puerperal Woman (CGBP). In view of this, the present study looked for investigate the characterization of CGBP in a municipality in the interior of Minas Gerais, compared to what is recommended by Rede Cegonha and Ordinance GM/MS nº 1.020/2013, in addition to presenting the socioeconomic and sociodemographic data of pregnant and

postpartum women who used this House during the data collection period. It was a diagnostic research exploratory and qualitative approach, with bibliographic analysis and field in the maternal-infant area, also included a semi-structured questionnaire, created for this research. The analysis of the data showed that the number of beds, physical structure, reception, humanized care, visiting hours and workload of nurses and nursing technicians were adequate with the exception of the maintenance aspect of the physical structure/equipment. In relation to profile of pregnant and postpartum women, it was observed consonance as described in the literature, differing only in age. However, It is important to carry out future studies for evaluation of effectiveness of this attention.

Keywords: Rede Cegonha. Women's Health. Parturition.

1 INTRODUÇÃO

Em 2013, o Ministério da Saúde cria a Portaria GM/MS nº 1.020, que estabelece as diretrizes e critérios organizacionais para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, além dos requisitos para vinculação da CGBP, conforme a Rede Cegonha¹.

Essa Rede tem como objetivo garantir os direitos da mulher ao planejamento reprodutivo, ao nascimento seguro, à atenção humanizada e ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança². Para que fosse possível cumprir as diretrizes preconizadas na Rede Cegonha, várias ações e políticas públicas voltadas para a saúde materna e infantil tornaram-se necessárias, a fim de buscar melhorias no campo assistencial, social e político.

Compreendendo que o período da gestação traz mudanças fisiológicas, psicológicas e físicas para a mulher, bem como que algumas complicações podem ocorrer nesse processo, torna-se necessário adotar medidas para garantia de cuidados humanizados tanto para a mulher quanto para o bebê³. Logo, a criação da CGBP, na rede de atenção, trouxe a oportunidade de, conjuntamente com o hospital de referência, desenvolver uma atenção mais humanizada e de qualidade com o foco na redução da morbimortalidade materno-infantil dessa região.

As CGBPs são unidades de cuidado peri-hospitalar, vinculadas a um estabelecimento de referência para a atenção à gestação de alto risco. Assim, a CGBP é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco com capacidade para acolhimento de até vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas que não

exigem vigilância constante em ambiente hospitalar, e deve estar, preferencialmente, nas imediações do hospital de referência⁴. Diante disso, as atividades desenvolvidas na CGBP afetam diretamente a vida de tais mães, de suas crianças, bem como os indicadores dos diversos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde em que a Casa esteja inserida.

Desta forma, objetivou-se neste trabalho caracterizar a CGBP em um município do interior de Minas Gerais, comparativamente ao que é preconizado pela Rede Cegonha e pela Portaria GM/MS nº 1.020/2013, além de trazer o perfil das gestantes que utilizaram este serviço no ano de 2021.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, realizada com 34 gestantes, admitidas temporariamente na CGBP, em um município do interior de Minas Gerais, no ano de 2021.

As participantes da pesquisa foram identificadas por meio de códigos padronizados numerados sequencialmente, favorecendo a análise dos dados e garantindo o anonimato.

Após a coleta de dados, foi realizada análise qualitativa com a caracterização e comparação da CGBP, em relação às Portaria GM/MS 1.020/2013 e a GM/MS nº 1.459/2011, da Rede Cegonha.

As características socioeconômicas e demográficas foram analisadas utilizando o programa Microsoft Excel 2010 e optou-se pela análise estatística descritiva. As variáveis foram extraídas a partir dos dados obtidos por meio de questionário semi-estruturado criado para este estudo, sendo elas: i) idade, ii) escolaridade, iii) renda familiar, iv) além do número de pessoas por domicílio.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob Parecer nº 4.236.152, tendo seguido as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se no quadro 1 que há compatibilidade entre a maioria dos itens observados na CGBP alvo deste estudo e os requisitos propostos pelas Portarias GM/MS 1.020/2013 e a GM/MS nº 1.459/2011, de modo que é possível o atingimento dos objetivos fins

desta Casa, que é um importante dispositivo para a Rede Cegonha, possibilitando a permanência de mulheres e bebês diante da necessidade de seguimento e continuidade do cuidado.

A disponibilidade dessa estrutura corrobora com as diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave por contribuir para a integralidade da assistência, atenção humanizada, ampliação da assistência obstétrica e neonatal, ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal, além de outras ações⁵. Nesse contexto, torna-se evidente a importância da CGBP para todos os municípios da macrorregião de referência, bem como a necessidade de um suporte adequado e humanizado.

O quadro abaixo apresenta a caracterização da CGBP do presente estudo, comparativamente a Portaria GM/MS nº1.020, de 2013 e a normativa da Rede Cegonha, Portaria GM/MS nº 1.459, de 2011.

Quadro 1 - Caracterização da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP de um município do interior de Minas Gerais, comparativamente à normativa da Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011) e Portaria GM/MS nº1020/2013.

Requisitos da Portaria GM/MS nº 1.020/2013 e normativa da Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011)	Caracterização da CGBP de um município do interior de Minas Gerais
Capacidade para acolhimento de 10, 15 ou 20 usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos	10 camas disponíveis.
Vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco	Vinculada à instituição de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2.
Manutenção da estrutura física e dos equipamentos	Inadequado no tocante à manutenção da estrutura física e equipamentos. Observou-se necessidade de manutenção corretiva. Inclusive, a realização de reforma na escada foi um dos itens sugeridos pelas usuárias participantes desta pesquisa.
Garantir acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada	Adequado. Entretanto, foi proposto pelas usuárias, a disponibilização de <i>site</i> contendo informações precisas, em busca de maior acessibilidade, informação, segurança e transparência no processo.
Humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas	Adequado em relação à humanização da atenção e a oferta de atenção adequada, inclusive, relatado pelas próprias usuárias da Casa.

Continuação na próxima página

Requisitos da Portaria GM/MS nº 1.020/2013 e normativa da Rede Cegonha (Portaria GM/MS nº 1.459/2011)	Caracterização da CGBP de um município do interior de Minas Gerais
Horário de visita aberta, com horários ampliados e flexíveis	Flexível, fora do período pandêmico.
Acompanhamento de enfermeiro em regime de 40 horas semanais (segunda a sexta)	Apresenta enfermeiro em regime de 40 horas semanais. Entretanto, uma sugestão das usuárias foi a ampliação do quadro de profissionais aos finais de semanas.
Acompanhamento de técnico de enfermagem 24 horas do dia, sete dias por semana	Adequado.
Estimular a realização de medidas não farmacológicas de alívio da dor na instituição	Adequado.
Utilização de critérios específicos para uso da CGBP	Adequado.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Por meio deste estudo, evidenciou-se que o item manutenção da estrutura física e equipamentos na CGBP, comparativamente à Portaria GM/MS nº 1.020/2013 (Rede Cegonha), mostrou-se inadequado pela falta da instalação de chuveiro elétrico no banheiro de uso comum entre usuárias e funcionários, revestimento de paredes comprometido e com mofo, forro da cozinha e estofado deteriorados, infiltração em paredes, existência de escada com nove degraus para acesso ao jardim interno da instituição. Assim, essa Portaria descreve sobre o financiamento do componente parto e nascimento, confirmando recursos para compra de materiais e equipamentos que possibilitem boas práticas para o atendimento na Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Desta forma, cumprindo-se o estabelecido na citada Portaria, deveria haver disponibilidade de recursos que garantissem condições para a realização da assistência de qualidade no país.

Corroborativamente, McRae *et al.*⁶ realizaram uma avaliação em lares de espera de maternidade, que correspondem às CGBPs, a partir de 29 estudos desenvolvidos em 17 países, tendo demonstrando que os principais problemas da implementação da CGBP foram a falta de manutenção do espaço físico, com estruturas precárias em quase todos os locais analisados, incluindo banheiros e cozinhas, além da falta de espaços para familiares e acompanhantes.

Com relação aos requisitos para a utilização da CGBP, observou-se que a Casa avaliada obedece aos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.459, de 2011 quanto à classificação de risco e vulnerabilidade, além da Portaria GM/MS nº 1.020/2013, pelo cumprimento dos critérios para as gestantes, recém-nascido clinicamente estável e puérperas. Rodrigues *et al.*⁷ realizaram um relato de experiência sobre a vivência de acadêmicos e residentes de enfermagem obstétrica de uma CGBP do município de Colatina, Espírito Santo e evidenciaram a importância de formar modelos assistenciais diferenciados, além de se trabalhar os sentimentos de pertencimento e segurança com a disponibilidade de um ambiente acolhedor. Similarmente ao encontrado nesse estudo, identificou-se uma necessidade de promover o sentimento de pertencimento nas gestantes e puérperas que utilizam a CGBP. Quando convidadas a darem sugestões para melhoria da Casa e do hospital de referência, observou-se grande absenteísmo. Uma possibilidade é de que realmente estejam satisfeitas e não vejam necessidade de melhorias. Outra é de que não se sintam pertencentes e não vejam necessidade ou efetividade nessas sugestões.

A CGBP analisada neste estudo está vinculada a um estabelecimento de Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, o que garante assistência à saúde prestada pela instituição hospitalar durante a permanência na Casa, de acordo com as necessidades clínicas apresentadas. No que tange ao acolhimento, humanização na atenção e o incentivo às boas práticas na assistência ao parto e nascimento, a CGBP analisada também atendeu ao preconizado pelas duas Portarias.

Nesse sentido, Alves *et al.*⁸ relatam sobre a importância dessa assistência humanizada ao binômio materno-infantil, tanto para a redução das taxas de mortalidade quanto para proporcionar a satisfação da gestante. Entretanto, a adesão dos municípios à Rede Cegonha não ocorreu em todo o território nacional conforme a expectativa, essa situação justifica as medidas emergenciais que tentam transpor a realidade de algumas localidades do país com ações que buscam afinidade com as políticas públicas estabelecidas.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁹ trazem a importância da percepção apurada dos profissionais de saúde com relação à dor do parto, além de possibilitarem um atendimento que apoie a escolha dessa gestante. Desta forma, é possível perceber a importância de se respeitar o protagonismo da mulher por trazerem diferentes experiências e expectativas, fazendo-se necessário o encorajamento pelos profissionais de saúde, além de que haja sensibilidade por parte dos gestores para fazer-se cumprir todas as possibilidades de recursos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal. É importante

ressaltar, que a Rede Cegonha é adepta às recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS sobre as boas práticas na assistência¹⁰.

Na tabela 1 são apresentadas as características socioeconômicas e demográficas com relação às gestantes e puérperas que fizeram uso, no ano de 2021, da CGBP de um município do interior de Minas Gerais.

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de usuárias da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera de um município de Minas Gerais, 2021.

Gestantes/Puérperas		
Variáveis	n	%
Idade (anos)		
10 a 17	0	0,00%
18 a 34	25	73,53%
35 a 41	8	23,53%
42 a 50	1	2,94%
Escolaridade (anos)		
≤ 9	10	29,41%
> 9	24	70,59%
Renda familiar (SM)*		
< 1	9	26,47%
1 a 2	17	50,00%
2 a 3	3	8,82%
3 a 5	1	2,94%
Em branco	4	11,76%
Local de residência		
Município da CGBP	5	14,71%
Outros	27	79,41%
Em branco	2	5,88%
Nº de pessoas no domicílio		
1	2	5,88%
2	6	17,65%
3	8	23,53%
4	7	20,59%
5	3	8,82%
6	5	14,71%
7	1	2,94%
Em branco	2	5,88%

Fonte: Elaborado pela autora, 2022. * SM: Salário mínimo.

Os resultados demonstraram que 73,53% das gestantes e puérperas pertenciam à faixa etária entre 18 a 34 anos, assim como os resultados encontrados nos estudos desenvolvidos

na CGBP de Imperatriz, no Maranhão¹¹ e em Belo Horizonte¹². O presente estudo apontou que as gestantes usuárias da CGBP estavam na fase adulta e no último ano de adolescência. Faz-se necessário estudo para verificar se não há ocorrência ou classificação/diagnóstico de gestação de alto risco em adolescentes, ou se elas não estão sendo encaminhadas para o serviço.

Quanto à escolaridade, 70,59% das gestantes e puérperas possuíam mais de 9 anos de escolaridade, corroborando com Santos *et al.*¹³ com relação às puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade localizada em Minas Gerais, referência para a macrorregião de saúde Jequitinhonha, em que dois terços das puérperas tinham ensino médio ou superior, não estando relacionado com a idade materna.

A maioria das usuárias (76,47%) informou renda familiar de, no máximo, dois salários mínimos, sendo que neste grupo está incluída uma expressiva porcentagem de famílias com renda inferior a um salário mínimo (26,47%). Além da baixa renda, agrava a situação o número de pessoas que dela sobrevivem, uma vez que o estudo demonstrou que 44,12% das usuárias informaram habitar com 3 ou 4 pessoas (são 70,59% das usuárias compartilhando a baixa renda com um quantitativo de três a sete pessoas na mesma residência). Percebe-se, que a situação socioeconômica ainda determina a assistência de qualidade e ações devem ser direcionadas para a melhoria do atendimento¹⁴.

Corroborativamente, Martins e Silva¹⁵ apontam a importância de condutas que garantam melhores condições às gestantes e puérperas, a fim de reduzir os índices de mortalidade materna. Posto isso, devem ser consideradas, de forma holística, as questões biológicas, além da avaliação dos indicadores socioeconômicos para o rastreamento de grupos que apresentam maior vulnerabilidade social. Nesse âmbito, conhecer o perfil epidemiológico e sociodemográfico das gestantes de uma determinada área é fundamental para avaliar e realizar as ações específicas¹⁶.

É importante ainda destacar que a maioria (79,41%) das gestantes e puérperas que fizeram uso da CGBP analisada neste estudo, no ano de 2021, residem em outros municípios diferentes daquele onde está sediada esta Casa. Diante disso, faz-se necessário investigar se esse ocorrido é pela falta de articulação entre a atenção primária localizada no município da CGBP ou se realmente essas gestantes e puérperas não tinham necessidade clínica para a utilização. O estudo de McRae *et al.*⁶ também apontou que a má utilização de serviço similar à CGBP deveu-se, entre outros fatores, às longas distâncias a serem percorridas pelas usuárias para chegar à instituição.

Nesse contexto, torna-se evidente a importância da CGBP para todos os municípios da macrorregião de referência, devido à maioria das usuárias residir em outros municípios, bem

como serem consideradas mulheres jovens, com uma renda familiar baixa e com um número elevado (70,59%) de pessoas (três ou mais indivíduos) no domicílio, tornando necessário um suporte adequado e humanizado por meio desta Casa para gerar impacto positivo nas condições clínicas e também minimizando os impactos de fatores socioeconômicos apresentados por essas gestantes e puérperas.

4 CONCLUSÃO

Não encontramos estudos na literatura que analisem a CGBP comparativamente ao que é preconizado pela Rede Cegonha e pela Portaria GM/MS nº 1.020/2013, sendo este o primeiro estudo.

Observou-se que os itens analisados na CGBP estão adequados, divergindo somente na questão da manutenção da estrutura física, quando comparou-se ao preconizado pela Portaria GM/MS. 1.020/2013 e pela Rede Cegonha, tornando-se essencial para a implantação de medidas humanizadas e de prestação de atenção em tempo hábil para que haja redução da morbimortalidade.

Quanto ao perfil das gestantes e puérperas atendidas, observou-se consonância conforme descrito na literatura. Vale ressaltar que a região do estudo é marcada pela fragilidade socioeconômica e por alto índice de mortalidade materna e infantil e, mesmo que a CGBP não tenha foco no enfrentamento às vulnerabilidades socioeconômicas, também contribui bastante nesse sentido.

A disponibilidade dessa estrutura foi importante para ampliar a assistência obstétrica e neonatal, garantir a integralidade da assistência, contribuir para o uso racional dos leitos das maternidades de referência, além de proporcionar um ambiente mais acolhedor às gestantes e puérperas.

Este estudo contribuiu para analisar o funcionamento da CGBP, segundo as normas do Ministério da Saúde, além de permitir um olhar para monitoramento e avaliação. Estudos futuros são necessários para avaliação da efetividade deste ponto de atenção na rede, considerando resultados de desempenho de indicadores maternos e perinatais.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho e à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pela bolsa concedida à primeira autora.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2013; 31 maio.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 ago.
3. Gandolfi FRR, Gomes MFP, Reticena KO, Santos MS, Damini NMAV. Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [periódico na Internet]. 2019 Jun-Ago [acessado 2021 Out 21]; 27(1): [cerca de 6 p.]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. *Manual de uso do sistema SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde Acesso e Atividades do Gestor Estadual, Gestor Municipal e Cadastrador de Propostas Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2012; 10 maio.
6. McRae DN, Portela A, Waldron T, Bergen N, Muhajarine N. Understanding the implementation (including women's use) of maternity waiting homes in low-income and middle-income countries: a realist synthesis protocol. *BMJ Open* [serial on the Internet]. 2021 Mar [cited 2021 Mar 3];11(3): [about 9 p.]. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1444-z>.
7. Rodrigues AFM, Nunes ACVP, Santos EF, Pires ER, Vicente IG, Reis JN, Rodrigues LA, Gonzales RV. Vivência de acadêmicas e residentes de enfermagem obstétrica na Casa da Gestante: relato de experiência. In: Sombra ICN. *Diário de Teoria e Prática na Enfermagem*. Ponta Grossa: Editora Atena; 2019. p. 137 – 146.
8. Alves AG, Martins CA, Silva FL, Alexandre MAS, Correa CIN, Tobias GC. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão

integrativa. *Rev enferm UFPE on line* [periódico na Internet]. 2017 Fev [acessado 2021 Dez 20]; 11(2): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11989/14552>.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

10. World Health Organization. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Mar 3]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf

11. Amorim CM, Souza CSN. Perfil socioeconômico e cultural das moradoras temporárias da casa da gestante: estudo de caso. *Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar* [periódico na Internet]. 2020 Out [acessado 2022 Jan 31]; 6(19): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <https://natal.uern.br/periodicos/index.php/RECEI/article/view/2560/2326>.

12. Nazareth JV. *Casa da gestante e enfermagem hospitalar na atenção ao alto risco: repercussões em indicadores de saúde maternos e perinatais* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

13. Santos LAV, Lara MO, Lima RCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, Ribeiro GC. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2022 Fev 09]; 23(2): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VXZbwyV4m5cQPsGZPVRqRKk/?format=pdf&lang=pt>.

14. Lima JC, Júnior JO, Takano AO. Fatores associados à ocorrência de óbitos fetais em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [periódico na Internet]. 2016 Jul-Set [acessado 2021 Dez 10]; 16(3): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/fGXsqf5kPk7Jn7CZqfxZHfK/?lang=pt>.

15. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2021 Dez 10]; 71(supl.1): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j7FSm5XkPvfcRHZQtMjJ8SK/abstract/?lang=pt>.

16. Tinoco TF, Acioli S, Neto M, Silva LA. Mortalidade materna e a prática na atenção primária à saúde *Res. Nursing*. [periódico na Internet]. 2018 [acessado 2021 Jan 10]; 21(247): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg89.pdf>.

Ciência & Saúde Coletiva

Preview (CSC-2022-0272)

From: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com
To: alinemoreiracunha@hotmail.com
CC: alinemoreiracunha@hotmail.com, cleya.santana@saude.mg.gov.br, evanildo.silva@ufvjm.edu.br, leida@ufvjm.edu.br
Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2022-0036
Body: 15-Feb-2022

Dear Mrs. Monteiro:

Your manuscript entitled "Impacto da implantação da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e partos cesárea: uma análise comparativa" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2022-0036.


Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 15-Feb-2022

 Close Window

ARTIGO 2 - DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS HUMANIZADAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM MINAS GERAIS

DEVELOPMENT OF HUMANIZED PRACTICES IN A REFERENCE INSTITUTION FOR HIGH RISK PREGNANCY IN MINAS GERAIS

RESUMO

As terapias complementares para o alívio da dor estão cada vez mais frequentes nas maternidades, sendo que o desenvolvimento de tais práticas também consiste em uma das atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco. Neste sentido, o presente estudo buscou avaliar o uso de práticas humanizadas em uma instituição de referência à gestação de alto risco em Minas Gerais, por meio da análise de conteúdo dos relatos de Profissionais de Saúde e Gestores sobre as ações padronizadas na instituição dentro das práticas da Rede Cegonha, além de verificar a existência de rotina de analgesia para partos normais nessa instituição pelos (Profissionais de Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas). Tratou-se de uma pesquisa diagnóstica de caráter exploratório e abordagem quanti-qualitativa, com análise bibliográfica e de campo, contando com um questionário semi-estruturado. A análise dos dados mostrou que não houve diferença significativa entre as respostas providas pelos participantes em nenhuma das situações analisadas, demonstrando uma similaridade de respostas de profissionais e gestores em relação à existência de ações padronizadas na instituição dentro das práticas da Rede Cegonha, e o desconhecimento das três categorias em relação à inexistência de rotina de analgesia para o parto normal.

Palavras-Chave: Rede Cegonha. Saúde da Mulher. Parto.

ABSTRACT

Complementary therapies for pain relief are increasingly frequent in maternity hospitals, and the development of such practices is also one of the attributions of hospital services that are reference to the Attention to High-Risk Pregnancy. In this sense, the present study sought to evaluate the use of humanized practices in a reference institution for high-risk pregnancy in Minas Gerais, through content analysis of the reports of Health Professionals and Managers about the standardized actions in the institution within the practices from Rede Cegonha, in addition to verifying the existence of an analgesia routine for normal births at this institution

by (Health professionals, managers, pregnant and postpartum women). It was an exploratory diagnostic research with a quantitative qualitative approach, with bibliographic and field analysis, counting on a semistructured questionnaire. Data analysis showed that there was no significant difference between the responses provided by the participants in any of the situations analyzed, demonstrating a similarity of responses from professionals and managers in relation to the existence of standardized actions in the institution within the practices of the Stork Network, and the lack of knowledge of the three categories in relation to the lack of.

Keywords: Rede Cegonha. Women's Health. Parturition.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, buscando o estímulo ao parto humanizado e a redução do uso de tecnologias desnecessárias, fomenta, em um dos componentes da Rede Cegonha, a garantia da assistência baseada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Além disso, a partir da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, e buscando reduzir as intervenções médicas desnecessárias como o alto índice de cesareanas que vem ocorrendo no Brasil, lança a recomendação nº 11, de 07 de maio de 2021 sobre o Programa de Parto Adequado¹.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS para o cuidado de mulheres grávidas são garantir a escolha da mulher sobre o tipo e local de parto, acompanhante durante o trabalho de parto e parto, privacidade, escolha informada, liberdade de posições, movimentos durante o trabalho de parto e parto, fornecimento de informações sempre que necessário, oferta de líquidos por via oral quando solicitado por gestantes de baixo risco, estímulo ao uso dos métodos não farmacológicos de alívio de dor, contato pele a pele durante a primeira hora de vida do recém-nascido, monitoramento por meio do partograma, além do suporte emocional².

