

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE
VITÓRIA- EMESCAM**

**PROGRAMA DE PÓS –GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

DANIELE GONÇALVES DOS SANTOS

**ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AUSÊNCIA DO PRÉ-NATAL E
PREMATURIDADE À LUZ DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
MATERNO-INFANTIL**

**VITÓRIA
2018**

DANIELE GONÇALVES DOS SANTOS

**ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AUSÊNCIA DO PRÉ-NATAL E
PREMATURIDADE À LUZ DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
MATERNO-INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Carrupt Machado Sogame

VITÓRIA

2018

S237a Santos, Daniele Gonçalves dos.
Análise sobre a relação entre ausência do pré-natal e
prematuridade à luz dos Programas de Atenção Materno-infantil
/ Daniele Gonçalves dos Santos. - 2018.
76 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Saúde materno-infantil. 2. Prematuridade. 3. Pré-natal –
consultas médicas. 4. Humanização do nascimento. I. Sogame,
Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 618.20231

DANIELE GONÇALVES DOS SANTOS

**ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AUSÊNCIA DO PRÉ-NATAL E
PREMATURIDADE À LUZ DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
MATERNO-INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 14 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora.

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro interno

Profa. Dra. Gilsa Helena Barcellos
Departamento de Serviço Social
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro externo

*“Para mudar o mundo, é
necessário mudar a forma
de nascer”.*

(Michel Odent)

AGRADECIMENTOS

Obrigada ao universo, que de alguma forma fez o mundo girar e permitiu que eu pudesse estudar algo que fará diferença em minha vida profissional/pessoal.

Obrigada Gabriela e Yara, secretárias do programa de mestrado, por toda ajuda e carinho que sempre tiveram comigo, vocês fazem parte dessa conquista!

Gratidão maior à professora Luciana Carrupt Machado Sogame, que mesmo com todas as dificuldades apresentadas por mim, não me permitiu desistir nem me entregar. Cada orientação, ora firme, ora carinhosa, acrescentou em mim um pouco dela. Professora eu nunca conseguirei expressar em palavras a importância que você tem em minha vida. Seguirei meu caminho, tentando compartilhar as sementes em mim plantadas. Gratidão sempre.

Agradeço à minha mãe e irmã, que me apoiam nos caminhos que trilho. Sem vocês duas eu não sou nada. Obrigada por me inspirar a buscar meus objetivos e ideais e a percorrer o percurso que acredito como certo. Mulheres fortes/frágeis, na medida certa. Amo vocês.

E o agradecimento mais profundo ao meu marido. Vida, você é peça fundamental nessa conquista. Ao meu lado em todos os momentos, de mãos dadas, as vezes me amparando e em outras me erguendo, mas, sempre comigo. Te amo!

Agradecimento à FAPES pelo apoio financeiro.

RESUMO

A prematuridade é uma condição que determina e é determinada por alguns fatores. O pré-natal deve ser uma ferramenta utilizada para identificar as circunstâncias que levam a determinado desfecho. Esse estudo teve como objetivo analisar a associação entre ausência do pré-natal e o grau de prematuridade à luz dos programas de atenção materno-infantil. Procedeu-se uma pesquisa bibliográfica e documental, e um estudo do tipo observacional de coorte retrospectivo, em uma Maternidade de Vitória. A pesquisa bibliográfica e documental comprovou o caminho percorrido pelas mulheres, juntamente com a sociedade civil, para que políticas de atenção materno-infantil estivessem presentes na agenda do Estado e culminaram na implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que preconiza os requisitos para o atendimento de pré-natal, parto e pós-parto. Na pesquisa de campo, foi verificado que 52% das gestantes realizaram no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, que a faixa etária das mães variou de 14 a 46 anos. Observou-se que 66% das gestantes que frequentaram as consultas pré-natal pertenciam ao grupo de mulheres de baixo risco (20 a 34 anos) e ao se realizar análise estatística (Teste Exato de Fisher) constatou-se que a idade foi um fator significativo ($p=0,017$) para a frequência nas consultas. A via de nascimento mais comum foi a cesariana (67%) e ao se considerar os recém-nascidos observou-se que 57% eram do sexo masculino, com idade gestacional em média de 34 semanas, 48% eram prematuros limítrofe, 44% prematuros moderados e 8% extremo. O diagnóstico inicial, mais frequente, para internação foi de Doença da Membrana Hialina (53%) e dos RNs com este diagnóstico 97% eram prematuros moderados/extremos. Os achados demonstram que a realização do pré-natal ainda não é uma realidade da maioria das gestantes. A captação e permanência das mesmas no pré-natal está a baixo do recomendado pelo MS, principalmente se tratando de mulheres com idade de risco que foram as que realizaram o menor número de consulta pré-natal. Salienta-se a necessidade de se estabelecer estratégias para a sensibilização da importância, bem como, o acesso das gestantes aos programas de assistência pré-natal, pois entende-se que o nascimento é resultado do que foi construído durante a gestação.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde materno-infantil; Pré-natal; Prematuridade; Humanização do Nascimento