Assim, a assistência humanizada faz-se importante ao binômio materno-infantil, tanto para a redução das taxas de mortalidade quanto para a satisfação da gestante. Entretanto, a adesão dos municípios à Rede Cegonha não ocorreu em todo o território nacional conforme a expectativa, essa situação justifica as medidas emergenciais que tentam transpor a realidade de algumas localidades do país com ações que buscam afinidade com as políticas públicas estabelecidas³.

Apesar da dificuldade de algumas regiões no cumprimento das mudanças no modelo de ambiência dos hospitais que realizam partos no SUS, essas alterações são significativas para melhoria da saúde materno-infantil, comprovado pela experiência positiva oriunda da Rede Cegonha. Dessa forma, é possível perceber a relevância da utilização de novos modos de cuidado e de gestão no campo obstetriconeonatal para a valorização da dignidade humana⁴. Posto isso, a ambiência transcende o espaço físico e profissional por estar em sintonia com o acolhimento, a resolutividade e as relações humanas, conforme é oferecida pelas instituições de referência à gestação de alto risco.

Com o intuito de oferecer um local adequado para as gestantes e puérperas de alto risco, o Ministério da Saúde cria a Portaria GM/MS nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que estabelece as diretrizes e critérios organizacionais para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, além dos requisitos para vinculação da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), conforme a Rede Cegonha⁵.

Desta forma, objetivou-se neste trabalho avaliar o uso de práticas humanizadas em uma instituição de referência à gestação de alto risco no interior de Minas Gerais, por meio da análise de conteúdo dos relatos de Profissionais de Saúde e Gestores sobre as ações padronizadas na instituição dentro das práticas da Rede Cegonha, além de verificar a existência de rotina de analgesia para partos normais nessa instituição na perspectiva dos (Profissionais de Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa realizada no período de março a setembro de 2021, de caráter exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Foi realizada com profissionais da saúde (enfermeiros[n=09] e técnicos de enfermagem[n=28], n total=37, representando 100% do total de profissionais atuantes no serviço abordado), gestores (n=04, representando 80% do total de gestores atuantes no serviço abordado) e usuárias (n=34, representando 19% do total de usuárias do serviço no período analisado) de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e seu hospital de referência, ambos localizados em um município do interior de Minas Gerais. Justifica-se o baixo percentual de gestantes/puérperas participantes no estudo em virtude do fato da coleta de dados ter ocorrido no período pandêmico da Covid-19, quando ainda não se tinha vacina, tratamento e nem conhecimentos concretos em relação aos indicadores de agravamento da doença. O medo e a preocupação com a própria saúde e também com a saúde do filho impediram que muitas mulheres aceitassem participar do estudo.

Os participantes da pesquisa foram identificados por meio de códigos padronizados numerados sequencialmente, favorecendo a análise dos dados e garantindo o anonimato.

Após a coleta de dados, foi realizado o levantamento bibliográfico na área materna e infantil, voltada para as práticas humanizadas na assistência a gestantes e puérperas e aos serviços prestados pelo hospital de referência e, na sequência, avaliadas as respostas de forma quantitativa, mas também realizando-se a análise de conteúdo das respostas providas pelos três grupos envolvidos no cuidado⁶.

O questionamento feito em busca de compreender se os participantes (profissionais da saúde e gestores) eram conhecedores da utilização de tais práticas na Instituição, foi: “quais são as ações padronizadas pelos profissionais dentro das práticas da Rede Cegonha?”. Para todos os questionamentos, as opções de respostas disponíveis referiam-se ao ensino e uso do Método Canguru com o recém-nascido, à utilização de medidas de alívio não farmacológico da dor (bola durante o parto normal, chuveiro, massagem), havendo ainda um campo para outras respostas (discursivas).

Questionou-se ainda os participantes (profissionais de saúde, gestores, bem como gestante e puérperas) sobre a existência de rotina de analgesia para o parto normal na instituição hospitalar, tendo sido disponibilizadas três opções de resposta (“sim”, “não” e “não sei responder”).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob Parecer nº 4.236.152, tendo seguido as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

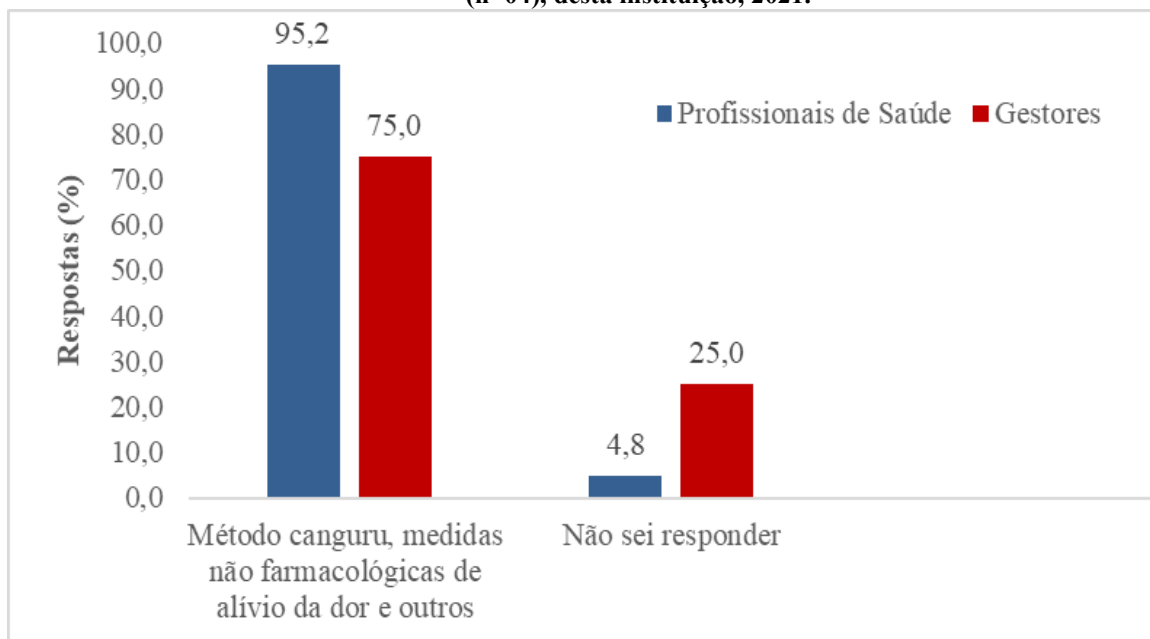
Observa-se na figura 1 que, um percentual bastante significativo de profissionais da saúde (95,2%) e gestores (75%) informou que a instituição hospitalar possui rotina padronizada para ação dos profissionais de saúde dentro das práticas da Rede Cegonha.

Nesse mesmo sentido, Pereira *et al.*⁷ buscaram compreender se essas técnicas oferecem benefícios reais na redução da dor e ansiedade durante o trabalho de parto. Com esse intuito, foram analisados 19 artigos relativos a estudos clínicos randomizados desenvolvidos no período de 2016 a 2020 e foram avaliados os impactos do uso de acupressão, auriculoterapia, aromaterapia, bola suíça, exercício respiratório, yoga, terapia floral, massagem, métodos térmicos e banhos de aspersão para controle da dor durante o trabalho de parto. Os resultados

demonstraram que a utilização dessas ferramentas pode possibilitar uma experiência melhor no trabalho de parto, além de viabilizar um parto participativo e humanizado.

A figura abaixo apresenta os resultados dos questionamentos feitos em relação à utilização de práticas humanizadas desenvolvidas nesta instituição, de acordo com informações prestadas pelos Profissionais de Saúde (n=37), Gestores (n=04), desta instituição, 2021.

Figura 1 - Desenvolvimento de práticas humanizadas durante o atendimento ao trabalho de parto na instituição, de acordo com informações prestadas pelos Profissionais de Saúde (n=37), Gestores (n=04), desta instituição, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A análise das respostas fornecidas no campo discursivo, permitiu identificar que os profissionais informaram uma quantidade maior de outras ações que não foram relatados pelos Gestores, como: deambular, massagem, difusor, essência, contato pele a pele após o parto cesárea e normal, amamentação na primeira hora de vida, proibição de bicos artificiais, musicoterapia e aromoterapia. As respostas dos dois grupos foram comparadas pelo teste estatístico t de *Student*, utilizando-se como parâmetro variáveis independentes, não sendo evidenciada diferença significativa.

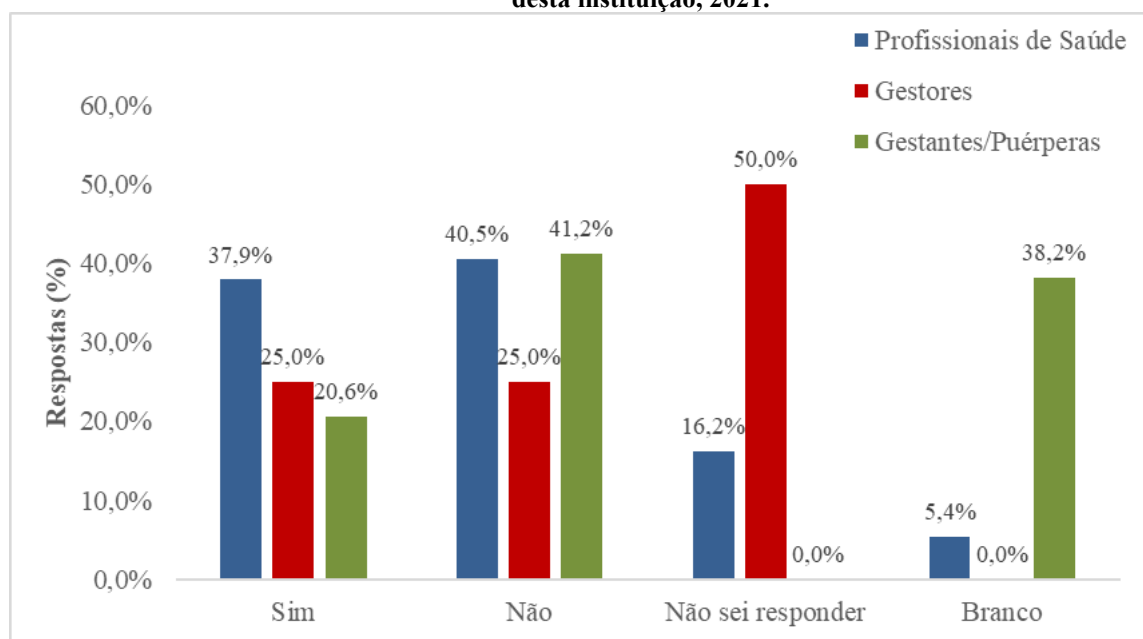
Pereira e Colaboradores⁸ também relatam sobre a importância da assistência humanizada para garantir os direitos à mulher e ao recém-nascido, reforçando ainda a necessidade de mudanças desde a formação educacional até as ações que beneficiem a assistência integral por parte dos profissionais. Estes autores afirmam que:

Considerando a existência de evidências científicas que comprovam cada vez mais os benefícios de uma assistência humanizada, é fundamental que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher de maneira integral. Assim, se faz necessário a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais, que vise uma assistência multidisciplinar, com enfoque ao trabalho em equipe, que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto desde o pré-natal; além da efetiva incorporação do modelo humanizado de atenção como diretriz e filosofia institucional buscando respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos (PEREIRA *et al.* 2018, p. 06)⁸.

Diante disto, entende-se que, por via de regra, a orientação quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor deve ser iniciada no pré-natal e ocorrer durante todo o trabalho de parto para que, assim, se consiga a escolha e tomada de decisão consciente pelas gestantes.

Em seguida, questionou-se os participantes (Profissionais de Saúde, Gestores, bem como Gestante e Puérperas) sobre a existência de rotina de analgesia para o parto normal na instituição hospitalar, tendo sido disponibilizadas três opções de resposta (“sim”, “não” e “não sei responder”). A Figura 2 apresenta os resultados encontrados.

Figura 2 - Rotina de analgesia para o parto normal no hospital de referência, segundo informações prestadas pelos Profissionais de Saúde (n=37), Gestores (n=04), Gestantes e Puérperas (n=34) desta instituição, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Inicialmente, quando se propôs este questionamento na coleta de dados, tinha-se a expectativa de que a resposta fosse unânime como sim, já que se trata de uma instituição referência para gestação de alto risco, tipo 2. Porém, ao buscar informações diretamente com a

Instituição descobriu-se que não há rotina de analgesia para partos normais. Esta só é disponibilizada quando a mulher ingressa na Instituição por meio de plano de saúde privado ou por meio de atendimento particular. Assim, nossa expectativa de resposta mudou, já que não há rotina estabelecida. Esperava-se desta forma, que os profissionais, gestores e gestantes/puérperas conhecessem a realidade da instituição e, portanto, respondessem “não”. Entretanto, a análise da figura 2 mostra um resultado diferente daquilo que se esperava encontrar. Observa-se que um grupo de Profissionais da Saúde (40,5%), Gestores (25,0%), bem como de Gestantes e Puérperas (41,2%) relataram, de forma correta, a inexistência de rotina de analgesia para o parto normal, ou seja, foi baixo o percentual de participantes, em todos os três grupos, que assinalaram a opção que se adequava à realidade institucional. No Grupo Gestores, observou-se que 75,0% deles desconheciam a rotina institucional, já nos demais grupos participantes esse índice foi de quase 60%. O teste estatístico “t” de *Student* realizado a partir da utilização do parâmetro variáveis independentes, demonstrou a inexistência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Ou seja, comprova-se que todos os grupos participantes são desconhecedores da rotina institucional em relação à existência de rotina de analgesia em partos normais.

A Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, incorpora no SUS a Rede Cegonha, descrevendo os seus princípios, objetivos, componentes, fases de operação e as formas de financiamento. Por meio dela, é descrito sobre o financiamento do componente parto e nascimento, confirmando recursos para compra de materiais e equipamentos que possibilitem boas práticas para esse atendimento na Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados ao Fundo Municipal de Saúde⁹. Desta forma, não se justifica a utilização de rotina de analgesia de dor apenas por meio de plano de saúde ou no atendimento particular.

No estudo de Mendes *et al.*¹⁰ sobre a influência do uso da analgesia farmacológica no desfecho do parto evidenciou-se a necessidade de orientações precoces sobre os métodos farmacológicos de dor ainda no pré-natal para nortear uma escolha consciente. O intuito de informações sobre os riscos e benefícios traz contribuições relevantes no uso racional das ferramentas disponíveis e não têm o objetivo de desmotivar ou impedir a sua escolha, visto que o uso da analgesia farmacológica pode aumentar as chances de parto instrumentalizado e a duração do trabalho de parto, devendo então ser utilizada quando realmente houver necessidade. Entretanto, a possibilidade de contar com analgesia farmacológica, mesmo no parto normal, quando solicitada pela mulher após uso dos métodos não-farmacológicos, pode aumentar o índice de gestantes que optem pelo parto normal, contribuindo para a redução da

morbimortalidade materna, bem como para reduzir o indicador que tem colocado o Brasil dentre os países que mais realizam partos cesáreas no mundo.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal¹¹, traz a importância da percepção apurada dos profissionais de saúde com relação à dor do parto, além de possibilitarem um atendimento que apoie a escolha dessa gestante. Diante disso, a diretriz afirma que a procura por analgesia de parto pela mulher já se torna uma indicação para a sua realização, em qualquer fase do parto e do grau de dilatação, caso já tenham sido oferecidas todas as possibilidades de métodos não farmacológicos de alívio da dor e estes não tiverem sido suficientes. Desta forma, é possível perceber a importância de se respeitar o protagonismo da mulher durante o seu trabalho de parto por trazerem diferentes experiências e expectativas, fazendo-se necessário o encorajamento pelos profissionais de saúde, além de que haja sensibilidade por parte dos gestores para fazer-se cumprir todas as possibilidades de recursos para alívio da dor durante o trabalho de parto normal.

Diante disso, faz-se necessário que a instituição avaliada repense a forma de aplicação do recurso financeiro oriundo da Rede Cegonha, a fim disponibilizar rotina de analgesia às gestantes que desejem essa opção. Entretanto, deve-se disponibilizar previamente todas as alternativas que propiciem alívio de dor, de forma não farmacológica, por favorecer a fisiologia do parto normal. Outra questão importante, é a implementação de ciclos de seminários ou outras atividades de formação continuada ou permanente, buscando garantir que os profissionais e gestores tenham conhecimento profundo sobre as rotinas estabelecidas na instituição, além de desenvolver ações de educação em saúde para a população assistida.

4 CONCLUSÃO

Faz-se necessário intensificar o uso de práticas humanizadas na assistência ao parto na instituição avaliada, buscando a integralidade do cuidado, conforme mostram as evidências científicas. Desta forma, a partir do estímulo e informação quanto aos seus benefícios, pode-se permitir uma escolha consciente por parte da mulher (tanto em relação ao tipo de parto a ser executado, quanto ao uso ou não de medidas farmacológicas para alívio de dor), atendendo às suas necessidades, reduzindo-se a morbimortalidade. Por esse motivo, é importante que os profissionais de saúde sejam mais assertivos com relação à orientação das gestantes quanto aos tipos parto e de métodos não farmacológico de alívio da dor (quando, como utilizá-los e benefícios) primando para que essas informações e orientações possam ser iniciadas ainda durante o pré-natal, continuando durante todo o trabalho de parto.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente pelo suporte que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho e à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pela bolsa concedida à primeira autora.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021 [online]. 2021 [acesso em 14 Fev 2022]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2021/Reco011.pdf>
2. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. 2018 [acesso em 22 Out 2021]. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf
3. Alves AG, Martins CA, Silva FL, Alexandre MAS, Correa CIN, Tobias GC. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa [periódico na internet]. 2017 [acesso em 14 Fev 2022]. Rev enferm UFPE on line. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11989/14552>
4. Pasche DF, Silva LBRAA, Matão MEL, Soares DB, Caramachi APC. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2021 [acesso em 10 Fev 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f3jbqhFD7gztHGQGzBR37tM/?lang=pt&format=pdf>
5. Brasil. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013 [online]. 2013 [acesso em 15 Fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. Pereira ACC, Costa ALML, Costa AB, Geber B, Alkmim BF, Camarano GCV, Glória RR, Nogueira TM, Ripari VA, Lopes AG. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** [periódico online]. 2020 [acesso em 06 Dez 2021]. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/4448-Artigo-49864-3-10-20201016.pdf>
8. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões Sul e Sudeste do Brasil [periódico na internet]. Ciênc. saúde colet. 2018 [acesso em 02 Jan 2022]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqbKLF75JphwHJqRdhCd/?lang=pt>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011 [online]. 2011 [acesso em 02 Fev 2022]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
10. Mendes MSF, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? [periódico na internet]. *Acta Paul Enferm.* 2017 [acesso em 10 Fev 2022]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/mkd4SCSBbv5gDTQsFCW85zG/abstract/?lang=pt>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [online] / Brasília, 2017[acesso em 10 Jan 2022]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

22/02/2022 12:32

ScholarOne Manuscripts

Ciência & Saúde Coletiva

Preview (CSC-2022-0272)**From:** danuziacienciasaudecoletiva@gmail.com**To:** alinomoreiracunha@hotmail.com**CC:** alinomoreiracunha@hotmail.com, cleya.santana@saude.mg.gov.br, evanildo.silva@ufvjm.edu.br, leida@ufvjm.edu.br**Subject:** Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2022-0272**Body:** 16-Feb-2022

Dear Mrs. Monteiro:

Your manuscript entitled "Caracterização da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e o perfil das usuárias em um município do interior de Minas Gerais" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.


Your manuscript ID is CSC-2022-0272.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 16-Feb-2022 Close Window

ARTIGO 3 - IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA SOBRE A MORTALIDADE MATERNA E PARTOS CESÁREA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA

IMPACT OF THE IMPLEMENTATION OF REDE CEGONHA ON MATERNAL MORTALITY AND CESAREAN DELIVERY: A COMPARATIVE ANALYSIS

RESUMO

O presente estudo buscou investigar o impacto da implantação da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e os números de partos cesárea realizados na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, comparativamente aos índices nacionais. Tratou-se de uma pesquisa quanti-qualitativa. A abordagem foi feita pela coleta de dados relativos ao período de 1994 a 2019, a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Em relação aos dados de mortalidade materna, foi abordado o período de 2000 a 2019 (Brasil) e 2006 a 2019 (Macrorregião) com a busca de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade, sendo aplicado o teste “t” de *Student* para avaliar possíveis diferenças antes e após a implantação da Rede Cegonha. Os resultados indicam a inexistência de diferença significativa entre o número de mortes maternas antes e após a implantação da Rede Cegonha, mas uma reversão muito significativa da Razão de Mortalidade Materna e do número de partos cesárea, quando se avaliou a linha de tendência em ambos os casos, tanto no Brasil, quanto na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG. Estes resultados demonstram a eficácia e a importância da adesão a esta estratégia governamental, bem como do acompanhamento rotineiro dos indicadores relativos à Rede Cegonha no país.

Palavras-Chave: Rede Cegonha. Saúde da Mulher. Mortalidade Materna. Parto.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the impact of the implementation of Rede Cegonha about maternal mortality and the numbers of cesarean deliveries carried out in the health macro-regions of Jequitinhonha, MG, compared to the national indices. It was a quantitative and qualitative research. The approach was made by collecting data relating to the period from 1994 to 2019, from the Live Birth Information System. In relation to the maternal mortality data, the approach was made in the period from 2000 to 2019 (Brazil) and 2006 to 2019 (Macro-region)

by the Mortality Information System, being applied the "t" test of Student to evaluate possible differences before and after the implementation of Rede Cegonha. The results indicate the non-existence of significant difference among the number of maternal deaths before and after the implementation of Rede Cegonha, but a very significant reversal of the reason of maternal mortality and the number of cesarean deliveries, when evaluating the trend line in both cases, in Brazil, and the Jequitinhonha Health Macro-region, MG. These results demonstrate the efficacy and importance of the adherence to this government strategy, and the routine monitoring of the relative indicators to the Rede Cegonha in the country.

Keywords: Rede Cegonha. Women's Health. Maternal Mortality. Parturition.

1 INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil tem sido priorizada em estudos epidemiológicos que tratam do acompanhamento, identificação de causas, além de minimização dos impactos causados pelas doenças que afetam as gestantes e que podem levar ao óbito¹. Diante das altas taxas de mortalidade materna no Brasil, este é um problema de saúde pública considerável² e que precisa ser enfrentado com estratégias eficazes. Além disso, a redução de tais taxas também constitui um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) como pedido global para abordar os principais desafios de desenvolvimento a serem cumpridos até o ano de 2030 por todos os países³. Dessa forma, faz-se necessário intensificar ações com o intuito de restabelecer a promoção, prevenção e a recuperação da saúde da mulher.

A morte materna pode ocorrer por padrões semelhantes, podendo-se classificar os fatores em causas obstétricas diretas ou indiretas. As causas diretas ocorrem devido às intercorrências obstétricas no período gravídico-puerperal que pode ser ocasionado por negligência ou descuido na assistência à gestante. Posto isso, a prevenção das causas obstétricas diretas é possível e desejável, sendo realizada por meio do acompanhamento efetivo nos atendimentos de pré-natal e consulta de pós-parto, conforme preconizado pelo MS para assistência integral⁴.

Já as causas obstétricas indiretas, estão relacionadas com as patologias preexistentes ou que ocorreram durante a gestação em decorrência do processo natural da gravidez⁵. Logo, os incentivos e o comprometimento dos gestores com a eficiência e resolutividade dos serviços,

além da implantação e desempenho na aplicação de protocolos torna-se fundamental para o enfrentamento ao problema⁶.

Nessa perspectiva, com o objetivo de formar uma rede de cuidados garantindo os direitos da mulher ao planejamento reprodutivo, ao nascimento seguro, à atenção humanizada e ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança foi constituída, em 2011, a Rede Cegonha. Assim, esta Rede passou a contribuir com a redução da mortalidade materno-infantil, melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e assistência à criança até vinte quatro meses de idade⁷. Mas, para que fosse possível cumprir as diretrizes preconizadas na Rede Cegonha, várias ações e políticas públicas tornaram-se necessárias, a fim de buscar avanços no campo assistencial, social e político.

No que tange às ações humanizadas na atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha é adepta às recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS sobre as boas práticas na assistência. Sendo assim, garante a escolha da mulher sobre o tipo e local de parto, presença de acompanhante, privacidade, escolha informada, liberdade de posições, movimentos durante o trabalho de parto e parto, fornecimento de informações, oferta de líquidos por via oral quando solicitado por gestantes de baixo risco, estímulo ao uso dos métodos não farmacológico de alívio de dor, contato pele a pele durante a primeira hora de vida do recém-nascido, monitoramento por meio do partograma, além de suporte emocional⁸.

Alves *et al.*⁹ informam sobre a importância dessa assistência humanizada ao binômio materno-infantil, tanto para a redução das taxas de mortalidade quanto para que se alcance a satisfação da gestante. Entretanto, apesar da sua relevância, a adesão à Rede Cegonha não ocorreu de forma homogênea em todo o território nacional, como se esperava, por esse motivo torna-se necessário que sejam tomadas medidas emergenciais como tentativa de aproximação da assistência às políticas públicas estabelecidas.

Apesar da dificuldade enfrentada por algumas regiões no cumprimento da ambiência adequada ao parto e nascimento, conforme estabelece a Rede Cegonha, a sua criação foi significativa para que se busque o atendimento humanizado na saúde materno-infantil. Dessa forma, enfatiza-se a relevância da utilização de novos modos assistências e de gestão no campo obstetriconeonatal para a valorização da dignidade humana¹⁰.

É importante ressaltar, que o Brasil ocupa o segundo lugar com maior taxa de cesáreas no mundo, superior a 55% dos partos, ficando atrás apenas da República Dominicana¹¹. Apesar de uma pequena oscilação no número de partos cesáreas a partir de 2014, ainda apresentamos uma posição de destaque na realização desse tipo de parto, ultrapassando as taxas recomendadas pela OMS de 10 a 15%¹². Estes valores superiores ao preconizado não

contribuem de modo favorável para o bom desfecho do parto, levando à maior morbimortalidade materno-infantil¹³. Observa-se que na América Latina e no Caribe, as taxas estão em torno de 43% dos nascimentos. Já nos países da República Dominicana, Brasil, Chipre, Egito e Turquia, as cesarianas agora superam os partos normais¹⁴.

Nessa lógica, tornar a mulher o principal sujeito no trabalho de parto facilita a utilização de técnicas não invasivas que favorecem o parto. Estas tecnologias leve e leve-dura, além de colaborarem para o parto humanizado, contribuem para a redução de riscos de infecção, bem como para a redução dos índices de morte materna e neonatal, reduzindo a necessidade de intervenções desnecessárias (tecnologias duras)¹⁵. Para tanto, as gestantes necessitam de ambientes receptivos, privacidade e orientações. Assim, quanto mais conseguirmos voltar o processo do parto para o natural, porém com a tecnologia e assistência adequada para a tempestiva atenção em caso de intercorrências, melhor será para que o parto ocorra de modo tranquilo, humanizado e para que se garantam as condições necessárias à preservação da saúde da mulher e da criança.

Desta forma, objetivou-se neste trabalho analisar os impactos gerados pela implantação da Rede Cegonha no Brasil e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, no que tange ao número de partos cesárea e à mortalidade materna.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa teve caráter exploratório com abordagem quanti-qualitativa através de um levantamento bibliográfico, na área materno-infantil, voltada para as práticas humanizadas na assistência, avaliando o impacto da implantação da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna e sobre os números de partos cesárea realizados no Brasil comparativamente à Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG. Foram analisados dados relativos à realização de partos cesárea do período de 1994 a 2019. Quanto aos dados de mortalidade materna, a abordagem foi feita em relação ao período de 2000 a 2019 (Brasil) e 2006 a 2019 (Macrorregião), em virtude dos registrados nos sistemas de informações estarem disponíveis a partir do ano de 1994 referente ao Brasil e no ano de 2006 na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, optamos pela utilização de todos os anos disponíveis pela base de dados.

Para a realização do estudo, inicialmente foi feita uma busca nas bases de dados virtuais: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no Portal de Periódico CAPES/MEC, orientada

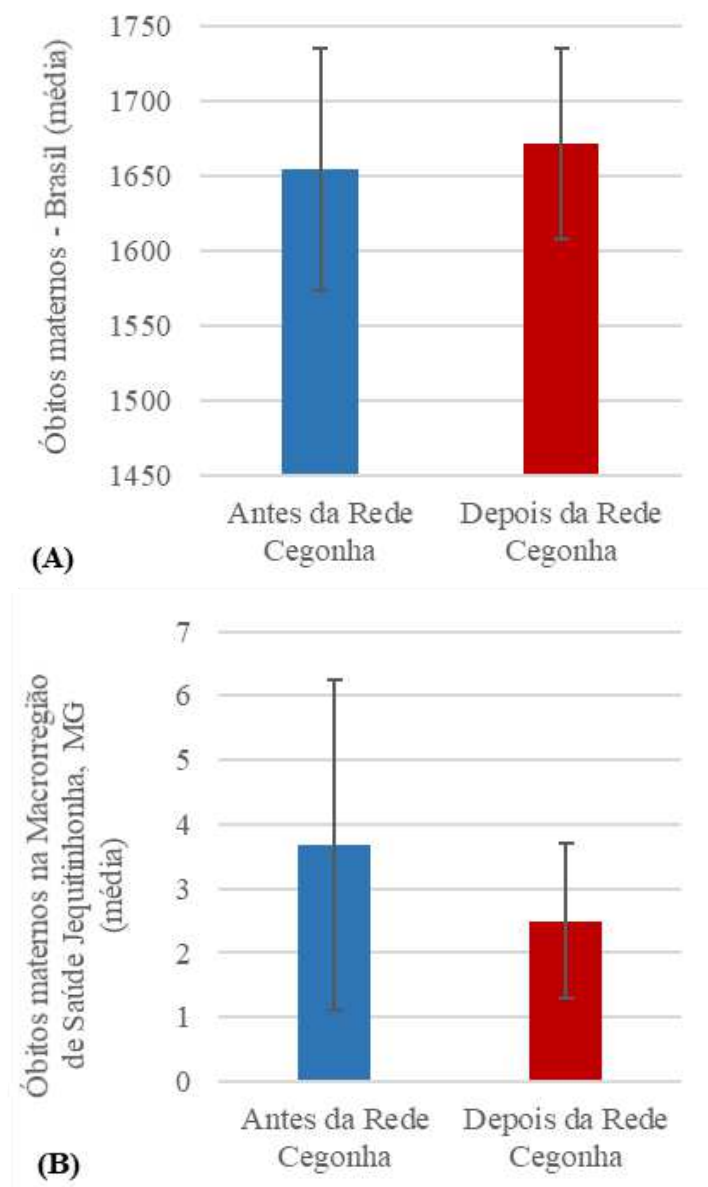
por combinação de descritores no DeCS, sendo eles: Rede Cegonha. Saúde da Mulher. Integralidade em Saúde. Mortalidade Materna. Parto. Após o levantamento bibliográfico, realizou-se a busca no TABNET do *site* DATASUS do Ministério da Saúde e foram gerados dados provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Para o processo de análise dos dados, realizou-se comparações intragrupos, que consiste em analisar dados dentro de uma mesma categoria, e entre grupos, utilizando-se do fator média como variável em ambos os casos. Buscou-se analisar também a linha de tendência, tanto em relação à Razão de Mortalidade Materna – RMM, quanto ao número de partos cesárea realizados nos períodos antes de após a implantação da Rede Cegonha. A RMM foi calculada pela equação: $RMM = n^{\circ} \text{ de } \acute{o}\text{bitos maternos} \div n^{\circ} \text{ nascidos vivos} * 100.000$. Nesse sentido, foi aplicado o teste estatístico “t” de *Student*, sendo considerada diferença significativa quando $p < 0,05$. A escolha desse teste deveu-se à natureza dos dados, sendo utilizado o parâmetro de variáveis independentes. Após a realização destas análises, os resultados obtidos foram comparados com outros estudos, normas técnicas e manuais sobre o tema disponíveis na Literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, averiguou-se o número de óbitos maternos ocorridos no Brasil, no período de 2000 a 2011 (período que antecedeu a implantação da Rede Cegonha) e no período pós-implantação da Rede (2012 a 2019) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, no período de 2006 a 2019. Após gerar os dados pelo TABNET, provenientes do MS/SVS/CGIAE, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, passou-se à análise dos dados pelo cálculo da média (total de óbitos no período dividido pelo número de anos englobados naquele período). A figura 1 apresenta a média do número de óbitos maternos ocorridos antes e após a implantação da Rede Cegonha (o que ocorreu no ano de 2011).

Figura 1 - Número médio de óbitos maternos ocorridos no Brasil (A) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG (B), no período de 2000 a 2019 (Brasil) e 2006 a 2019 (Macrorregião) e no período pós-implantação da Rede Cegonha (2012 a 2019).

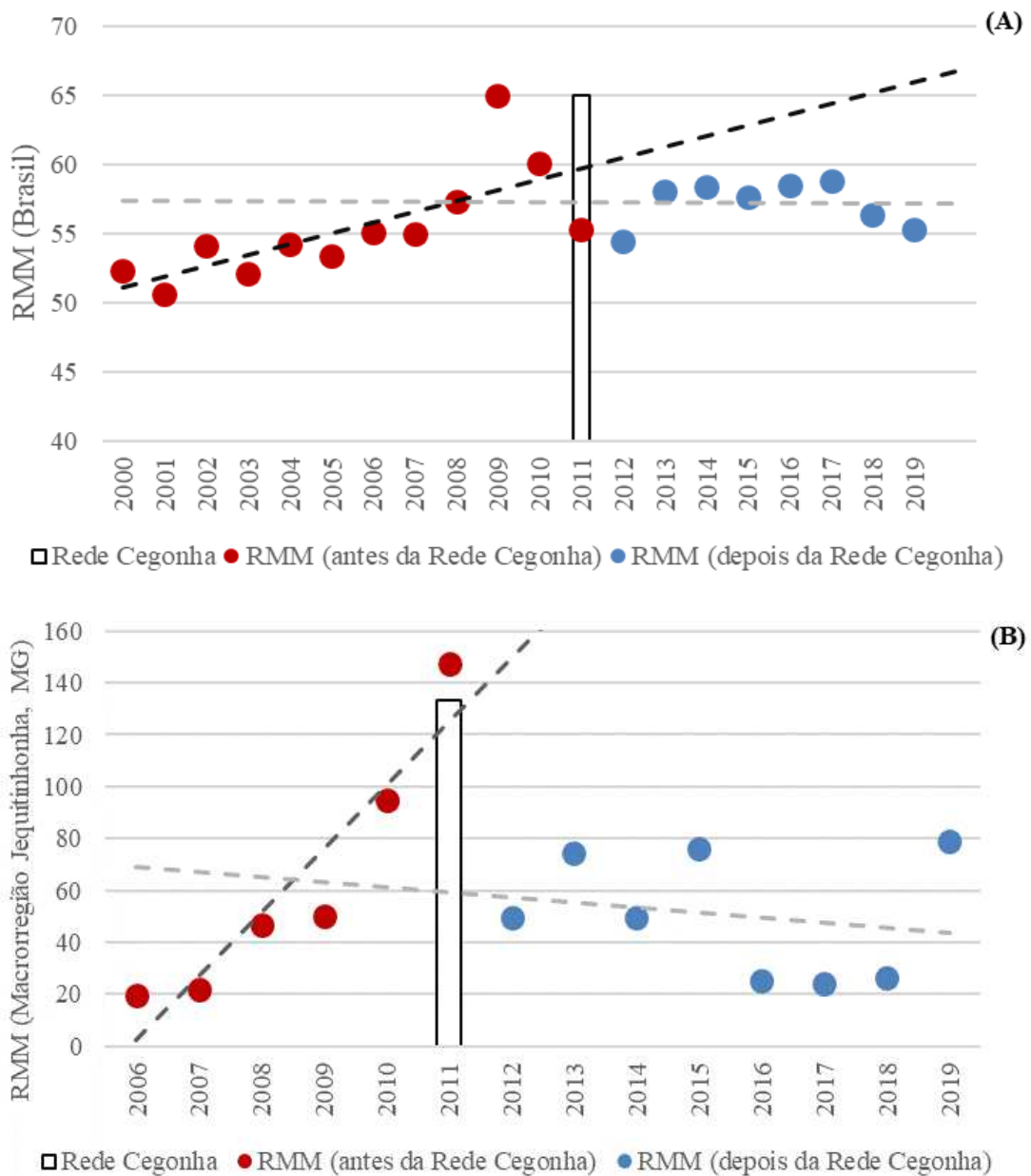


Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Ao observar a figura percebe-se uma grande oscilação do número de óbitos maternos ocorridos tanto no país, quanto na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, não tendo havido diferença significativa entre o número de mortes antes e após a implantação da Rede Cegonha (Brasil: $\bar{X}=1654,08\pm 80,99$ e $\bar{X}=1671,00\pm 63,79$, respectivamente; $p=0,609$; Macrorregião de Saúde Jequitinhonha: ($\bar{X}=3,67\pm 2,57$ e $\bar{X}=2,50\pm 1,20$, respectivamente; $p=0,190$, dados não mostrados). A análise dos números brutos do país dá, inclusive, a falsa impressão de uma piora do cenário pós-implantação da Rede. Para explorar melhor a questão,

foi calculada a RMM em ambos os períodos e localidades. A figura 2 mostra os resultados obtidos quanto à RMM.

Figura 2 - Razão da Mortalidade Materna no Brasil (A) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG (B), no período de 2000 a 2019 (Brasil) e 2006 a 2019 (Macrorregião) e no período pós-implantação da Rede Cegonha (2012 a 2019).



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Os resultados obtidos a partir do cálculo da média da RMM tanto no Brasil, quanto na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, não mostraram diferença significativa quando se comparou o antes e o após a implantação da Rede Cegonha (Brasil: $\bar{X}=55,37\pm 3,90$ e

$\bar{X}=57,16\pm 1,60$, respectivamente; $p=0,170$; Macrorregião de Saúde Jequitinhonha: ($\bar{X}=63,47\pm 49,14$ e $\bar{X}=50,55\pm 23,81$, respectivamente; $p=0,570$, dados não mostrados). Entretanto, os dados permitem observar que a mortalidade materna é um problema ainda mais grave na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, tendo sido observada ainda grande oscilação na RMM nesta região, o que também foi impactado pela implantação da Rede Cegonha, uma vez que se observa uma diminuição considerável do número de óbitos maternos (figura 2). Apesar de não ter sido observada diferença significativa quando as médias foram comparadas, o que pode ter sido impactado pela variabilidade dos dados, pode-se perceber uma nítida e forte reversão da tendência de ampliação do número de casos. Isso pode ser visto observando-se as linhas de tendência antes e após a implantação da Rede Cegonha em ambas as localidades analisadas. Em 2019, a RMM no Brasil e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, foi de 55,31 e 78,70 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, respectivamente, número acima das metas estabelecidas pela Organização das Nações Unidas – ONU (a meta é 35). Essa análise qualitativa da tendência permite-nos perceber o impacto da Rede Cegonha sobre a mortalidade materna no Brasil e nesta Macrorregião, objetivo principal desta estratégia governamental, apesar de ainda se estar bem longe de atingir a meta preconizada.

Na década de 80, a RMM no Brasil era considerada apenas pelos óbitos declarados e apresentava-se com uma discreta tendência ao declínio. No período de 1987 a 1996 permaneceu estável. Em 1996 a 1998 teve um aumento, principalmente devido a causas obstétricas indiretas, apesar do difícil registro desse tipo de óbito o aumento pode ser justificado devido à melhoria na qualidade das informações, relacionadas ao processo de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil por meio dos comitês de morte materna. No ano de 1999 a 2001 apresentou uma queda, podendo estar correlacionada com a melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Nesse período, as ações voltadas para a redução da mortalidade materna ganharam uma visibilidade maior para o enfrentamento, o que teve impacto positivo¹⁶. Em 2005, o percentual das gestantes que realizavam sete ou mais consultas de pré-natal representava aproximadamente 50%, não constituindo ainda um número expressivo¹⁷.

Após a adesão aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, a sobrevivência materna mundial melhorou significativamente. Entretanto, ainda eram números muito elevados quando comparados à meta de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos para o país. O ODM 5 estabeleceu o compromisso de reduzir em três quartos a RMM entre o período de 1990 e 2015¹⁸.

Em 2010, foi lançada a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança com objetivo de salvar vidas e melhorar o bem-estar. Entre os objetivos e metas a serem alcançadas

até 2030 foi proposto acabar com as mortes evitáveis, para essa finalidade propôs-se reduzir a taxa mundial de mortalidade materna a menos de 70 por 100 mil nascidos vivos, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1000 nascidos vivos em todos os países e entre outras ações para a saúde da mulher, criança e adolescente¹⁹.

Posteriormente, foi criado o Plano de Ação para o período de 2018 a 2030 na saúde da mulher, da criança e do adolescente. A elaboração desse material teve o objetivo de proteger os resultados alcançados até o presente momento e aprimorar as ações integrais para abordar os desafios e barreiras identificadas ao longo das gerações²⁰.

O Ministério da Saúde elaborou programas, leis e políticas públicas com objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil. Posto isto, a vigilância de óbito materno no país foi regulamentada pela Portaria 1.119, de 05 de junho de 2008²¹. A redução da mortalidade materna constitui uma das prioridades do Ministério da Saúde. Assim, foram estabelecidas medidas para a vigilância, de modo independente do local de ocorrência, sendo realizada por um profissional de saúde designado pelas autoridades dos setores correspondentes para identificar os óbitos, as principais causas, os fatores de risco e a sua distribuição, classificando-o por causas, realizando a divulgação pertinente, a investigação oportuna, além de torná-la confiável.

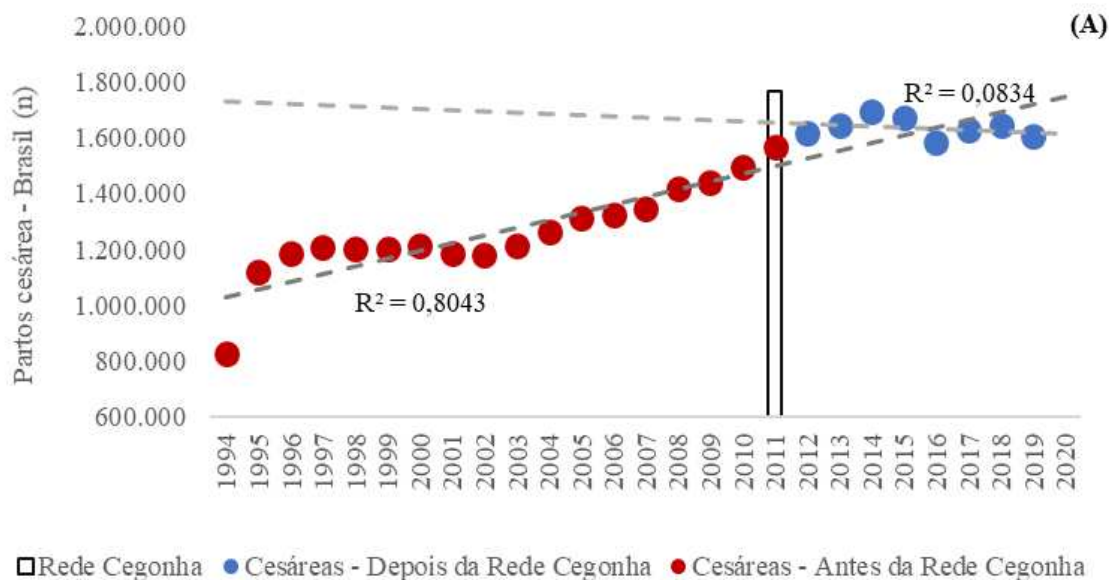
Os resultados encontrados sobre o número de óbitos maternos ocorridos na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, reforçam a importância de formar-se uma rede de assistência materna, disponibilizando o suporte adequado, tanto de recursos humanos quanto tecnológicos. Para mais, o acesso aos serviços de saúde também constitui um fator na morbimortalidade materna. Dias *et al.*⁵ relatam sobre os impactos da mortalidade materna em diferentes ambientes de convívio social:

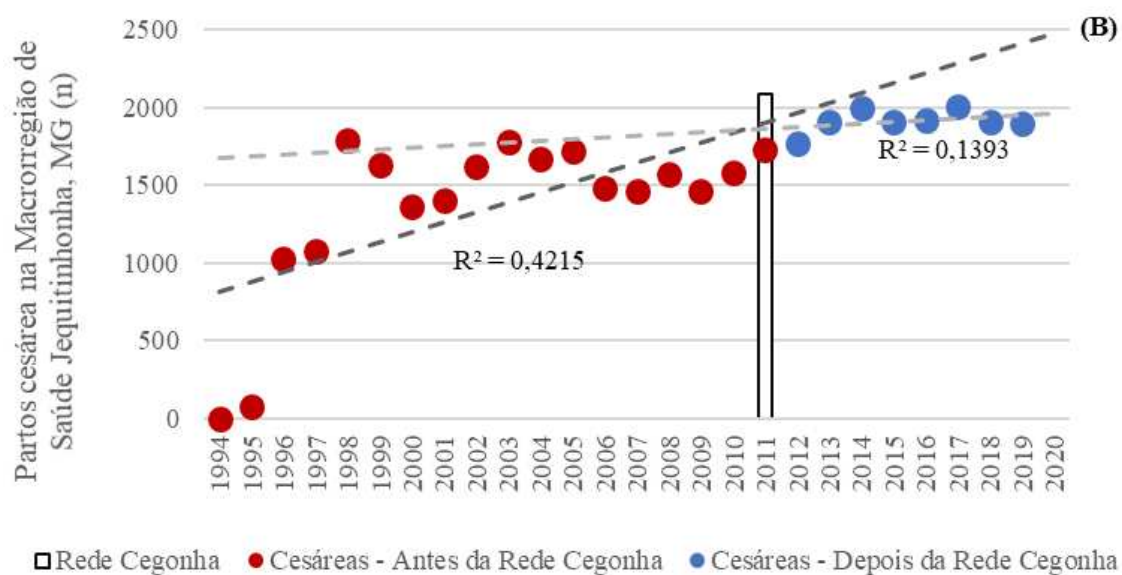
O óbito de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade. A mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge os países em desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida. Para redução destas mortes, devem ser propostas medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, que impeçam a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipe qualificada para atendimento e vigilância no período puerperal. É de fundamental importância para os estudos o preenchimento adequado dos atestados de óbito, para identificar os casos de morte materna e encaminhá-los para os comitês de mortalidade materna. Cabe a estes organismos não só a investigação dos casos, mas, também, a recomendação de medidas que visem evitar novos óbitos, já que a frequência de demora na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno. Assim, há muito ainda a ser feito para que seja alcançada a Quinta Meta do Milênio, estabelecida pela ONU (p.6)⁵.