ABSTRAT

Prematurity is a condition that determines and is determined by some factors. Prenatal care should be a tool used to identify the circumstances that lead to a particular outcome. This study aimed to analyze the association between absence of prenatal care and the degree of prematurity in the light of maternal and child care programs. A bibliographic and documentary research was carried out, and a study of the observational type of retrospective cohort in a Maternity of Victory was carried out. Bibliographical and documentary research has proven the path taken by women, together with civil society, so that maternal and child care policies were present in the State agenda and culminated in the implementation of the Humanization of Childbirth and Birth Program, which advocates the requirements for prenatal, delivery and postpartum care. In the field research, it was verified that 52% of the pregnant women performed at least six consultations, as recommended by the Ministry of Health, that the age range of mothers ranged from 14 to 46 years. It was observed that 66% of the pregnant women attending prenatal consultations belonged to the group of low-risk women (20-34 years old) and when performing statistical analysis (Fisher's Exact Test) age was found to be a factor ($p = 0.017$) for the frequency in the consultations. The most common birth route was cesarean section (67%) and when considering the newborns, 57% were male, with a mean gestational age of 34 weeks, 48% were premature, borderline premature, 44% preterm moderate and 8% extreme. The most frequent initial diagnosis for hospitalization was Hyaline Membrane Disease (53%) and NB with this diagnosis, 97% were moderate / extreme premature. The findings demonstrate that prenatal care is not yet a reality for most pregnant women. Prenatal uptake and stay in prenatal care is below that recommended by MS, especially when it comes to women at risk age who were the ones who performed the least number of prenatal visits. It is highlighted the need to establish strategies to raise awareness of the importance, as well as the access of pregnant women to prenatal care programs, since it is understood that birth is a result of what was built during pregnancy.

Keywords: Public Policies; Maternal and child health; Prenatal; Prematurity; Humanization of Birth

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CPAIMC	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ITU	Infecção do Trato Urinário
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
AIMS	Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
IHAC	Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RMM Razão de Mortalidade Materna

RC Rede Cegonha

MES Ministério da Educação e Saúde

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
2 O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL....	17
3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE.....	41
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
5 REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE E ANEXO.....	69
APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS.....	69
ANEXO A – Diretrizes para Autores.....	71
ANEXO B – Comitê de Ética e Pesquisa – CEP	75

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gestação é um fenômeno fisiológico, por isso, sua evolução se dá, na maioria das vezes, sem intercorrências. Apesar disso, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, podendo aumentar a probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (ARAÚJO et al, 2014).

A assistência pré-natal deve possibilitar a identificação precoce e oportuna dos problemas que a gestante apresenta, além dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, determinando em que nível de assistência os mesmos devem ser realizados. Contribui para desfechos mais favoráveis, uma vez que permite a detecção precoce e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (ARAÚJO; et al, 2014).

É importante ressaltar que o pré-natal permite a identificação e o manejo de condições clínicas, sociodemográficas e de fatores comportamentais de risco nas gestações que favorece a prevenção de eventos indesejáveis à mãe e ao recém-nascido. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil na comunidade permite orientações às que estão vulneráveis no que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional (GOUDARD et al, 2016; BRASIL, 2012).