Em vista disso, Oliveira *et al.*²² buscaram avaliar os impactos da Rede Cegonha na mortalidade neonatal em gestação de alto risco, realizando uma revisão sistemática em bancos de dados *online*, tendo identificado que os casos que evoluíram para óbito neonatal tiveram como principal fator as intercorrências durante a gestação ou parto, devido à presença de fatores de risco gestacional. A alta prevalência de intercorrência durante o parto pode ser trabalhada durante o pré-natal. Estes autores identificaram ainda que os cuidados relacionados ao recém-nascido apresentam falhas que precisam ser corrigidas. Portanto, ainda que a Rede Cegonha seja considerada recente, foram identificadas necessidades de melhorias para a sua efetividade.

Um dos fatores importantes para a alta RMM no país é, certamente, o grande número de partos cesárea realizados²³. Como dito anteriormente, o Brasil é um dos líderes mundiais em realização deste tipo de parto, superando o número de partos normais. Para se avaliar o impacto da implementação da Rede Cegonha sobre a realização de partos cesárea no Brasil e também na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, foi feito um levantamento do quantitativo deste tipo de procedimento realizado no período de 1994 a 2019, analisando-se separadamente os números de ocorrências antes (1994 a 2011) e após (2012 a 2019) a implantação da Rede. Os resultados são apresentados na figura 3.

Figura 3 - Número de partos cesárea ocorridos no Brasil (A) e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG (B), no período de 1994 a 2011 e no período pós-implantação da Rede Cegonha (2012 a 2019).





Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Ao analisar a figura 3, percebe-se que a implantação da Rede Cegonha causou uma mudança na linha de tendência relativa à realização de partos cesárea, tanto no Brasil quanto na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG. A tendência que era de ampliação do número de procedimentos foi revertida a partir de 2012, demonstrando a efetividade das ações oriundas da implantação da Rede.

Além da Rede Cegonha, outras ações foram implementadas. Entre 2015 e 2016, teve início o processo de operacionalização das políticas de redução das cesáreas desnecessárias pela Agência Nacional de Saúde do Brasil, estimulada pela Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal de São Paulo, através das Resoluções i) nº 368/2015, que dispõe sobre o direito de acesso à informação quanto aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais realizados e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar; ii) nº 398/2016, que traz a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrizas por planos privados e hospitais, além da obrigatoriedade dos médicos entregarem a nota de orientação à gestante e, por fim, iii) nº 409/2016, que trata sobre garantia contratual ao trabalhador na execução indireta de serviços e os limites à terceirização de atividades, no âmbito da Administração Pública Federal. Por meio dessas resoluções, procurou-se garantir a transparência nas informações sobre a prática da cesárea respeitando a autonomia da mulher²⁴. Oliveira e Simioni²⁴ ainda afirmam que:

No ano de 2014, segundo dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), tivemos no Brasil um total de 2.979.259 nascimentos, sendo 1.697.954 de partos cesáreas, 1.277.175 partos normais e 4.130 foram ignorados. Ao fazer uma retrospectiva, pode-se visualizar que até o ano de 2008, os números de partos normais superavam os partos cesarianas, sendo que essa inversão ocorreu em 2009 e se mantém até os dias atuais (p. 10)²⁴.

Diante desse alto índice de cesáreas no Brasil, Silva *et al.*²⁵ relatam sobre a importância de se identificar as preferências, indicações e desfechos das mulheres que foram submetidas a cesarianas anteriores. Dessa forma, seria possível analisar como ocorreu a assistência a essas mulheres com o objetivo de elaborar estratégias que possam impactar na qualidade do atendimento seguro.

Em contrapartida, estudos atuais vêm demonstrando uma tendência à busca da revalorização do ambiente domiciliar como espaço adequado para o momento do parto. Nesse sentido, Silva *et al.*²⁶ demonstraram que o atendimento ao parto domiciliar é um modelo ainda pouco conhecido no Brasil, mas que tem aumentado gradativamente no nosso país.

O Ministério da Saúde, a partir da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto normal, e buscando reduzir as intervenções médicas desnecessárias, como o alto índice de cesarianas que vem ocorrendo no Brasil, lançou a recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021 sobre o Programa de Parto Adequado²⁷. Diante disso, a utilização de ferramentas que evidenciem as boas práticas na assistência ao parto acaba contribuindo para realização consciente das intervenções.

Nesse sentido, a classificação de Robson objetiva avaliar, classificar as cesáreas e permitir o monitoramento para que se alcance a redução das taxas desnecessárias. Esse instrumento constitui uma ferramenta importante na obstetrícia, devido aos números elevados de partos cesáreas no Brasil e no mundo. Deste modo, a utilização dessa classificação contribui para a humanização da assistência, devido à importância das boas práticas no parto e a valorização do parto normal e da atuação da mulher durante o trabalho de parto²⁸.

Guimarães e colaboradores²⁹ avaliaram o perfil de parturiente, do parto e da sua prevalência no SUS, no período de 2000 a 2018 no Brasil. Por meio dos dados deste estudo revelou-se que as incidências de partos cesáreas estavam associadas às condições socioeconômicas e ao direito de escolha da mulher, podendo então ser um reflexo do grau de instrução e inserção no mercado de trabalho com suas novas exigências. Além disso, foi observado que as estatísticas por tipo de procedimento (parto cesárea/ parto natural) foram muito diferentes nas diversas regiões geográficas do Brasil, dividindo o país em dois grandes

grupos, sendo eles: i) a região norte/nordeste e ii) as demais regiões. Esse achado comprova que a desigualdade social, econômica e instrucional acaba influenciando na área da saúde.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou entender o impacto da implantação da Rede Cegonha no Brasil e na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha, MG, sobre a mortalidade materna e sobre a realização de partos cesárea, demonstrando a efetividade das ações direcionadas a partir da implantação dessa Rede. Entretanto, é importante que se faça o monitoramento para que se amplie esses resultados, reduzindo de forma mais expressiva os números de procedimentos invasivos desnecessários, preservando a saúde materno-infantil e melhorando os indicadores de saúde do país.

Desta forma, faz-se necessário intensificar as práticas humanizadas na assistência ao parto para integralidade do cuidado, conforme mostram as evidências científicas para redução da mortalidade materna. Para isso, o estímulo e o reconhecimento dessas medidas e práticas humanizadas tornam-se extremamente relevantes para que a escolha possa partir da própria mulher, de forma consciente e esclarecida, buscando o atendimento às suas necessidades e individualidade. Por esse motivo, é importante que os profissionais de saúde sejam mais claros quando realizam as indicações e prestam esclarecimentos às mulheres sobre as vias de parto, sobre os tipos de métodos não farmacológico de alívio da dor, quando e como utilizá-los, cuidando para que tais informações e orientações possam ser iniciadas ainda no pré-natal e continuem durante todo o trabalho de parto.

Ainda estamos no caminho para redução da mortalidade materna e do número de partos cesárea. Entretanto, os passos iniciais já foram dados com o investimento em políticas públicas que favorecem a qualificação na assistência dos profissionais de saúde, investimentos em melhorias estruturais e de ferramentas de trabalho para os gestores. Reitera-se que, para que ocorra a concretização dessas ações e efetividade do processo, é necessária a articulação em rede entre a atenção básica, especializada e demais segmentos da sociedade, a fim de proteger e fazer cumprir as leis e diretrizes que respaldam as boas práticas ao nascimento.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente pelo suporte que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho e à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pela bolsa concedida à primeira autora.

REFERÊNCIAS

1. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev. Bras Enferm* [periódico na internet]. 2018 Out-Dez [acesso em 21 Out 2021]; 71(supl1): [cerca de 7 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/j7FSm5XkPvfcRHZQtMjJ8SK/?lang=pt&format=pdf>
2. Frutuoso LALM, Barros CCP, Silva ÉMA, Sette GCS, Lima APE. Mortalidade materna em Pernambuco: delineando o perfil epidemiológico (2009-2013). *Enfermagem Brasil* [periódico na internet]. 2019 Out-Jun [acesso em 25 Out 2021];18(4): [cerca de 8 p.]. Disponível em:
<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2574/pdf>
3. Nações Unidas Brasil. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil [online]. 2021 [acesso em 23 Out 2021]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/aumento-de-cesarea-esta-associado-a-maior-taxa-de-mortalidade-materna/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Dias AD, Cury GC, Júnior ACP. Estudo sobre a mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais* [periódico na internet]. 2016 Out-Mar [acesso em 23 Out 2021]; 26:e-1778: [cerca de 7 p.]. Disponível em:
<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2058>
6. Secretária de Estado da Saúde do Paraná (SESA). *20 anos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna*. Curitiba: Caderno de Resultados do Comitês; 2009.
7. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [online]. 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 27 ago.
8. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: *World Health Organization*; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf
9. Alves AG, Martins CA, Silva FL, Alexandre MSA, Correa CIN, Tobias GC. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2017 Fev [acesso em 02 Nov

- 2021]; 11(2): [cerca de 12 p.]. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11989/14552>
10. Pasche DF, Silva LBRAA, Matão MEL, Soares DB, Caramachi APC. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2021 Mar [acesso em 10 Nov 2021]; 26(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/f3jbqhFD7gztHGQGzbr37tM/?lang=pt>
11. Diniz JAPM. A assustadora taxa de cesáreas no Brasil [online]. 2021 [acesso em 23 Out 2021]. *PEBMED*. Disponível em: <https://pebmed.com.br/a-assustadora-taxa-de-cesareas-no-brasil/>
12. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Declaração da ONU sobre Taxas de Cesáreas [online]. 2015 [acesso em 23 Out 2021]. Disponível em:
<https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>
13. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades* [online]. Brasília: OPAS; 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>
14. Betran AP, Jiangfeng YE, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* [periódico na internet]. 2021 out-dez [acesso em 15 Nov 2021]; 6:e005671: [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>
15. Souza FMLC, Santos WN, Santos RSC, Rodrigues OB, Santiago JCD, Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enferm Foco* [periódico na internet]. 2019 [acesso em 20 Nov 2021]; 10(2): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180>
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc* [periódico na internet]. 2008 Jun [acesso em 27 Nov 2021]; 17(2): [cerca de 13 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwfpBRd88Bcd6bzsTp/abstract/?lang=pt>
18. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Cienc. Cult* [periódico na internet]. 2019 Jan-Mar [acesso em 28 Nov 2021]; 71(1): [cerca de 7 p.]. Disponível em:
http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252019000100011
19. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)*. Washington: OPAS, 2017.
20. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Plano de Ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018–2030* [online]. Washington: OPAS, 2018.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. *Diário Oficial da União*, 2008; 06 jun.
22. Oliveira JC, Santos RF, Paes ME, Vieira EAR, Araújo VFM, Evangelista HAA, Santos RC, Barbosa PF. Impactos da Rede Cegonha na mortalidade neonatais em gestação de alto risco. *Revista de Patologia do Tocantins* [periódico na internet]. 2020 Jul [acesso em 28 Nov 2021]; 7(2): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/8060>
23. Silva, ZM. Aumento de cesárea está associado à maior taxa de mortalidade materna. 2018. [acesso em 06 dez 2021]. Disponível em: <https://pubmed.com.br/aumento-de-cesarea-esta-associado-a-maior-taxa-de-mortalidade-materna/>
24. Oliveira PCP, Simioni RL. Autonomia, liberdade e dependência da mulher: a política reducionista de cesarianas desnecessárias no Brasil e o biodireito. *JURIS* [periódico na internet]. 2018 [acesso em 02 Nov 2021]; 28(1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/juris/article/view/7811/5331>
25. Silva ACL, Félix HCR, Ferreira MBG, Wysocki AD, Contim D, Ruiz MT. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na internet]. 2017 Nov-Jun [acesso em 10 Nov 2021] 19: [cerca de 11 p.]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/912222/a34.pdf>
26. Silva LBRAA, Tuesta AA, Massari MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRT, Minoia NP. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2021 Mar [acesso em 02 Nov 2021]; 26(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjZVSFLg47T3vgFwYy6Mh3q/?lang=pt>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021. Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado. *Conselho Nacional de Saúde* 2021; 10 maio.
28. Cananéa BA, Mesquita GN, Coutinho LC, Ribeiro LHS, Meirelles LX. Utilização da Classificação de Robson na redução da taxa de cesárea. *Braz. J. of Develop* [periódico na internet]. 2020 Out-Nov [acesso em 02 Nov 2021]; 6(11): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20004/16029>
29. Guimarães NM, Freitas VCS, Senzi CG, Gil GT, Lima LDSC, Frias DFR. Partos no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. *Brazilian Journal of Development* [periódico na internet]. 2021 Jan-Fev [acesso em 11 Nov 2021]; 7(2): [cerca de 17 p.]. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24110>

23/02/2022 10:04

ScholarOne Manuscripts



Ciência & Saúde Coletiva

[Home](#)[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2022-0322

Title

Desenvolvimento de práticas humanizadas em uma instituição de referência à gestação de alto risco em Minas Gerais

Authors

Monteiro, Aline

Cruz, Cleia

Silva, Evanildo

Oliveira, Leida

Date Submitted

23-Feb-2022

[Author Dashboard](#)

ARTIGO 4 - PROMOVENDO ESCUTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E USUÁRIAS EM BUSCA DE MELHORIAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

PROMOTING LISTENING TO HEALTH PROFESSIONALS, MANAGERS AND USERS
IN SEARCH OF IMPROVEMENTS IN OBSTETRIC CARE

RESUMO

O presente estudo buscou investigar eixos comuns das sugestões providas por Profissionais da Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e de seu hospital de referência. Tratou-se de uma pesquisa diagnóstica de caráter exploratório, quantitativa-qualitativa, com análise bibliográfica e de campo, contando também com um questionário semi-estruturado. Os resultados mostraram que as principais sugestões das três categorias abordadas foram i) necessidade de ampliação da articulação entre os profissionais do hospital e da Casa com a Atenção Primária e a sociedade, ii) implementação de medidas para maior humanização do cuidado, e iii) melhoria da estrutura física e quadro de funcionários destes. Houve uma tendência de correlação entre as sugestões de Gestores e Gestantes/Puérperas em relação aos quatro eixos comuns, diferente do grupo Profissionais de Saúde, além de evidenciar abstenção importante.

Palavras-chave: Rede Cegonha; Saúde da Mulher; Parto; Integralidade em Saúde; Gravidez de Alto Risco.

ABSTRACT

The present study sought to investigate common axes of the suggestions provided by Health Professionals, Managers, Pregnant Women and Puerperal Women of a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera and its referral hospital. It was an exploratory, quantitative-qualitative diagnostic research, with bibliographic and field analysis, also counting on a semi-structured questionnaire. The results showed that the main suggestions of the three categories addressed were i) the need to expand the articulation between hospital and Home professionals with Primary Care and society, ii) implementation of measures for greater humanization of care, and iii) improvement of their physical structure and staff. There was a tendency of correlation between the suggestions of Managers and Pregnant Women/Puerperal Women in relation to the four

common axes, different from the group of Health Professionals, in addition to evidencing important abstention.

Keywords: Rede Cegonha. Women's Health. Parturition; Integrality in Health. High Risk Pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da evolução histórica do parto, ocorreram mudanças expressivas em todo o seu contexto que acabaram distanciando a prática do processo espontâneo. Sendo perceptíveis as mudanças no tipo de ambientes, o parto que ocorria no domicílio passou a ser realizado com intervenções hospitalares, muitas vezes desnecessárias, além disso a assistência prestada pelas parteiras foi sendo substituída pela de outros profissionais que tinham aparato instrumental e medicamentoso¹. Nesse contexto, buscando a redução da morbimortalidade materna, dentre outros objetivos, a Rede Cegonha foi implementada, buscando restabelecer as medidas de cuidado para aprimorar a qualidade da assistência². Entretanto, segundo Barboza e Junior³, ainda há obstáculos relacionados à autonomia da mulher e de seus familiares no momento do nascimento a serem enfrentados pelas instituições e profissionais de saúde.

Nessa lógica, tornar a mulher o principal sujeito no trabalho de parto facilita a utilização de técnicas não invasivas que favorecem a sua ocorrência. Diante dessas necessidades, as gestantes necessitam de ambientes receptivos, privacidade e orientações. Por isto, a partir de 2009, as salas de parto vêm sendo substituídas pelas suítes Pré-parto, Parto e Pós-parto – PPP, proporcionando um local apropriado para que as gestantes sejam assistidas⁴. Desse modo, a assistência ao parto e nascimento foi aprimorando-se com as políticas públicas para o desenvolvimento de uma assistência que correspondesse às características de cada mulher. Algo importante nesse processo foi o reconhecimento e retorno de práticas que valorizam a individualidade da gestante e da sua participação ativa no trabalho de parto.

Frente à atual situação pandêmica no país, Souza *et al.*⁵ refletem sobre os direitos humanos das mulheres no parto realizado em período da pandemia de Covid-19. O intuito foi despertar uma atenção maior de todos os órgãos comprometidos com a garantia dos direitos das mulheres para manter a rede de cuidados eficaz e com todos os serviços disponíveis. Esse apelo foi por entenderem que a crise causada pela pandemia poderia afetar a qualidade da atenção, contribuir para o aumento das taxas de cesáreas sem indicação clínica, crescimento da violência de gênero, obstétrica e institucional.

Diante disso, Pereira e Colaboradores⁶ (2018) confirmam a importância da assistência humanizada para garantir os direitos à mulher e ao recém-nascido. Além de, reforçar a necessidade de mudanças desde a formação educacional até as ações que beneficiem a assistência integral por parte dos profissionais. Esses autores afirmam que:

Considerando a existência de evidências científicas que comprovam cada vez mais os benefícios de uma assistência humanizada, é fundamental que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher de maneira integral. Assim, se faz necessário a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais, que vise uma assistência multidisciplinar, com enfoque ao trabalho em equipe, que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto desde o pré-natal; além da efetiva incorporação do modelo humanizado de atenção como diretriz e filosofia institucional buscando respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos (PEREIRA *et al.* 2018, p. 06)⁶.

Desta forma, objetivou-se neste trabalho colher as sugestões de melhoria a partir das respostas de Profissionais da Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e seu hospital de referência, ambos localizados em uma cidade do interior de Minas Gerais, investigando possíveis eixos comuns nestas sugestões.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa realizada no período de março a setembro de 2021, de caráter exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Foi realizada com profissionais da saúde (enfermeiros[n=09] e técnicos de enfermagem[n=28], n total=37, representando 100% do total de profissionais atuantes no serviço abordado), gestores (n=04, representando 80% do total de gestores atuantes no serviço abordado) e usuárias (n=34, representando 19% do total de usuárias do serviço no período analisado) de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e seu hospital de referência, ambos localizados em um município do interior de Minas Gerais. Justifica-se o baixo percentual de gestantes/puérperas participantes no estudo em virtude do fato da coleta de dados ter ocorrido no período pandêmico da Covid-19, quando ainda não se tinha vacina, tratamento e nem conhecimentos concretos em relação aos indicadores de agravamento da doença. O medo e a preocupação com a própria saúde e também com a saúde do filho impediram que muitas mulheres aceitassem participar do estudo.

Foram incluídos como possíveis participantes na pesquisa todos os profissionais de saúde e gestores que estavam trabalhando diretamente na/com a CGBP, de ambos os sexos, maiores de dezoito anos e sem restrições quanto ao tempo de atuação profissional. Já com

relação às puérperas e gestantes, foram convidadas a participar todas aquelas que estavam presentes na CGBP nos momentos em que foram realizadas as coletas de dados, sem distinção de gênero, maiores de idade e com funções cognitivas preservadas. Para ser incluído como participante da pesquisa, cada sujeito precisou formalizar, espontaneamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas as pessoas que não demonstraram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa, os menores de idade, os sujeitos que apresentaram comprometimento das funções cognitivas, bem como aqueles que não formalizaram, de modo voluntário, o interesse pela participação por meio da assinatura do TCLE.

Os participantes da pesquisa foram identificados por meio de códigos padronizados numerados sequencialmente, favorecendo a análise dos dados e garantindo o anonimato.

Solicitou-se aos três grupos de participantes (Profissionais de Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas) que dessem sugestões quanto a possíveis mudanças que poderiam gerar melhoria do funcionamento da CGBP e do hospital de referência, de forma a contribuir para otimizar o atendimento à população.

Após a coleta de dados, foi realizado o levantamento bibliográfico na área materna e infantil, voltada para as práticas humanizadas na assistência a gestantes e puérperas e aos serviços prestados pelo hospital de referência, avaliando a análise do conteúdo expresso nas respostas dos três grupos envolvidos no cuidado⁷.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob Parecer nº 4.236.152, tendo seguido as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As sugestões foram analisadas em busca de palavras-chave e eixos comuns. Assim, apesar do alto índice de abstenções, identificou-se quatro eixos principais, que são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Eixos comuns identificados nas sugestões dadas pelos Profissionais de Saúde (n=11; 29,7%), Gestores (n=3; 75,0%) e Gestantes/Puérperas (n=10; 29,4%) para melhoria do funcionamento e assistência à saúde na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e hospital de referência

Eixos identificados	Aspectos sugeridos
Articulação entre os profissionais, unidade básica e sociedade	maior comunicação entre unidade básica e a instituição; integração com a sociedade; divulgação das ações.
Cuidado humanizado	fortalecer o contato do banco de leite da instituição com a atenção primária; promoção de ações de educação em saúde para a população.
Estrutura física	locomoção para a Rede Cegonha; leito e quarto de Parto, Pré-parto e Pós-parto – PPP, prontuário eletrônico; construção de UTI adulto.
Funcionário	treinamento; capacitação; contratação de enfermeiro para alojamento conjunto, de médico obstetra e outras especialidades.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A análise do conteúdo das sugestões dadas pelas três categorias participantes, com foco na melhoria da qualidade do serviço prestado pela CGBP e hospital de referência permitiu, como demonstrado no Quadro 1, a identificação dos seguintes eixos: i) necessidade de ampliação da articulação entre os profissionais em atuação no hospital e CGBP com a Atenção Primária à Saúde e com a sociedade, ii) implementação de medidas para maior humanização do cuidado, além de iii) melhoria da estrutura física e quadro de funcionários da CGBP e também do hospital de referência.

A partir da categorização das sugestões emanadas dos participantes, passou-se a correlacionar tais respostas. Os resultados são apresentados na figura 1.

Figura 1 - Sugestões dos Profissionais de Saúde (n=11; (29,7%) do total de profissionais participantes), Gestores (n=3; (75,0%) do total de gestores participantes) e Gestantes/Puérperas (n=10; (29,4%) do total de gestantes/puérperas participantes) para melhoria.

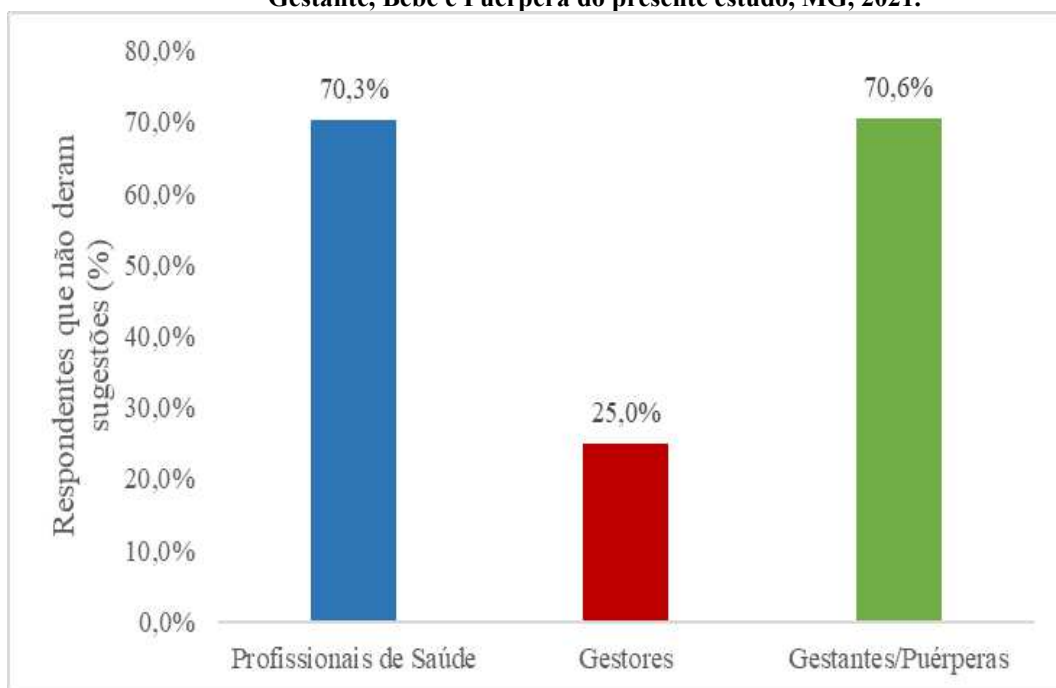


Fonte: Elaborado pela autora, 2022. *Os percentuais apresentados no gráfico são relativos ao total de respondentes em cada categoria, desconsiderando-se as respostas em branco. ** O total em cada categoria ultrapassa 100%, pois um mesmo participante poderia dar mais de uma sugestão.

Observando a figura 1 pode-se perceber uma tendência de correlação entre as sugestões de Gestores e Gestantes/Puérperas nos quatro eixos comuns identificados, distanciando-se ambos das sugestões providas pelos Profissionais de Saúde. Uma sugestão importante foi dada pelo grupo de Profissionais da Saúde participantes do estudo ao relatarem a importância de se promover articulação com a Atenção Primária à Saúde, bem como com a sociedade. O cuidado integral, coordenado e eficiente requer uma boa articulação entre todos os atores envolvidos, de modo que a detecção precoce de marcadores que podem levar ao agravamento de determinados quadros, poderia levar ao rápido encaminhamento, garantindo assistência precoce nos diversos e adequados níveis de atenção. Hartz e Contandriopoulos⁸ argumentam sobre a importância de se integrar os serviços de saúde através das redes assistenciais, levando-se em consideração a interdependência dos diversos atores e organizações, uma vez que estas não dispõem, de modo isolado, dos recursos e competências necessários para a resolução dos diversos problemas de saúde de uma população. Chamam atenção ainda para a necessidade de desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios, implementando gestão eficiente e responsável dos recursos, de modo a atender as necessidades de saúde individuais local e regionalmente.

Como citado anteriormente, o absenteísmo foi muito expressivo neste estudo. A figura 2 apresenta os participantes de cada uma das categorias que se furtaram a prover sugestões para melhoria do funcionamento e assistência à saúde na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e hospital de referência.

Figura 2 - Participantes (Profissionais de Saúde [n=26], Gestores [n=1] e Gestantes/Puérperas [n=24]) que não deram sugestões para melhoria do funcionamento e assistência à saúde na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do presente estudo, MG, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A princípio, vale a pena destacar o alto e preocupante índice de abstenção quando o assunto foi sugerir mudanças para melhoria do funcionamento de estruturas importantes para todos os três grupos de participantes. A análise da Figura 2 permite-nos perceber que essa abstenção foi especialmente grave entre os Profissionais de Saúde (70,3%) e Gestantes/Puérperas (70,6%). Por si só, este resultado já levanta a necessidade de uma reflexão. Estariam estes profissionais de saúde, gestantes e puérperas satisfeitos com o *status quo*, ou estariam em uma situação de pouco envolvimento com as instituições ou descrentes de que suas sugestões poderiam gerar alguma alteração na situação atual? Cabe um aprofundamento dos estudos em relação a esta questão, bem como a realização de um trabalho com tais categorias, buscando as melhorias necessárias, bem como um maior engajamento de todos com a CGBP e hospital de referência analisados.

4 CONCLUSÕES

Apesar da singularidade que cada grupo traz como sugestão é interessante perceber que é importante essa interação para busca de melhorias na assistência, respeitando todos os envolvidos no cuidado, na gestão e na assistência para que o atendimento possa partir do princípio da integralidade.

Deve-se questionar se a alta abstenção, principalmente entre Profissionais de Saúde e Gestantes/Puérperas, ocorreu devido à satisfação dos participantes em relação às atividades, procedimentos, estrutura e corpo funcional já existente, o que dispensaria, portanto, a necessidade de prover sugestões, ou se isso seria devido à fragmentação da equipe e pouco envolvimento dos usuários. O fato é que os índices de abstenção são alarmantes e merecem atenção.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente pelo suporte que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho e à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pela bolsa concedida à primeira autora.

REFERÊNCIAS

1. Vendruscolo CT, Krueel CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia* [periódico da Internet]. 2015 [acessado em 12 Fev 2022]; 16(1): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>
2. 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 União* 2011; 27 ago.
3. Barboza HHG, Junior VAA. (Des)Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. *Revista de Ciências Jurídicas* [periódico da internet]. 2017 Jan-Abr [acesso em 21 Fev 2022]; 22(1): [cerca de 32 p.]. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/5409>
4. Souza FMLC, Santos WN, Santos RSC, Rodrigues OB, Santiago JCD, Silva RAR. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enferm. Foco* [periódico da Internet]. 2019 [acessado 2022 Fev 10]; 10(2): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180>

5. Souza KV, Schneck S, Pena ED, Duarte ED, Alves VH. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogit. Enferm.* [periódico da Internet]. 2020 [acessado 2022 Fev 18]; 25: [cerca de 7 p.]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148/pdf>
6. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde colet* [periódico da Internet]. 2018 Nov. [acessado 2022 Fev 10]; 23(11): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqbKLF75JphwHJqRdhCd/?lang=pt>
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
8. Hartz ZMA, Contandriopoulos André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública* [periódico da Internet]. 2004 Ago. [acessado 2022 Fev 10]; 20(supl. 2): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2004.v20suppl2/S331-S336/pt>

**ARTIGO 5 - UMA ANÁLISE QUANTO AO CONHECIMENTO DE
PROFISSIONAIS, GESTORTES E USUÁRIOS SOBRE OS CRITÉRIOS DE
UTILIZAÇÃO DE UMA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA DO
INTERIOR DE MINAS GERAIS**

THE ANALYSIS OF PROFESSIONALS, MANAGERS AND USERS KNOWLEDGE ON
THE CRITERIA FOR USING A “CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA”
LOCATED AT MINAS GERAIS.

RESUMO

A gestação é um processo que traz muitas mudanças para o corpo e mente das futuras mães. Os impactos são ainda maiores quando se trata de uma gestação de alto risco, o que aumenta os níveis de ansiedade, medo, desconforto durante o processo. Minimizar esses sentimentos contribui para a promoção da saúde da gestante. Portanto, o bom conhecimento de todos os envolvidos no processo em relação ao funcionamento e aos critérios de uso dos serviços prestados pode contribuir para minimizar essa ansiedade, promover maior transparência ao uso das estruturas e aumentar as chances de acesso das mulheres que realmente necessitam do serviço prestado. Esse trabalho avaliou o nível de conhecimento de profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem), gestores e usuárias (gestantes e puérperas) de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera do interior de Minas Gerais, e seu hospital de referência, quanto ao tipo de serviço prestado e critérios de uso da Casa. Conclui-se pela necessidade de melhorar o conhecimento de todos os envolvidos para minimizar os impactos sobre a saúde mental das usuárias e promover maior transparência ao processo.

Palavras-Chave: Gestação de alto risco. Integralidade em Saúde. Acesso público a informações.

ABSTRACT

Pregnancy is a process that brings many changes to the body and mind of future mothers. The impacts are even greater when it comes to a high-risk pregnancy, which increases levels of anxiety, fear, discomfort during the process. Minimizing these feelings contributes to promoting the health of pregnant women. Therefore, the good knowledge of all those involved in the process in relation to the functioning and the criteria for using the services provided can help to minimize this anxiety, promote greater transparency in the use of structures and increase

the chances of access for women who really need the service. This study evaluated the level of knowledge of health professionals (nurses and nursing technicians), managers and users (pregnant women and postpartum women) of a Pregnant, Baby and Postpartum Women's Home in the interior of Minas Gerais, and its reference hospital, regarding the type of service provided and criteria for using. It is concluded that there is a need to improve the knowledge of all those involved in order to minimize the impacts on the mental health of users and promote greater transparency in the process.

Keywords: Pregnancy, High-Risk. Integrality in Health. Access to Information

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN foi estabelecido no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000), visando a realização de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Posteriormente, em 2009, foi instituído o “Pacto pela Saúde” que trouxe prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento, sendo uma das prioridades a redução da mortalidade materna e infantil, cabendo ao município a responsabilidade de propor metas de vigilância em saúde dentro da realidade local, conforme a pactuação estabelecida entre as três esferas de governo (BRASIL, 2009).

Com o objetivo de formar uma rede de cuidados, garantindo os direitos da mulher ao planejamento reprodutivo, ao nascimento seguro, à atenção humanizada e ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança foi constituída, em 2011, a Rede Cegonha, que passou a contribuir com a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e assistência à criança (BRASIL, 2011). Apesar da dificuldade de algumas regiões em relação à adesão à Rede Cegonha, a sua criação foi significativa para melhoria da saúde materno-infantil.

Buscando oferecer um local adequado para as gestantes e puérperas de alto risco ou com outras condições especiais que necessitem estarem próximas ao hospital sem a necessidade de internação, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013, que estabelece as diretrizes e critérios organizacionais para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, além dos requisitos para vinculação da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP, conforme a Rede Cegonha (BRASIL, 2013a).

A CGBP foi criada para propiciar o cuidado peri-hospitalar, acolhendo, orientando, cuidando e acompanhando as:

1. Gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que necessitam de atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar;
2. Gestantes, puérperas e recém-nascidos que, em virtude do tipo de agravo apresentado e pela distância do local de residência não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta;
3. Puérpera com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê.

As CGBPs são unidades de cuidado peri-hospitalar, então vinculadas a um estabelecimento de referência para a atenção à gestação de alto risco.

Compreendendo que o período da gestação traz mudanças fisiológicas, psicológicas e físicas para a mulher, bem como que algumas complicações podem ocorrer nesse processo, torna-se necessário adotar medidas para garantia de cuidados mais próximos tanto para a mulher quanto para o bebê. Além disso, Rodrigues e colaboradores (2019) relatam sobre a importância de se trabalhar os sentimentos de pertencimento e segurança com a disponibilidade de um ambiente acolhedor. Posto isso, o objetivo desse trabalho foi analisar o conhecimento de profissionais da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em relação ao tipo de serviço prestado pelo hospital de referência de uma CGBP do interior de Minas Gerais, bem como o nível de conhecimento destes profissionais, dos gestores e das usuárias (gestantes e puérperas), em relação aos critérios adotados para utilização da Casa.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa realizada no período de março a setembro de 2021, de caráter exploratório, abordagem quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o parecer nº 4.236.152. Foi realizada com profissionais da saúde (enfermeiros[n=09] e técnicos de enfermagem[n=28], n total=37, representando 100% do total de profissionais atuantes no serviço abordado), gestores (n=04, representando 80% do total de gestores atuantes no serviço abordado) e usuárias (n=34, representando 19% do total de usuárias do serviço no período analisado) de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e seu hospital de

referência, ambos localizados em um município do interior de Minas Gerais. Justifica-se o baixo percentual de gestantes/puérperas participantes no estudo em virtude do fato da coleta de dados ter ocorrido no período pandêmico da Covid-19, quando ainda não se tinha vacina, tratamento e nem conhecimentos concretos em relação aos indicadores de agravamento da doença. O medo e a preocupação com a própria saúde e também com a saúde do filho impediram que muitas mulheres aceitassem participar do estudo.

Para a coleta de dados, foram desenvolvidos questionários, semiestruturados, elaborados de forma a permitir a triangulação para comparação entre os três grupos pesquisados. Estes questionários foram aplicados aos participantes, em documento físico, sendo todos os respondentes identificados por meio de códigos padronizados numerados sequencialmente, favorecendo a análise dos dados e garantindo o anonimato.

Para o processo de análise dos dados, realizou-se comparações intragrupos, o que consistiu em analisar as respostas dos participantes dentro de uma mesma categoria, e entre grupos, utilizando-se do fator resposta como variável em ambos os casos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O bom funcionamento de qualquer instituição, de saúde ou não, perpassa pelo conhecimento e envolvimento de seus trabalhadores, gestores e usuários, de modo que, quanto maior o conhecimento e engajamento com a instituição, maior o senso de pertencimento e comprometimento com a preservação e melhoria do serviço e da própria instituição. Além disso, esse conhecimento favorece a utilização dos serviços por aqueles que realmente deles necessitam, além de contribuir para a redução da ansiedade dos usuários e maior transparência quanto à utilização. Para compreender o nível de conhecimento de trabalhadores, gestores e usuárias em relação a uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP localizada em um município do interior de Minas Gerais, bem como ao seu hospital de referência, foi desenvolvido o presente trabalho.

Inicialmente, buscou-se averiguar o nível de compreensão dos profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem) sobre o tipo de assistência executada na atenção obstétrica do hospital de referência da CGBP, que atende dezenas de municípios do interior de Minas Gerais. Participaram desta etapa da pesquisa, 37 profissionais da saúde, dentre enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes nos setores analisados. A escolha por essa pergunta deveu-se ao fato de que deveria ser algo de conhecimento de todos os profissionais, algo da rotina do serviço.

Em relação ao questionamento sobre “qual é a modalidade de assistência prestada pelo serviço de atenção obstétrica e neonatal” foram criadas duas categorias para agrupamento das respostas. Categoria 1) resposta correta [seria categorizado como resposta correta “parto normal com distocia e cirurgia” e “parto normal sem distocia”]; Categoria 2) resposta não esperada [seriam aqui categorizadas as respostas “não sei responder” ou outras diferentes daquelas incluídas na categoria 1, uma vez que todos os profissionais participantes atuam no hospital de referência, sendo esta uma questão inerente à rotina do trabalho]. Os resultados mostraram que 61,11% dos participantes deram a resposta esperada (sendo todas “parto normal com distocia e cirurgia”, ninguém marcou a opção “parto normal sem distocia”), enquanto que 38,89% dos participantes deram respostas categorizadas como “resposta não esperada” (ou seja, não souberam responder).

Os resultados mostram um bom índice de conhecimento dos participantes em relação ao tipo de serviço prestado, embora ainda haja a necessidade de se trabalhar com a equipe para aprofundar os conhecimentos sobre a rotina do trabalho. Segundo Wilhelm (2015), o profissional de saúde tem papel fundamental na assistência pré-natal, devendo prover a gestante de todo o suporte necessário. Então, o conhecimento de todos os envolvidos sobre o tipo de serviço prestado é um primeiro passo para que os profissionais possam prover as usuárias das informações necessárias.

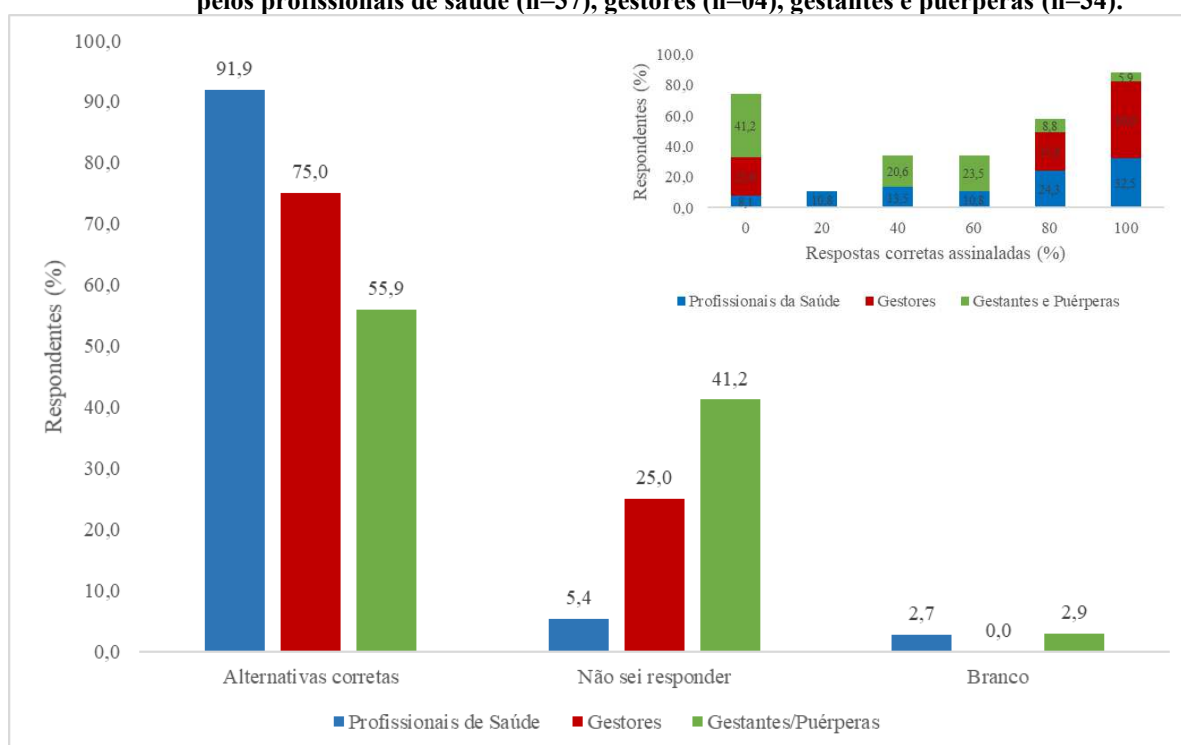
Para um aprofundamento na questão, buscou-se ainda analisar o conhecimento dos profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem), Gestores, Gestantes e Puérperas sobre os critérios adotados pela Instituição para a utilização da CGBP. Para tanto, questionou-se os participantes sobre quais eram os critérios utilizados para inclusão de mulheres e recém-nascidos na CGBP. Esta era uma questão objetiva que possibilitava a marcação de múltiplas alternativas, além de apresentar um campo aberto para que o participante inserisse outras respostas. As opções disponíveis para marcação eram:

- a) Gestantes em situação de risco social ou de carência financeira e que necessitem de atenção diária à sua saúde;
- b) Gestantes com dificuldade de deslocamento (seja por questões físicas ou financeiras) e que precisem de acompanhamento frequente de sua saúde;
- c) Recém-nascido, clinicamente estável em recuperação nutricional;
- d) Mulheres pós-parto que necessitem de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em hospital;

- e) Mulheres pós-parto que estejam com o recém-nascido internado e tenham dificuldade de deslocamento (seja essa dificuldade de locomoção por questões físicas ou financeiras);
- f) Não sei responder.

Eram corretas as cinco primeiras opções. A Figura 1 apresenta os resultados encontrados.

Figura 1 - Conhecimento acerca dos critérios para utilização da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP de um município do interior de Minas Gerais, de acordo com informações prestadas pelos profissionais de saúde (n=37), gestores (n=04), gestantes e puérperas (n=34).



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Como as cinco primeiras alternativas disponibilizadas eram realmente critérios utilizados para a uso da CGBP, foram considerados como respondendo corretamente todos os participantes que assinalaram pelo menos uma destas alternativas corretas, de modo que a análise da figura 1 demonstra alto índice de conhecimento acerca dos critérios para uso da CGBP, tanto pelos profissionais (91,9%), pelos gestores (75,0%), quanto pelas usuárias (55,9%) participantes do estudo. Entretanto, ao se analisar o índice de participantes que acertaram todos os critérios (inseto da figura 1), percebe-se alto índice de desconhecimento, já que apenas 32,5% dos profissionais da saúde, 50,0% dos gestores e 5,9% das usuárias marcaram todos os critérios corretos para uso da CGBP. As respostas em branco ou as respostas como

“Não sei responder” foram consideradas, para construção do gráfico apresentado no inserto, como zero acertos.

Com estas análises, buscava-se compreender se os três grupos de participantes (Profissionais de Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas) estavam esclarecidos sobre os critérios básicos para a utilização da CGBP, de modo que pudessem contribuir, inclusive, com a divulgação e propagação de orientações sobre esse ambiente, ajudando outras mulheres que dele necessitassem. De acordo com Maldonado (1992), a gravidez configura-se como um período de crise, quando conflitos de decisões e de crescimento emocional, determinantes do estado de saúde ou de doença mental da mulher e da família afligem a nova mãe. De forma complementar, Pio e Capel (2015) afirmam que a hospitalização configura-se como um fator estressante na gestação, em virtude de várias situações. Relatam que muitas dúvidas surgem nesse processo, já que as gestantes possuem grande interesse em conhecer sobre o seu estado. Porém, esses autores afirmam que, muitas vezes, tais questionamentos não são valorizados, de modo que o nível de ansiedade das gestantes aumenta, podendo contribuir para o agravamento da sua situação de saúde. Além disso, é comum, segundo Dalcumene *et al.* (2021), que as gestantes de alto risco demonstrem alta prevalência do medo, dentre vários outros, o que reflete “o forte impacto emocional da internação hospitalar advindo da vivência do inesperado ou não desejado”. Segundo os autores, a dúvida, a incerteza, o medo, geram inquietude frente ao possível perigo iminente, podendo contribuir para a ocorrência de alterações psíquicas nas gestantes de alto risco. Então, é muito importante que toda a equipe profissional e gestora envolvida no cuidado e atenção à gestante, especialmente naquela de alto risco que é o público-alvo das CGBP, esteja preparada para munir as usuárias de informações claras e assertivas quanto ao uso da Casa e também sobre o funcionamento da instituição hospitalar de referência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo da gestação, por si só, é desafiador, pois traz inúmeras mudanças físicas e psíquicas na mãe, o que é agravado pela situação de alto risco à saúde da gestante. Minimizar o estresse, a ansiedade e o medo é fundamental para que se tenha melhores resultados no cuidado. Entretanto, o trabalho realizado demonstrou a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais sobre o funcionamento do serviço, bem como um baixo nível de conhecimento acerca dos critérios para uso da CGBP analisada, tanto pelos profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem), gestores, como pelas próprias usuárias do serviço. Desta forma, fica demonstrada a necessidade de realização de ações que gerem maior

conhecimento sobre o funcionamento da CGBP analisada e do hospital de referência, que aumente o envolvimento da equipe de profissionais e gestores, além das próprias usuárias, de modo a potencializar a transparência e aumentar a procura pela Casa, contribuindo assim para o acesso de quem realmente precisa do serviço, bem como para mitigar danos psíquicos decorrentes do estresse e do medo nas usuárias.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente pelo suporte que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho e à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pela bolsa concedida à primeira autora.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 ago.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. *Diário Oficial da União* 2009; 06 nov.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 569, de 1° de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 08 jun.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2013; 31 maio.

Dalcumene RVG, Honorato AB, Campos GKP, Rodrigues AFM, Rodrigues LA. Casa da gestante, bebê e puérpera: representações sociais da assistência por usuárias do serviço. *International Journal of Development Research* [periódico da Internet]. 2021 Mar [acessado 2022 Fev 15]; 11(3): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/21264.pdf>

Maldonado MT. *Psicologia da gravidez*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Editora Saraiva; 2000.

Pio DAM, Capel MS. Os significados do cuidado na gestação. *Rev. Psicol. Saúde* [periódico da Internet]. 2015 Jan-Jun [acessado 2022 Fev 15]; 7(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a10.pdf>

Rodrigues AFM, Nunes ACVP, Santos EF, Pires ER, Vicente IG, Reis JN, Rodrigues LA, Gonzales RV. Vivência de acadêmicas e residentes de enfermagem obstétrica na Casa da Gestante: relato de experiência. In: SOMBRA ICN. *Diário de Teoria e Prática na Enfermagem*. Ponta Grossa: Atena Editora; 2019. p. 137 – 146. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/09/E-book-Diario-da-Teoria-e-Pratica-na-Enfermagem-1.pdf>.

Wilhelm LA, Alves CM, Demori CC, Silva SC, Meincke SMK, Ressel LB. Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. *Braz. J. of Nursing* [periódico da Internet]. 2015 Out [acessado 2022 Fev 15]; 14(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou entender sobre as boas práticas de cuidado realizadas na CGBP vinculada ao hospital de referência, ambos localizados em um município do interior de Minas Gerais. Por meio de uma visão ampliada, contamos com os grupos Profissionais de Saúde, Gestores, Gestantes e Puérperas que influenciam de forma direta ou indireta na oferta e recebimento do cuidado.

Ao investigar essa Casa de Saúde, nos propusemos a fazer uma triangulação de comparação entre as respostas e percebemos que o conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre as práticas no ambiente de trabalho pode possibilitar o desenvolvimento de práticas humanizadas, fazendo-se necessário conhecer, na íntegra, as atividades da competência profissional para encorajar as Gestantes e Puérperas a desenvolver as ações preconizadas pela Rede Cegonha.

Outro achado importante nesta pesquisa foi sobre a falta de rotina de analgesia para o parto normal na instituição analisada, de modo que se torna necessário discutir a questão no relatório a ser encaminhado aos gestores ao final deste trabalho, sugerindo a aplicação do recurso financeiro oriundo da Rede Cegonha para a oferta dessa opção às gestantes que desejarem esse método, mas sempre priorizando-se a orientação prévia sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor. Esse trabalho de orientação deve ser iniciado ainda durante o pré-natal e estender-se durante todo o trabalho de parto.

Quando buscamos refletir sobre as sugestões das possíveis mudanças que poderiam gerar melhorias ao Hospital e à CGBP, observou-se um grande absenteísmo nos três grupos. Mesmo assim foi possível perceber uma aproximação entre as sugestões dos Profissionais de Saúde e Gestantes/Puérperas, apesar deste último ter apresentado sugestões similares àquelas do grupo Gestores quando o assunto abordado foi “cuidado humanizado”. Posto isso, acreditamos que a interação e envolvimento entre os três grupos no processo de cuidado permitem o desenvolvimento de ações integrais.

O presente estudo permitiu, ainda, entender o impacto da implantação da Rede Cegonha (no Brasil e na Macrorregião de Saúde analisada) sobre a mortalidade materna e sobre os números de partos cesárea, demonstrando a efetividade das ações direcionadas a partir da sua implantação. Entretanto, é importante que se faça o monitoramento para que se amplie esses resultados, reduzindo de forma mais expressiva os números de procedimentos desnecessários, preservando a saúde materno-infantil e melhorando os indicadores de saúde do país.

Faz-se necessário também intensificar as práticas humanizadas na assistência ao parto para integralidade do cuidado, conforme mostram as evidências científicas para redução da mortalidade materna. Para isso, o estímulo e o reconhecimento dessas medidas e práticas humanizadas tornam-se extremamente relevantes, de modo que a escolha possa partir da própria mulher, buscando atender as suas necessidades. Por esse motivo, é importante que os profissionais de saúde sejam mais assertivos com relação ao esclarecimento das indicações de via de parto, dos tipos de métodos não farmacológicos de alívio da dor, quando e como utilizá-los e que essas informações e orientações possam se iniciar desde o pré-natal e continuar durante todo o trabalho de parto.

Ainda estamos no caminho para redução da mortalidade materna e do número de partos cesárea. Entretanto, os passos iniciais já foram dados com o investimento em políticas públicas que favorecem qualificação na assistência dos profissionais de saúde, investimentos em melhorias estruturais e de ferramentas de trabalho pelos gestores. Desta forma, para a concretização dessas ações é necessária a articulação em rede entre a atenção básica, especializada e demais segmentos da sociedade, a fim de proteger e fazer cumprir as leis e diretrizes que respaldam as boas práticas ao nascimento.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. C. de M.; COELHO, A. S. F.; SOUSA, M. C. de.; CESAR, N. F.; SILVA, P. S. da.; PACHECO, R. L. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Revista Enfermagem em Foco**. [S.l.], v. 10, n. 4, p. 54 – 60, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210/605>. Acesso em: 02 set. 2021.
- ALVES, A. G.; MARTINS, C. A.; SILVA, F. L. e.; ALEXANDRE, M. S. A.; CORREA, C. I. N.; TOBIAS, G. C. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 2, p. 691 – 702, fev. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11989/14552>. Acesso em: 22 out. 2021.
- AMORIM, T.; AGUIAR, L. A. de A.; PEREIRA, M. de A. C.; MARCATTO, J. de O.; BORGONOVE, K. C. A. Critérios para escolha do acompanhante durante o trabalho de parto. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 34, p. 1 - 9, out. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36833/23093>. Acesso em: 03 set. 2021.
- ARAÚJO, A. da S. C.; CORREIA, A. de M.; RODRIGUES, D. P.; LIMA, L. M.; GOLÇALVES, S. de S.; VIANA, A. P. da S. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 4, p. 1091 – 1096, abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230120>. Acesso em: 08 set. 2021.
- BERNARDI, I.; LIMA, M. J. R. Primeira infância: A nova agenda governamental. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. [S.l.], v. 5, n. 9, p. 155-172, set. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/primeira-infancia>. Acesso em: 04 set. 2021.
- BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. B.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**. v. 6, n. 6, p. 1 – 8, 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.
- BODRA, M. E. F. do A.; DALLARI, S. G. A saúde e a iniciativa privada na constituição federal de 1988: Princípios jurídicos. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 240 – 260, nov./fev. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180250/167079>. Acesso em: 22 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021. Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 10 maio. 2021a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2021/Reco011.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres. **gov.br**. Brasília, 03 fev. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/secretaria-nacional-de-politicas-para-mulheres>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL, G.; NEVES, D. C.; MACIEL, D. M. V. L.; FIGUEREDO, R. C. Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher? **Scire Salutis**. Aracaju, v. 8, n. 2, p. 9 – 23, ago. 2018a. Disponível em: <https://sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0002>. Acesso em: 05 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 180 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Resumo executivo Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 84 p. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/resumo-executivo-saude-brasil-2014-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-das-causas-externas.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 188 p. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/atencao-basica/saude-da-mulher/protocolos-2/>. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015c. Seção 1, p. 37. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. O Brasil e os ODM. **Portal ODM**. 2014b. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 10 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede

Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 maio 2013a. Seção 1. p. 72. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 02 jul. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 19 p.

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 União**, Brasília, DF, 27 ago. 2011. Seção 1. p. 109. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1. p. 88. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 1. reimpressão. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 104 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 17 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 2009c. Seção I, p. 58 – 60. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html. Acesso em: 03 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 96 p. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/obito-infantil-e-fetal-manual-de-vigilancia-e-do-comite-de-mortalidade-infantil-e-fetal/?wpdmdl=998>. Acesso em: 26 out. 2021.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as

Mulheres, 2008a. 236 p. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jun. 2008b. Seção I, p. 48-50. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 24 out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 abr. 2005. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 03 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jun. 2004. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000. Seção 1, p. 4. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 03 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set. 1993. Seção 1, p. 13.066. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 out. 2021.
- BUSS, P. M.; UNGERER, R. Saúde da mulher, da criança e do adolescente no contexto da Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2030. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 53, p. 11 – 24, jan. 2016. Disponível em:
http://www.ebbs.iff.fiocruz.br/ebbs/pdf/revista_divulgacao_53.pdf. Acesso em: 04 set. 2021.
- CAMINHA, M. de F. C.; SILVA, S. L. da; LIMA, M. de C.; AZEVEDO, P. T. A. C. C. de; FIGUEIRA, M. C. dos S.; FILHO, M. B. Vigilância do desenvolvimento infantil: Análise da situação brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 102 – 109, jan./mar. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rpp/a/H7KLTvXShS9qRy3WpGwKfGL/?lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2021.
- CANANÉA, B. A.; MESQUISA, G. N. de, COUTINHO, L. C.; RIBEIRO, L. H. dos S.; MEIRELLES, L. X. De. Utilização da Classificação de Robson na redução da taxa de cesárea. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 11, p. 89043 – 89053, nov. 2020. Disponível em:
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20004/16029>. Acesso em: 14 out. 2021.
- CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. de A. B. The history of infant nutrition. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 179 – 188, maio/jun. 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jped/a/6NLxPTmyxGShHgT9mmCLRd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 32, n. 93, p. 225 – 241, maio/ago. 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ea/a/CDJYP7BRqxTCrFjdzB47WQK/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.
- COSTA, C. M. da; PIMENTEL, L. M.; MIRANDA, M. C. P. C. de; ROCHA, R. de N. de S.; MEDEIROS, T. de S. Acesso à saúde pública de qualidade para a mulher: algumas reflexões sobre a luta feminina. **Journal of Management and Primary Health Care**. Uberlândia, v. 10, supl. 1, p. 1 – 3, dez. 2019. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305007. Acesso em: 15 abr. 2021.
- CRUZ, M. J. B.; SANTOS, A. de F. dos SANTOS; ARAÚJO, L. H. L. de; ANDRADE, E. I. G. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1 – 14, out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305007. Acesso em: 15 abr. 2021.
- DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. da; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 10, n. 14, p. 1 – 14, jan. 2020. Disponível em:
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832/html>. Acesso em: 21 out. 2021.

DINIZ, J. A. P. M. A assustadora taxa de cesáreas no Brasil. **PEBMED**. [S.l.], 16 fev. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/a-assustadora-taxa-de-cesareas-no-brasil/>. Acesso em: 15 set. 2021.

FERREIRA, K. A.; MADEIRA, L. M. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1 – 6, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/viewFile/29/28>. Acesso em: 03 set. 2021.

FERREIRA, T. L. dos S.; COSTA, K. T. da S.; ANDRADE, F. B. de. Mortalidade infantil no Brasil, 2007 a 2016. **Revista o Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 273 – 282, fev. 2021. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1120/1069>. Acesso em: 26 out. 2021.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REGO, M. A. S.; MALTA, D. C.; FRANÇA, J. S.; TEIXEIRA, R.; PORTO, D.; ALMEIDA, M. F. de; SOUZA, M. de F. M. de; SZWARCOWALD, C. L.; MOONEY, M.; NEGHAVI, M.; VASCONCELOS, A. M. N. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46 – 60, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2017.v20suppl1/46-60/pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

FRUTUOSO, L. A. L. de M.; BARROS, C. C. P.; SILVA, E. M. A.; SETTE, G. C. S.; LIMA, A. P. E. MortalidadematernaemPernambuco:delineandooperfilepidemiológico(2009-2013). **Enfermagem Brasil**. Petrolina, v. 18, n. 4, p. 510 – 517, mar. 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2574/pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. 30 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança: Avanços históricos, problemas que persistem e novos desafios. São Paulo: UNICEF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/6276/file/30-anos-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.pdf>. Acesso em: 04 set. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Classificação de Robson. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, Rio de Janeiro, 5 fev. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>. Acesso em 13 nov. 2021.

GANDOLFI, F. R. R.; GOMES, M. F. P.; RETICENA, K. de O.; SANTOS, M. S.; VERZA, N. M. A. Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Cianorte, v. 27, n. 1, p. 126 – 131, jun./ago. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf. Acesso em: 13 nov. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A. 2008. 220 p.

GOMES, S. C.; BRITO, N. S.; SILVA, N. E. F.; CAVALCANTE, E. G. R.; PINTO, A. G. A.; QUIRINO, G. da S. Cuidados domiciliares de parteiras tradicionais na assistência ao parto. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 29, p. 1 – 9, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/53642/38558>. Acesso em: 06 set. 2021.

GROSSI, P. K.; TAVARES, F. A.; OLIVEIRA, S. B. de. A Rede de Proteção à Mulher em Situação de Violência Doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**. [S.l.], v. 14, p. 267 – 280, 2008. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8144>. Acesso em: 05 ago. 2021.

GUIMARÃES, N. M.; FREITAS, V. C. de SOUZA; SENZI, C. G. de; FRIAS, D. F. R.; GIL, G. T.; LIMA, L. D. dos S. C. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 7, n. 2, p. 11942 – 11958, fev. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24110>. Acesso em: 10 out. 2021.

HERNANDEZ, A. R.; VÍCTORA, C. G. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 1 – 12, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fGR3GqKQmx9PCnTXppYDMZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 de setembro de 2021.

JUSTINO, D. C. P.; LOPES, M. da S.; MACHADO, F. C. de A.; ANDRADE, F. B. de. Avaliação das causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil. **Revista o Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 152 – 161, abr. 2021. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1060/1047>. Acesso em: 26 out. 2021.

KRAMER, S.; NUNES, M. F. R.; PENA, A. Crianças, ética do cuidado e direitos: a propósito do Estatuto da Criança e do Adolescente. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 46, p. 1 – 18, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/fs7wzvKtfJRWYf8tv8zbX6b/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

LEAL, M. do C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1 – 3, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

LEAL, M. do C.; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915 - 1928, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2021.

LEAL, T.; BAKKER, B. A mulher bioquímica: Invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1 – 15, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1303>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LIMA, A. S. R.; COELHO, M. de M. F.; SILVA, C. F. de; MENEZES, L. C. G. de. Mortalidade infantil no nordeste brasileiro: 2000 a 2014. **Revista Extensão em Ação**. Fortaleza, v. 2, n. 18, p. 110 – 125, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/extensaoemacao/article/view/31109>. Acesso em: 26 out. 2021.

LIMA, M. R. G. de; COELHO, A. S. F.; SALGE, A. K. M.; GUIMARÃES, J. V.; COSTA, P. S.; SOUSA, T. C. C. de; MATTOS, D. V. de; SOUSA, M. A. A. Alterações maternas e desfecho gravídico- puerperal na ocorrência de óbito materno. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 324 – 331, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/pXY7LxmDQVtW53wvFLpsYbv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

LOPES, T. da C.; MAIO, M. C. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Revista Tempo**. Niterói, v. 24, n. 2, p. 348 – 368, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tem/v24n2/1980-542X-tem-24-02-349.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LUZ, M. M. F.; FRUTUOSO, M. F. P. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. **Revista Interface**. Botucatu, v. 25, p. 1 – 15, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200644/#> 2021. Acesso dia 01 set. 2021.

MALTA, D. C.; PRADO, R. R. do; SALTARELLI, R. M. F.; MONTEIRO, R. A.; SOUZA, M. de F. M. de; ALMEIDA, M. F. de. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 22, p. 1 – 15, jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FLzxvmCWtsDLQ3WMT75gBcT/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2021.

MANSUR, Y.; CURSINO, A. M. de C.; TEODÓSIO, A. dos S. de S. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise institucional. **Revista Brasileira De Políticas Públicas E Internacionais**. João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 29 – 47, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rppi/article/view/31176/27767>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 71, supl. 1, p. 725 – 731, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/j7FSm5XkPvfcRHZQtMjJ8SK/?lang=pt&format=pdf#:~:text>

=Pa%C3%ADses%20desenvolvidos%20t%C3%AAm%20taxa%20de,mil%20nascidos%20vi vos(5). Acesso em: 17 set. 2021.

MELO, D. E. B.; SILVA, S. P. C. e; MATOS, K. K; C.; MARTINS, V. H. S. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 10, n. 18, p. 1 – 18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37235/pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

MONTEIRO, R. Rede Cegonha levanta voo. **Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/omsambiental/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from%5Finfo%5Findex=271&infoid=411&sid=13>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MORAIS, R. M. de.; COSTA, A. L. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, número especial, p. 101 – 117, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FJXQhtgNM3S5qvGHNfLMk3Q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1 – 5, 1996. Disponível em: https://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/NEVES-Pesquisa_Qualitativa.pdf. Acesso em: 12 mar. 2020.

OLIVEIRA, J. C. de; SANTOS, R. F.; PAES, M. E.; VIEIRA, E. A. R.; ARAÚJO, F. M.; EVANGELISTA, H. A. A.; SANTOS, R. C. dos; BARBOSA, P. F. Impactos da rede cegonha na mortalidade neonatal em gestações de alto risco. **Revista de Patologia do Tocantins**. Palmas, v. 7, n. 2, p. 58 – 63, jul. 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/8060/17141>. Acesso em: 17 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS. OPAS, Brasília 16 fev. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 12 out. 2021.

PASCHE, D. F.; PESSATI, M. P.; SILVA, L. B. R. A. de; MATÃO, M. E. L.; SOARES, D. B.; CARAMACHI, A. P. da C. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 887 – 896, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f3jbqhFD7gziHGQGzbr37tM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

PASCOTO, G. dos S.; TANAKA, E. Z.; FERNANDES, L. C. R.; SHIMO, A. K. K.; SANFELICE, C. F. de O. Dificuldades da assistência ao parto domiciliar na ótica de enfermeiras obstetras. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 34, p. 1 – 10, set. 2020. Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36633>. Acesso em: 08 set. 2021.

PEREIRA, A. C. C.; COSTA, A. L. M. L.; COSTA, A. B.; GEBER, B.; ALKMIM, B. F.; CAMARANO, G. C. V.; GLÓRIA, R. R. da.; NOGUEIRA, T. M.; RIPARI, V. A.; LOPES, A. G. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. [S.l.], v. 12, n. 10, p. 1 – 11, out. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4448/2842>. Acesso em: 06 set. 2021.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318 – 325, ago. 1995. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-154534>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RODRIGUES, A. de F. M.; NUNES, A. C. V. P.; SANTOS, E. F.; PIRES, E. R.; VICENTE, I. G.; REIS, J. do N.; RODRIGUES, L. A.; GONZALES, R. V. Vivência de acadêmicas e residentes de enfermagem obstétrica na casa da gestante: relato de experiência. In: SOMBRA, I. C. de N. **Diário da teoria e prática na enfermagem**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. cap. 15. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/bibliotecas/system/files/imce/diariodateoria.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

RODRIGUES, D. P.; ALVEZ, V. H.; VIEIRA, R. S.; LEÃO, D. C. M. R.; PAULA, E. de; PIMENTEL, M. M. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 1, p. 236 – 246, jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. Acesso em: 08 set. 2021.

SANTOS, F. S. de R.; SOUZA, P. A. de; LANSKY, S.; OLIVEIRA, B. J. de; MATOZINHOS, F. P.; ABREU, A. L. N.; SOUZA, K. V.; PENA, E. D. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 1 – 11, jul. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2021.

SANTOS, L. M. P.; GOUVEIA, M. da C., MARTINS JUNIOR, D. F.; SANTOS, S. M. C. dos; BARRETO, M. L. Seleção de prioridades para programas de saúde, nutrição e alimentação: um exemplo no estado da Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 1, n. 2, p. 111 – 121, maio/ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/dxysG4gZDvRPpfnNBqN7FN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SARTI, C. A.; Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. **Cadernos pagu**. Campinas, n. 16, p. 31 – 48, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/bXgPpjfNGXzK8J5WV3JjYS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.

SILVA, A. S.; GARCIA, L. P. C.; ALVEZ T. H. E. INÁCIO, M. C. Violência obstétrica: uma reflexão em defesa da utilização do termo. **Rev. Ed. Popular**. [S.l.] v. 20, n. 1, p. 4 – 13, 2021a. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/54370>. Acesso em: 08 set. 2021.

SILVA, E. de A.; PEREIRA, A. M. M.; DANTAS, S. L. da C.; SOARES, P. R. A. L.; MELO, L. P. T. de; COSTA, N. da; PAIVA, A. de M. G.; TORRES, J. D. M. Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 15, n. 1, p. 1 - 14, jan. 2021b. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246029/37780>. Acesso em: 06 set. 2021.

SILVA, L. B. R. A. de A.; ANGULO-TUESTA, A.; MASSARI, M. T. R.; AUGUSTO, L. C. R.; GONÇALVES, L. L. M.; SILVA, C. K. R. T. da; MINOIA, N. P. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 931 – 940, mar. 2021c. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/DjZVSFLg47T3vgFwYy6Mh3q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2021.

SILVA, R. L. O.; SANTO, I. M. B. do E.; LIMA, R. S.; SILVA, H. L. L. da; SANTOS, M. S. P. dos; CARDOSO, M. de L. L. O.; ANANIAS, M. da G. D. de; COELHO, A. S. C.; LUZ, A. S. da; ARAÚJO, E. V. de; DUARTE, I. P.; LIRA, E. V. de H.; SANTOS, J. de J. N. dos; FONTES, F. L. de L. É normal dar à luz em casa: A busca pela revalorização do ambiente domiciliar como espaço adequado para o momento do parto **Research, Society and Development**. Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, p. 1 – 8, abr. 2021d. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14598/13226>. Acesso em: 08 set. 2021.

SILVA, W. N. de S.; AZEVÊDO, J. A. F. de; HOLANDA, V. R. de; GOMES, A. L. do V.; ALBUQUERQUE, G. P. M. de. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 33, p. 1 – 10, mar. 2019. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502019000100510. Acesso em: 06 set. 2021.

SILVA NETO, R. da F. e. Proteção ao trabalho da mulher. **Revista Jus Navigandi**. Teresina, v. 16, n. 2884, maio 2011. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/19185/protECAO-ao-trabalho-da-mulher>. Acesso em: 21 out. 2021.

SILVA, L. F. da; RUSSO, R. de F. S. M.; OLIVEIRA, P. S. G. de. Quantitativa ou qualitativa? Um alinhamento entre pesquisa, pesquisador e achados em pesquisas sociais.

Revista Pretexto. Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 15 – 30, out./dez. 2018. Disponível em: http://fumecc.br/revistas/pretexto/article/view/5647/artigo_2_4_2018.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

SILVA, Z. M. Aumento de cesárea está associado à maior taxa de mortalidade materna.

PEBMED. [S.l.], 06 nov. 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/>. Acesso em: 06 dez. 2021.

SOUSA, M. E. A. de; TAVARES, M. de F. L.; ROCHA, R. M. da. Direito, saúde e promoção da saúde da mulher. **Publicatio UEPG - Ciências Sociais Aplicadas**. Ponta Grossa, v. 26, n. 3, p. 293 – 311, set./dez. 2018. Disponível em:

<https://www.readcube.com/articles/10.5212%2Fpublicatioci.soc.v.26i3.0004>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SOUZA, K. V. de; SCHNECK, S.; PENA, E. D.; DUARTE, E. D.; ALVES, V. H. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o quefazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148/pdf>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SOUZA, F. M. de L. C.; SANTOS, W. N. dos; SANTOS, T. S. da C.; RODRIGUES, O. B.; SANTIAGO, J. da C. D.; SILVA, R. A. R. da. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**. v. 10, n. 2, p. 118 – 124, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2180/531>. Acesso em: 06 set. 2021.

TINOCO, T. F.; ACIOLI, S.; NETO, M.; SILVA, L. A. Mortalidade materna e a prática educativa na atenção primária à saúde. **Revista Nursing**. Santana do Paraíba, v. 21, n. 247, p. 2535 – 2541, dez. 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg89.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

VENDRÚSCULO, C. T.; KRUEL, C. S.; A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Revista Eletrônica *Disciplinarum Scientia***. Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95 – 107, jan. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>. Acesso em: 05 set. 2021.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS COM GESTANTES E PUÉRPERAS

Data de hoje: ___/___/___ Número para controle da pesquisa: _____

1. Sexo:

Feminino

Outro: _____

Prefiro não informar

Professora

Técnica em Enfermagem

Vendedora

Outra: _____

2. Idade:

10 a 17 anos

18 a 34 anos

35 a 38 anos

42 a 50 anos

5. Quantas pessoas moram na mesma casa que você e vivem desta renda familiar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Outra resposta: Colocar aqui a quantidade _____

3. Escolaridade:

Escolaridade (marque somente a maior delas):

Nunca estudei e não sei ler/escrever

Nunca estudei, mas sei ler/escrever

Fundamental I (1° ao 4° ano) **incompleto**

Fundamental I (1° ao 4° ano) **completo**

Fundamental II (5° ao 9° ano) **incompleto**

Fundamental II (5° ao 9° ano) **completo**

Ensino médio **incompleto**

Ensino médio **completo**

Ensino Técnico **incompleto**

Ensino Técnico **completo**

Graduação **incompleta**

Graduação **completa**

Pós-graduação *Lato sensu*

Mestrado (profissional ou acadêmico)

Doutorado

6. Renda familiar mensal:

Menor que 01 salário mínimo (ou seja, menos que R\$ 1.045,00)

01 salário mínimo (R\$ 1.045,00)

Entre R\$ 1.046,00 e R\$ 1.568,00

Entre R\$ 1.569,00 a R\$ 2.090,00

Entre 2.091,00,00 a R\$ 3.135,00

Entre 3.136,00 a R\$ R\$ 5.225,00

Entre R\$ 5.226,00 a R\$ 10.450,00

7. Você mora em:

Zona urbana Zona rural

8. Qual cidade você mora?

9. Como você considera esta instituição hospitalar?

Baixo risco

Médio risco

Alto risco

Não sei responder

4. Profissão:

Agente Comunitário de Saúde

Doméstica

Dona de casa

11. Esta instituição hospitalar garante acesso para utilizar a Casa da Gestante com facilidade?

Sim Não Não sei responder

12. A instituição hospitalar dispõe ou tem acesso a ambulância para a transferência da mulher grávida em trabalho de parto, se necessário?

Sim Não Não sei responder

13. A instituição hospitalar dispõe ou tem acesso a ambulância para transferência de recém-nascido, se necessário?

Sim Não Não sei responder

14. O hospital atua com serviço de referência para:

Pré-natal

Parto

Recém-nascido

Materno-infantil

Não sei responder

15. O número de camas da Casa da Gestante é suficiente para atendimento às mulheres que precisam utilizá-la?

Acho que a quantidade de camas é muito pequena, insuficiente

Acho que a quantidade de camas disponíveis na Casa da Gestante atende no momento, entretanto um aumento seria bom para o melhorar o atendimento à população

Acho que a quantidade de camas é ótima, suficiente

Não sei responder

16. Como você considera as orientações, o acolhimento e o acompanhamento dado pela Casa da Gestante às mulheres que dela precisam?

Péssimos

Ruins

Regulares

Excelentes

Outra: _____

Não sei responder

17. O horário de visita na Casa da Gestante tem acesso ampliado e flexível?

Sim Não Não sei responder

18. A Casa da Gestante tem o acompanhamento de enfermeiro em regime de 40 horas semanais (de segunda a sexta)?

Sim Não Não sei responder

19. A Casa da Gestante tem o acompanhamento de Técnico de Enfermagem 24 horas por dia, 07 dias por semana?

Sim Não Não sei responder

20. Como você considera a estrutura física da Casa da Gestante?

Péssima

Ruim

Regular

Boa

Excelente

Não sei responder

21. Quais são os critérios utilizados para inclusão de mulheres e recém-nascidos na Casa da Gestante? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Gestantes em situação de risco social ou de carência financeira e que necessitam de atenção diária à sua saúde

Gestantes com dificuldade de deslocamento (seja por questões físicas ou financeiras) e que precisam de acompanhamento frequente de sua saúde

Recém-nascido, clinicamente estável, em recuperação nutricional

Mulheres pós-parto que necessitam de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em hospital

Não sei responder

Outros _____

22. Como você considera a forma de triagem realizada na Casa da Gestante?

Péssima

Ruim

Regular

Boa

Excelente

Não sei responder

23. Caso tenha tido parto normal foi utilizado anestesia durante o procedimento?

Sim Não Cesariana

24. Você já utilizou a Casa da Gestante em alguma gestação anterior?

Sim Não

Se você já utilizou a Casa da Gestante em gestações anteriores, não precisa responder à questão 25. VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 26. Se não tiver utilizado antes, então você precisa responder também à questão 25.

25. Por que você não utilizou a Casa de Gestante nas gestações anteriores?

Não tinha necessidade clínica

Não existia a Casa de Gestante ainda

Porque não quis

Porque esta é a minha primeira gestação

Outro _____ motivo:

26. Você tem algum familiar ou conhecido que já utilizou a Casa de Gestante?

Sim Não Não sei responder

27. Você veio para a Casa de Gestante porque recebeu um encaminhamento do Posto de Saúde informando para que fosse transferida para esse local?

Sim Não

28. Se você marcou NÃO na questão anterior, marque abaixo a alternativa que mostra quem te encaminhou para a Casa da Gestante:

O médico que me acompanhou durante o pré-natal particular fez o contato com a Casa da Gestante, solicitando minha transferência.

Por causa de contato direto dos meus familiares ou amigos com a Casa da Gestante, foi solicitada minha transferência

Outros:

29. Você já fez o parto ou ainda está grávida?

Já fiz o parto

Ainda estou grávida

Se você ainda está grávida, não precisa responder às questões 30, 31 e 32. VÁ DIRETO PARA A QUESTÃO 33. Se você já fez o parto, então você precisa responder também às questões 30, 31 e 32.

30. Qual foi o seu tipo de parto na gestação atual?

Parto vaginal

Cirurgia cesárea

31. Se a resposta do item 30 for cirurgia cesárea responda se foi realizado alguma medida humanizada (sem mecanização e

pressa para romper bolsa amniótica) mesmo durante o procedimento cirúrgico?

Sim Não Não sei responder

32. A Casa da Gestante desenvolveu práticas consideradas humanizadas com você e seu bebê? ALGUNS EXEMPLOS DE PRÁTICAS HUMANIZADAS SÃO: (acolhimento do profissional que evidencie um diálogo transparente, resolutivo e escuta qualificada durante o atendimento; ensino e uso método canguru com o recém-nascido; medidas de alívio não farmacológico da dor, com o uso da bola durante o parto normal/uso do chuveiro/ massagem e entre outros).

Sim Não

Quais:

33. A sua gravidez é ou foi considerada de alto risco?

Sim Não

34. Quais as suas sugestões para melhoria do funcionamento do Hospital e da Casa da Gestante, de forma a melhorar o atendimento à população? _____

Sua contribuição neste questionário incentiva significativamente as melhorias da assistência materno-infantil da nossa Macrorregião de Saúde. Por isso, agradecemos por sua participação.

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de hoje: ___/___/___ Número para controle da pesquisa: _____

1. Sexo:

- Feminino
 Masculino
 Outro: _____
 Prefiro não informar

2. Idade:

- 18 anos a 23 anos
 24 a 34 anos
 35 a 40 anos
 45 a 55 anos
 56 a 75 anos
 76 anos ou mais

3. Escolaridade (marque somente a maior delas):

- Fundamental I (1° ao 4° ano) completo
 Fundamental II (5° ao 9° ano) completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino Técnico incompleto
 Ensino Técnico completo
 Graduação incompleta
 Graduação completa
 Pós-graduação *Lato sensu*
 Mestrado (profissional ou acadêmico)
 Doutorado

4. Profissão:

- Técnica (o) em Enfermagem
 Enfermeira (o)
 Neonatologista
 Obstetra
 Outra especialidade médica:

 Outra profissão: _____

5. Quantas pessoas moram na mesma casa que você e vivem desta renda familiar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Outra resposta: Colocar aqui a quantidade _____

6. Renda **familiar** mensal:

- 01 salário mínimo (R\$ 1.045,00)
 Entre R\$ 1.046,00 e R\$ 1.568,00
 Entre R\$ 1.569,00 a R\$ 2.090,00
 Entre 2.091,00,00 a R\$ 3.135,00
 Entre 3.136,00 a R\$ R\$ 5.225,00
 Entre R\$ 5.226,00 a R\$ 10.450,00
 Entre R\$ 10.451,00 e R\$ 20.900,00
 Acima de R\$ 20.900,00

7. Você mora em:

- Zona urbana Zona rural

8. Qual cidade você mora? _____

9. Como é classificada esta instituição hospitalar na qual você trabalha?

- Baixo risco
 Médio risco
 Alto risco
 Não sei responder

10. A classificação da Instituição na categoria que você marcou no item 8 ajudou na melhoria do cuidado às gestantes e puérperas?

- Não
 Sim, um pouco
 Sim, muito
 Não sei responder

11. Qual a modalidade de assistência prestada pelo serviço de atenção obstétrica e neonatal?

- Parto normal sem distócia
 Parto normal com distócia e cirúrgico
 Não sei responder

12. Esta instituição hospitalar garante leito no primeiro contato da gestante?

- Sim Não Não sei responder

13. Esta instituição hospitalar dispõe de ambulância (ou tem acesso à ambulância) para a transferência de parturiente, caso seja necessário?

- Sim Não Não sei responder

14. Esta instituição hospitalar dispõe de ambulância (ou tem acesso à ambulância) para transferência de recém-nascido, caso seja necessário?

- Sim Não Não sei responder

15. Esta instituição hospitalar atua como serviço de referência para:

- Pré-natal
 Parto
 Recém-nascido
 Materno-infantil
 Não sei responder

16. Esta instituição hospitalar possui alvará de funcionamento da vigilância sanitária?

- Sim Não Não sei responder

17. Quantas camas, aproximadamente, existem na Casa da Gestante?

- Dez camas (dois ou três quartos)
 Quinze camas (três ou quatro quartos)
 Vinte camas (quatro ou cinco quartos)

Outros: _____

18. Como você classifica a quantidade dessas acomodações:

- Insuficiente
 Atende no momento, entretanto um aumento seria bom para o serviço e para a população
 Suficiente
 Não sei responder

19. Como você considera o acolhimento, o acompanhamento, bem como as orientações dadas pelos profissionais na Casa da Gestante?

- Péssimos
 Ruins
 Regulares
 Bons
 Excelentes
 Outra: _____
 Não sei responder

20. O horário de visita na Casa da Gestante tem acesso ampliado e flexível?

- Sim Não Não sei responder

21. A Casa da Gestante tem o acompanhamento de enfermeiro em regime de 40 horas semanais (de segunda a sexta)?

- Sim Não Não sei responder

Se não, informe qual é o regime e periodicidade de atuação do enfermeiro na Casa da Gestante:

22. A Casa da Gestante tem o acompanhamento de técnico de enfermagem 24 horas por dia, 07 dias por semana?

- Sim Não Não sei responder

Se não, informe qual é o regime e periodicidade de atuação do técnico em enfermagem na Casa da Gestante:

23. Como você considera a estrutura física da Casa da Gestante?

- Péssima
 Ruim
 Regular
 Boa
 Excelente
 Outra: _____
 Não sei responder

24. Quais são os critérios utilizados para inclusão de mulheres e recém-nascidos na Casa da Gestante? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

- Gestantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica que necessitam de atenção diária
 Gestantes com dificuldade de deslocamento (seja por questões físicas ou financeiras) que precisam de acompanhamento frequente de sua saúde
 Recém-nascido, clinicamente estável, em recuperação nutricional
 Puérpera que necessita de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar
 Puérpera que está com recém-nascido internado e tiver dificuldade para o deslocamento (seja essa dificuldade de locomoção por questões físicas ou financeiras)
 Não sei responder
 Outros _____

25. Como você avalia a forma de triagem realizada pelos profissionais na Casa da Gestante?

- Péssima
 Ruim
 Regular
 Boa
 Excelente
 Não sei responder

26. Esta instituição hospitalar realiza quais das ações abaixo?

- Parto normal em gestação de alto risco
 Parto cesariana em gestação de alto risco
 Tratamento de intercorrências na gravidez
 Tratamento de complicações relacionadas ao puerpério
 Outros _____
 Não sei responder

27. Nesta instituição hospitalar existe rotina de analgesia para o parto normal?

- Sim Não Não sei responder

29. Você já recebeu algum tipo de capacitação nesta instituição (ou em outra, mas cuja capacitação tenha sido vinculada a esta instituição)?

- Sim Não
 Quais? _____

30. Nesta instituição hospitalar, qual a periodicidade das reuniões realizadas entre equipe gestora e equipe de saúde?

- Nunca foram feitas reuniões
 As reuniões ocorrem ocasionalmente
 As reuniões ocorrem semanalmente
 As reuniões ocorrem mensalmente
 Outra periodicidade: _____
 Não sei responder

31. Nesta instituição hospitalar, qual a periodicidade das reuniões realizadas entre membros da equipe de saúde?

- Nunca foram feitas reuniões
 As reuniões ocorrem ocasionalmente
 As reuniões ocorrem semanalmente
 As reuniões ocorrem mensalmente
 Outra periodicidade: _____
 Não sei responder

32. O recém-nascido é colocado em contato pele a pele com a mãe e estimulado a amamentar ainda em sala de parto?

Sim Não Não sei responder

33. Durante a realização da cirurgia cesárea já foi realizada, nesta instituição, pelos profissionais da saúde, alguma medida humanizada durante o procedimento cirúrgico? (Sendo que: as medidas humanizadas seriam a não mecanização, o rompimento da bolsa amniótica sem pressa e a retirada do recém-nascido empelidado)

Sim Não Não sei responder

34. Esta instituição hospitalar tem padronizado as ações que são desenvolvidas pelos profissionais dentro das práticas da Rede Cegonha?

Sim Não Não sei responder

35. Quais são as ações padronizadas desenvolvidas no item 34? (Marque quantas forem necessárias)

Método canguru com o recém-nascido

Medidas de alívio não farmacológico da dor (bola durante o parto normal, chuveiro, massagem)

Outros: _____

Não sei responder

36. Quais são os métodos utilizados nesta instituição hospitalar para a avaliação da Rede Cegonha em relação à população? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Pesquisa quanto à satisfação das gestantes e puérperas em relação à assistência prestada

Análise estatística dos resultados obtidos na pesquisa de satisfação da assistência prestada às gestantes e puérperas

Ações de educação em saúde para a população, relativas às ações da Rede Cegonha

37. Como você avalia a periodicidade da comunicação desta instituição hospitalar com a Atenção Primária em Saúde (APS)?

Nunca foram feitas comunicações

As comunicações ocorrem ocasionalmente

As comunicações ocorrem semanalmente

As comunicações ocorrem mensalmente

Outra periodicidade: _____

Não sei responder

38. Qual(is) a(s) sua(s) sugestão(ões) para melhoria e adequação desta instituição hospitalar para o que o funcionamento da Rede Cegonha seja de maior impacto na macrorregião de saúde?

Sua contribuição neste questionário incentiva significativamente as melhorias da assistência materno-infantil da nossa Macrorregião de Saúde. Por isso, agradecemos por sua participação.

APÊNDICE C - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS COM GESTORES

Data de hoje: ___/___/___ Número para controle da pesquisa: _____

1. Sexo:

Feminino

Masculino

Outro: _____

Prefiro não informar

2. Idade:

18 anos a 23 anos

24 a 34 anos

35 a 40 anos

45 a 55 anos

56 a 75 anos

76 anos ou mais

3. Escolaridade (marque somente a maior delas):

Fundamental I (1° ao 4° ano) completo

Fundamental II (5° ao 9° ano) completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino Técnico incompleto

Ensino Técnico completo

Graduação incompleta

Graduação completa

Pós-graduação *Lato sensu*

Mestrado (profissional ou acadêmico)

Doutorado

4. Profissão:

Técnica (o) em Enfermagem

Enfermeira (o)

Neonatologista

Obstetra

Outra especialidade médica: _____

Outra: _____

5. Quantas pessoas moram na mesma casa que você e vivem desta renda familiar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Outra resposta: Colocar aqui a quantidade _____

6. Renda **familiar** mensal:

01 salário mínimo (R\$ 1.045,00)

Entre R\$ 1.046,00 e R\$ 1.568,00

Entre R\$ 1.569,00 a R\$ 2.090,00

Entre 2.091,00,00 a R\$ 3.135,00

Entre 3.136,00 a R\$ R\$ 5.225,00

Entre R\$ 5.226,00 a R\$ 10.450,00

Entre R\$ 10.451,00 e R\$ 20.900,00

Acima de R\$ 20.900,00

7. Você mora em:

Zona urbana Zona rural

8. Qual cidade você mora? _____

9. Como é classificada a instituição hospitalar na qual você é gestor?

Baixo risco

Médio risco

Alto risco

Não sei responder

10. A classificação da Instituição na categoria que você marcou no item 9 ajudou na melhoria do cuidado às gestantes e puérperas?

Não

Sim, um pouco

Sim, muito

Não sei responder

11. Qual a modalidade de assistência prestada pelo serviço de atenção obstétrica e neonatal?

- Parto normal sem distócia
 Parto normal com distócia e cirúrgico
 Não sei responder

12. Esta instituição hospitalar garante leito no primeiro contato da gestante?

- Sim Não Não sei responder

13. Esta instituição hospitalar dispõe de ambulância (ou tem acesso à ambulância) para a transferência de parturiente, caso seja necessário?

- Sim Não Não sei responder

14. Esta instituição hospitalar dispõe de ambulância (ou tem acesso à ambulância) para transferência de recém-nascido, caso seja necessário?

- Sim Não Não sei responder

15. Esta instituição hospitalar atua como serviço de referência para:

- Pré-natal
 Parto
 Recém-nascido
 Materno-infantil
 Não sei responder

16. Esta instituição hospitalar possui alvará de funcionamento da vigilância sanitária?

- Sim Não Não sei responder

17. Quantas camas, aproximadamente, existem na Casa da Gestante?

- Dez camas (dois ou três quartos)
 Quinze camas (três ou quatro quartos)
 Vinte camas (quatro ou cinco quartos)

Outros: _____

18. Como você classifica quantidade dessas acomodações:

- Insuficiente
 Atende no momento, entretanto um aumento seria bom para o serviço e para a população
 Suficiente
 Não sei responder

19. Como você considera o acolhimento, o acompanhamento, bem como as orientações dadas pelos profissionais na Casa da Gestante?

- Péssimos
 Ruins
 Regulares
 Bons
 Excelentes
 Outra: _____
 Não sei responder

20. O horário de visita na Casa da Gestante tem acesso ampliado e flexível?

- Sim Não Não sei responder

21. A Casa da Gestante tem o acompanhamento de enfermeiro em regime de 40 horas semanais (de segunda a sexta)?

- Sim Não Não sei responder

Se não, informe qual é o regime e periodicidade de atuação do enfermeiro na Casa da Gestante:

22. A Casa da Gestante tem o acompanhamento de técnico de enfermagem 24 horas por dia, 07 dias por semana?

- Sim Não Não sei responder

Se não, informe qual é o regime e periodicidade de atuação do técnico em

enfermagem na Casa da Gestante:

23. Como você considera a estrutura física da Casa da Gestante?

- Péssima
 Ruim
 Regular
 Boa
 Excelente
 Não sei responder

24. Quais são os critérios utilizados para inclusão de mulheres e recém-nascidos na Casa da Gestante? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

- Gestantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica que necessitam de atenção diária
- Gestantes com dificuldade de deslocamento (seja por questões físicas ou financeiras) que precisam de acompanhamento frequente de sua saúde
- Recém-nascido, clinicamente estável, em recuperação nutricional
- Puérpera que necessita de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar
- Puérpera que está com recém-nascido internado e tiver dificuldade para o deslocamento (seja essa dificuldade de locomoção por questões físicas ou financeiras)
- Não sei responder

Outros _____

25. Como você avalia a forma de triagem realizada pelos profissionais na Casa da Gestante?

- Péssima
 Ruim
 Regular
 Boa

- Excelente
 Não sei responder

26. Esta instituição hospitalar realiza quais das ações abaixo?

- Parto normal em gestação de alto risco
 Parto cesariana em gestação de alto risco
 Tratamento de intercorrências na gravidez
 Tratamento de complicações relacionadas ao puerpério
 Outros _____
 Não sei responder

27. Nesta instituição hospitalar existe rotina de analgesia para o parto normal?

- Sim Não Não sei responder

28. Nesta instituição hospitalar existem recipientes apropriados para descartar os diversos tipos de resíduos hospitalares de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)?

- Sim Não Não sei responder

29. Você já possuía vínculo com esta instituição hospitalar antes de assumir a chefia/gestão?

- Sim Não

30. Nesta instituição hospitalar, qual a periodicidade das reuniões realizadas com a equipe de saúde?

- Nunca foram feitas reuniões
 As reuniões ocorrem ocasionalmente
 As reuniões ocorrem semanalmente
 As reuniões ocorrem mensalmente
 Outra periodicidade:

-
- Não sei responder

31. Esta instituição hospitalar tem padronizado as ações que são desenvolvidas pelos profissionais dentro das práticas da Rede Cegonha?

Sim Não Não sei responder

32. Quais são as ações padronizadas desenvolvidas no item 31? (Marque quantas forem necessárias)

Método canguru com o recém-nascido

Medidas de alívio não farmacológico da dor (bola durante o parto normal, chuveiro, massagem)

Outros: _____

Não sei responder

33. Quais são os métodos utilizados nesta instituição hospitalar para a avaliação da Rede Cegonha em relação à população? (Marque quantas alternativas forem necessárias)

Pesquisa quanto à satisfação das gestantes e puérperas em relação à assistência prestada

Análise estatística dos resultados obtidos na pesquisa de satisfação da assistência prestada às gestantes e puérperas

Ações de educação continuada para a população relativas às ações da Rede Cegonha

34. Como você avalia a periodicidade da comunicação desta instituição hospitalar com a Atenção Primária em Saúde (APS)?

Nunca foram feitas comunicações

As comunicações ocorrem ocasionalmente

As comunicações ocorrem semanalmente

As comunicações ocorrem mensalmente

Outra periodicidade: _____

Não sei responder

35. Esta instituição hospitalar apresenta negociações concretas no Colegiado Intergestor Regional (CIR) para condução da Rede Cegonha?

Sim Não Não sei responder

36. Qual(is) a(s) sua(s) sugestão(ões) para melhoria e adequação desta instituição hospitalar para o que o funcionamento da Rede Cegonha seja de maior impacto na macrorregião de saúde? _____

Sua contribuição neste questionário incentiva significativamente as melhorias da assistência materno-infantil da nossa Macrorregião de Saúde. Por isso, agradecemos por sua participação.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

05/10/2020

SEI/UFVJM - 0186123 - Termo (Genérico)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DA CASA DA GESTANTE E PUÉRPERA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAÚDE EM DIAMANTINA, MINAS GERAIS”, em virtude de ser:

- usuário da Casa da Gestante e Puérpera,
- profissional diretamente envolvido com o cuidado da gestante, puérpera ou recém-nascido da Casa da Gestante e Puérpera ou
- gestor (diretor ou gerente administrativo da Casa da Gestante e Puérpera).

Esse trabalho tem o objetivo de avaliar as práticas desenvolvidas no cuidado com as gestantes, puérperas e recém-nascidos nesta casa de saúde, além de fazer a avaliação da estrutura física do ambiente, de modo comparativo com o que estabelece a Rede Cegonha e, caso necessário, propor melhorias para assistência da saúde materno-infantil na localidade.

Esta pesquisa será conduzida pela mestrandA Aline Moreira Cunha Monteiro, sob a orientação da professora Leida Calegário de Oliveira e contará ainda com a coorientação do professor Evanildo José da Silva, sendo todos vinculados à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, em Diamantina, Minas Gerais.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com os pesquisadores, com a UFVJM ou com Casa da Gestante e Puérpera do Hospital Nossa Senhora da Saúde.

Caso decida aceitar o convite, você participará de uma entrevista para preenchimento de um questionário elaborado para esta pesquisa. Essa entrevista será realizada em data, horário e local pactuados entre você, a pesquisadora e a Casa da Gestante e Puérpera para garantir a você conforto, privacidade e confidencialidade. Essa entrevista deve durar, em média, 30 a 40 minutos e não será gravada.

Caso decida participar, a entrevistadora tomará os cuidados com relação ao contato com você devido esse período de pandemia da COVID-19. Para isso, fará uso dos equipamentos de proteção individual como uso de máscara, touca no cabelo, avental descartável e propé nos calçados para evitar veiculação de microrganismos.

A segurança do local da entrevista também será assegurada se optar em participar, será disponibilizado álcool em gel na porta de entrada, se tiver algum entrevistado sem máscara também será disponibilizado. A organização das cadeiras será com uma distância mínima de um metro entre elas. O local para a entrevista é um anexo da instituição, ou seja, os entrevistados não serão deslocados para fora deste ambiente. As cadeiras e materiais serão devidamente higienizados antes e após a realização de cada entrevista.

05/10/2020

SEI/UFVJM - 0186123 - Termo (Genérico)

Além disso, você poderá sentir algum desconforto e ansiedade no momento de responder alguma pergunta. Por isso, garantimos a você o direito de deixar de responder a qualquer pergunta que desejar. Além disso, você pode retirar o seu consentimento de participação em qualquer momento, não sendo questionada por isso em nenhuma hipótese.

Você poderá também sentir medo de ter sua identidade revelada. Entretanto, garantimos a você que seu nome não será escrito no questionário onde serão registradas suas respostas. A identificação será feita apenas por números, garantindo a sua privacidade e a confidencialidade das informações. Além disso, garantimos que os resultados da pesquisa serão publicados sem nenhuma identificação dos participantes.

Como benefícios pela participação no projeto, você receberá uma cartilha informativa, produzida ao final deste trabalho, que apresentará os principais resultados e conclusões obtidos nesta pesquisa, além de te trazer informações quanto aos seus direitos, deveres e acessibilidade. A cartilha será disponibilizada na Casa da Gestante e Puérpera e em todas as unidades básicas de saúde da Macrorregião. Além disso, se você é gestante ou puérpera, será convidada a participar de uma oficina para saber sobre os resultados da pesquisa e também para que compreenda melhor o funcionamento da Casa da Gestante e Puérpera de Diamantina, MG. Se você é profissional da saúde ou gestor, será convidado a participar de um evento onde serão apresentados os resultados da pesquisa e trabalhados temas relativos à saúde materno-infantil.

Além disso, o estudo permitirá à Casa da Gestante e Puérpera e ao Hospital Nossa Senhora da Saúde conhecer os resultados da pesquisa e compreender as questões que podem ser alteradas para uma possível melhoria do cuidado. Assim, esta pesquisa poderá trazer benefícios não somente a você, como participante, mas também à própria Casa da Gestante e Puérpera, ao Hospital e à saúde pública em geral.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações pessoais obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação.

Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenador(a) do Projeto: Leida Calegário de Oliveira

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba, Diamantina/MG

Telefone (38) 3532.1200 - ramal 8881

Consentimento:

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

05/10/2020

SEI/UFVJM - 0186123 - Termo (Genérico)

Nome da pesquisadora: Aline Moreira Cunha Monteiro**Endereço da Pesquisadora:** Rua Rio Grande, nº 320 Casa, Centro, Diamantina/MG. **Telefone:** (38) 9846-1905

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM, Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba, Diamantina/MG, CEP39100-000 - Tel.: (38)3532-1240

Coordenadora: Prof.ª Simone Gomes Dias de Oliveira- Secretária: Leila Adriana Gaudencio Sousa - Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Documento assinado eletronicamente por **Leida Calegario de Oliveira, Servidor**, em 05/10/2020, às 21:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



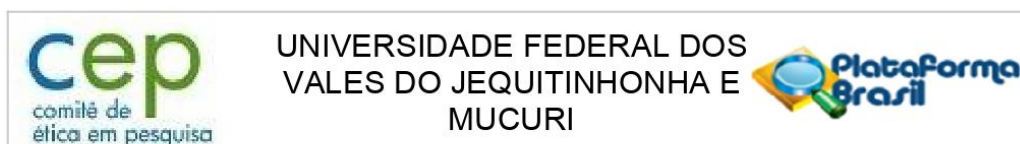
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufvjm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0186123** e o código CRC **FA4BE44B**.

Referência: Processo nº 23086.011398/2020-64

SEI nº 0186123

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Casa da Gestante e Puérpera do Hospital Nossa Senhora da Saúde em Diamantina, Minas Gerais

Pesquisador: Aine Moreira Cunha Monteiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36612420.0.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.236.152

Apresentação do Projeto:

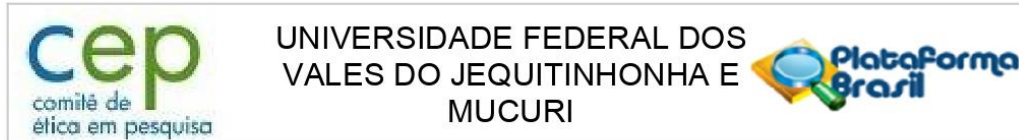
O presente estudo busca investigar a Casa da Gestante e Puérpera do Hospital Nossa Senhora da Saúde da cidade de Diamantina/MG, instituição que recebe municípios com grande vulnerabilidade social e econômica. Tem como objetivo geral avaliar as práticas desenvolvidas no cuidado com as gestantes, puérperas e recém-nascidos nesta casa de saúde, além de fazer a avaliação da estrutura física do ambiente, de modo comparativo com o que é preconizado pela Rede Cegonha. A pesquisa é de caráter exploratória e de abordagem quanti-qualitativa com uma análise bibliográfica e de campo na área materno e infantil. Em relação à discussão proposta pela pesquisa e baseando-se na literatura, considera-se que o ambiente de trabalho e a prática profissional possa influenciar positivamente e acarretar na diminuição da morbimortalidade, bem como possibilitar um atendimento mais humanizado. Com a discussão empreendida ao longo do trabalho, espera-se contribuir com a melhoria da qualidade do serviço prestado traçando o perfil assistencial aplicado no cuidado, bem como caracterizar o tipo de estrutura física desta localidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo geral desta pesquisa é realizar avaliação da Casa da Gestante do município de Diamantina, MG, considerando sua estrutura física e relevância dos cuidados humanizados na

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.236.152

prestação da assistência materno-infantil, comparativamente ao preconizado na Rede Cegonha.

Objetivo Secundário:

- Avaliar se a Casa da Gestante condiz com o que é priorizado na Rede Cegonha;- Caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes e puérperas na Casa da gestante, além de traçar o perfil dos gestores e profissionais da saúde que atuam na ou em função da casa da gestante;- Fazer uma caracterização da Casa da Gestante; - Analisar os resultados da assistência prestada às usuárias através da análise estatística de

variáveis;- Validar os questionários que serão utilizados na pesquisa para contribuir com o meio acadêmico;- Fazer uma triangulação de comparação entre a percepção das gestantes, puérperas, gestores e profissionais da saúde para análise dos dados; Após a coleta e análise dos dados, será confeccionado um material didático sobre a pesquisa para ser disponibilizado às gestantes e puérperas. Será realizado, ainda, uma oficina para trabalhar a questão com as gestantes e puérperas na Casa da Gestante, além de um evento após conclusão do projeto para os profissionais da

saúde da macrorregião e estudantes da graduação e pós graduação da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri para divulgação da pesquisa e temas voltados para o materno-infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

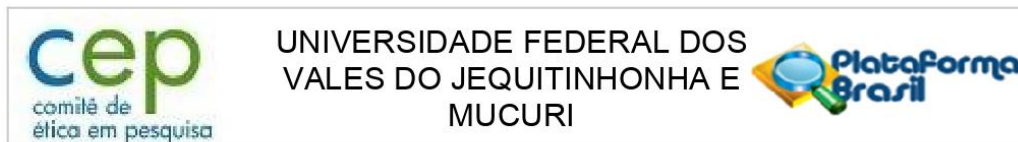
Riscos:

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde - CNS "toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco" (CNS, 1996). Os riscos envolvidos nesta pesquisa são:• Contato do entrevistador com os participantes da pesquisa nesse período de pandemia pela COVID-19 Para minimizar a exposição e os riscos de contágio, a entrevistadora trocará de roupa (blusa, calça e sapato) para adentrar na instituição. Além disso, fará uso dos equipamentos de proteção individual como uso de máscara, touca no cabelo, avental descartável e propé nos calçados para evitar veiculação de microrganismos.

•Segurança do local da entrevista para não propagação do COVID-19

O risco poderá ser minimizado com a adequação do local para entrevista, sendo assim será disponibilizado álcool em gel na porta de entrada, se tiver algum entrevistado sem máscara também será disponibilizado. A organização das cadeiras será com uma distância mínima de um metro entre elas. O local para a entrevista é um anexo da instituição, ou seja, os entrevistados não serão deslocados para fora deste ambiente. As cadeiras e materiais serão devidamente higienizados antes e após a realização de cada entrevista.Outras medidas de seguranças

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.236.152

estabelecidas pela Instituição também serão seguidas pela pesquisadora.

- Desconforto e ansiedade do entrevistado em responder alguma pergunta. Esse risco será minimizado informando aos participantes que eles podem deixar de responder a qualquer questionamento.
- Discriminação e estigma por perda de privacidade e da confidencialidade. Para minimizar esses riscos, a confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes será garantida pelo pesquisador, uma vez que os participantes serão identificados apenas por números, de modo que será possível a validação da individualidade da informação, mas garantida a privacidade e confidencialidade.
- Devolução ou comunicação inadequada dos resultados da pesquisa gerando conflitos, abalando vínculos entre pacientes e profissionais de saúde.

Para evitar essa ameaça, todos os dados serão analisados e divulgados com imparcialidade, de forma estatística, sendo que a divulgação ocorrerá

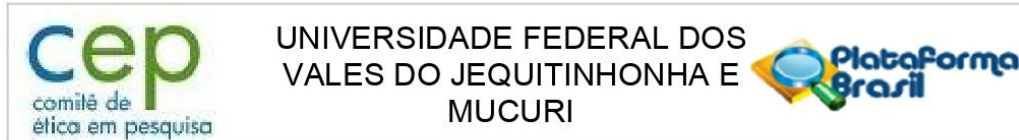
somente por meio científico com publicações devidamente aprovadas pelo CEP, sem identificação dos participantes da pesquisa. Desse modo, será garantido o sigilo sobre a identidade do entrevistado. Além disso, todas as entrevistas ocorrerão em local e horário pactuados com os entrevistados, de modo a lhes garantir conforto, privacidade e confidencialidade.

Benefícios:

Como benefício direto pela participação no projeto, todos os sujeitos envolvidos da pesquisa serão convidados a participar de uma oficina que será realizada na Casa da Gestante para saber sobre os resultados da pesquisa, quando receberão uma cartilha informativa, produzida ao final deste trabalho, que irá trazer de forma lúdica as principais informações com os resultados e conclusões obtidos nesta proposta, direitos, deveres, acessibilidade e referência. A cartilha será disponibilizada na Casa da Gestante e Puérpera e também nas unidades de saúde da Macrorregião. Já

com relação aos benefícios indiretos, o estudo permitirá o retorno das análises à Instituição pesquisada, além do aprofundamento do conhecimento em relação às práticas de cuidado às puérperas da macrorregião de saúde. Pretende-se com os resultados, propor aos gestores da Casa da Gestante e Puérpera e aos profissionais de saúde a adoção de práticas alternativas e complementares de cuidado. Ademais, os participantes receberão retorno quanto aos resultados da pesquisa, conforme determina a resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, por meio das cartilhas (a serem disponibilizadas a todos os participantes, Casa da Gestante e Puérpera e Unidades Básicas de Saúde) e do relatório técnico (a ser disponibilizado à Casa da Gestante e Puérpera, ao HNSS e à Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, MG).

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br

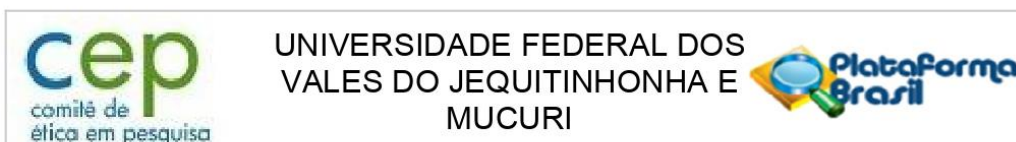


Continuação do Parecer: 4.236.152

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória com abordagem quanti-qualitativa através de um levantamento bibliográfico e de campo na área materno e infantil voltado para as práticas humanizadas no itinerante da mãe e a referência do serviço prestado pela Casa da Gestante e Puérpera do Hospital Nossa Senhora da Saúde em Diamantina/MG avaliando se está de acordo com o preconizado na Rede Cegonha. A pesquisa aqui proposta ocorrerá em duas etapas, na primeira será realizado um levantamento bibliográfico e na segunda etapa, a pesquisa de campo. Para fomento do estudo, inicialmente será realizada uma busca nas bases de dados virtuais: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Periódico CAPES/MEC, orientada por combinação de descritores no DeCS, sendo eles: Assistência humanizada. Rede Cegonha. Saúde de Mulher. Após o levantamento bibliográfico será realizada a aplicação dos questionários semi estruturados criados para este estudo, a serem aplicados às puérperas hospedadas na Casa de Gestante, às gestantes, aos profissionais envolvidos no cuidado e aos gestores da Casa de Gestante, todos identificados por meio de códigos padronizados numerados sequencialmente, favorecendo a análise dos dados e garantindo o anonimato. Os participantes da pesquisa constituirão uma amostra de conveniência sendo integrada por profissionais envolvidos no cuidado, gestores, gestantes e puérperas da Casa de Gestante de Diamantina (Minas Gerais), no total de 124 participantes, sendo 45 profissionais, 05 gestores e 74 puérperas, que ao passarem pelos parâmetros de inclusão ou exclusão serão convidados a participar do estudo. Inicialmente, o projeto será submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Somente após autorização do CEP, os pesquisadores farão contato com a instituição Hospital Nossa Senhora da Saúde, para assinatura da carta de anuência (Apêndice 3). As informações serão colhidas através dos questionários semi estruturados criados para utilização neste projeto, por meio do acesso à entrevista que terá duração média de 30 a 40 minutos e não será gravada. A pesquisadora pactuará com os gestores, profissionais, gestantes e puérperas as datas e horários para aplicação dos questionários, sendo que o local será na Sala do Barão dentro da própria instituição. Também será pactuado com a gestão da Casa da Gestante e Puérpera sobre a comunicação rotineira à pesquisadora (via e-mail e/ou mensagem) quando houver nova admissão de gestantes ou puérperas na Casa, de modo que estas também possam participar da

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.236.152

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1595425.pdf	14/08/2020 18:18:06		Aceito
Outros	sugestaodecarta.pdf	14/08/2020 18:11:24	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Outros	questionario.pdf	14/08/2020 18:08:35	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Outros	questionario.pdf	14/08/2020 17:56:53	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Outros	questionario1.pdf	14/08/2020 17:52:29	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	02.pdf	14/08/2020 17:47:21	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Orçamento	01.pdf	14/08/2020 17:44:40	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Cronograma	cronograma1.pdf	14/08/2020 17:42:27	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto13.pdf	14/08/2020 17:38:18	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	14/08/2020 17:14:55	Aline Moreira Cunha Monteiro	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

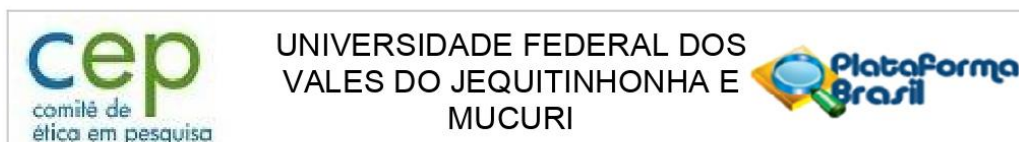
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:
Simone Gomes Dias de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 4.236.152

pesquisa, caso seja de seu interesse. Os dados obtidos na pesquisa serão de uso exclusivo neste projeto, sendo que os mesmos poderão ser utilizados para produção de artigos científicos, dissertação e apresentação em eventos científicos. Metodologia de Análise de Dados: Será realizado a análise dos dados coletados com uma margem de erro de 5% além da realização do cálculo de frequência absoluta e relativa dos dados. A divulgação dos resultados da pesquisa com elaboração de medidas reparadoras será posteriormente planejada para a instituição. Após a coleta dos dados, haverá a tabulação e codificação para triangulação de comparação através dos questionários da pesquisa. Com relação aos testes serão realizado um contra balanceamento entre a quantidade de gestores, profissionais da saúde e as gestantes e puérperas para o tratamento e calibragem dos dados antes das análises. As análises estatísticas serão realizadas com o auxílio do software R. Inicialmente, será verificado se os dados atendem aos critérios de pressuposições para realização de testes paramétricos. Se os dados apresentarem distribuição normal será realizado o teste t de Student e, caso essa pressuposição não seja atendida, será aplicado o teste de Mann-Whitney. Serão conduzidas também análises descritivas e estudos de associação entre as variáveis independentes, utilizando-se o teste Quiquadrado. A definição dos tipos de análises e testes estatísticos a serem utilizados será feita mediante a natureza dos dados coletados. Em relação a significância, será adotado o nível de 5% ($p < 0.05$).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou o projeto nos moldes da CONEP, projeto completo, TCLE, questionários, cronograma e folha de rosto.

Recomendações:

- Serão permitidas apenas duas ressubmissões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS e sua aprovação está condicionada à apresentação da declaração da instituição co-partícipe, como definido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP 0212/10). Verificar documento com informações na página do CEP/UFVJM: http://prppg.ufvjm.edu.br/index.php?option=com_edocman&view=category&id=162&Itemid=285 Modelo de carta co-partícipe.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br