Dentre os fatores de risco, podemos destacar: idade materna menor que 19 anos ou maior que 35 anos; baixo nível socioeconômico; antecedente de parto pré-termo; estatura materna, gestação gemelar; sangramento vaginal no 2º trimestre de gestação; amadurecimento cervical; aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação; hábito de fumar; ocupação materna em atividade profissional remunerada; estado nutricional; alteração de peso inadequado da mãe; infecções do trato urinário; exposição a substâncias tóxicas; ausência de pré-natal ou número reduzido de consultas; e tipo de parto (GUIMARÃES; et al, 2017).

Na maioria dos casos a presença de um ou mais fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem

uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento (BRASIL, 2012).

O cuidado ao longo da gestação, do parto e do puerpério tem papel fundamental na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. É certo que o contexto social e econômico é determinante para a superação destes riscos, mas a assistência à reprodução tem grande importância para assegurar a saúde e a vida das mulheres no momento da reprodução, bem como garantir as condições que cercam os nascimentos para que não venham a limitar as novas vidas que se iniciam (SANTANA et al, 2011).

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento humanizados. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição. A humanização do nascimento, por sua vez, compreende todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. A atenção ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança da atuação profissional e a suavidade no toque, principalmente durante a execução dos cuidados imediatos (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Preconizou os parâmetros mínimos para uma adequada assistência pré-natal, objetivando ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas (primeira consulta até 16ª semanas, exames laboratoriais e consulta de puerpério) e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto e reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal do país (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; GOUDARD et al, 2016).

O nascimento pré-termo ou prematuro é um assunto de extrema importância em todo o mundo, e uma prioridade de Saúde Pública, por se tratar da causa mais

importante de morte neonatal e a segunda causa principal de mortalidade em crianças menores de 5 anos (GUIMARÃES et al, 2017).

São considerados pré-termo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas completas (pré-termo limítrofe: 35-36 semanas gestacionais; pré-termo moderado: 31-34 semanas gestacionais; pré-termo extremo: < 30 semanas gestacionais), sendo que, quanto menor a idade gestacional, maior a probabilidade de risco relacionado a terapêutica ou a complicações da prematuridade (BRASIL, 2011a).

A prematuridade acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. Inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro). Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas (infecção do trato urinário (ITU), doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, sífilis e), primiparidade (mais frequente no primeiro filho) (RAMOS; CUMAN, 2009).

Estudos nacionais elaborados pelo Ministério da Saúde apontam aumento da prematuridade relacionado às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e o aumento do risco de morte infantil e perinatal, mesmo entre os prematuros tardios com peso adequado ao nascer (ALVES, 2016).

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são os fatores mais importantes na determinação da mortalidade neonatal (o baixo peso, particularmente, pode ser derivado tanto da prematuridade como do retardo do crescimento intra-uterino, condições clínicas detectáveis através do pré-natal adequado). Crianças prematuras, com baixo peso ao nascer (inferior a 2500g), apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas de gestação a termo, com peso dentro de parâmetros de normalidade. Vale ressaltar que, a prevalência

de baixo peso ao nascer e a prematuridade, pode estar relacionados à carência de procedimentos rotineiros básicos na assistência à gestante (KILSZTAJN; et al, 2003; LOPES; MENDES, 2013).

Além disso, o perfil de mães de prematuros e a caracterização de nascidos vivos são influenciados pelas condições sociais, econômicas e sanitárias da localidade em questão onde ocorrem a gestação e o nascimento, que essas mesmas condições certamente influenciaram na qualidade de vida futura, sendo um fator contribuinte para os altos índices de mortalidade infantil (RAMOS; CUMAN, 2009).

A mortalidade infantil consiste num dos principais indicadores de saúde, uma vez que permite medir a qualidade de vida de uma população, avaliar o nível de desenvolvimento e o acesso aos serviços de saúde (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012). É classificada em: mortalidade neonatal precoce (número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos), mortalidade neonatal tardia (número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos), taxa de mortalidade pós-neonatal (número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos) (PAULA JÚNIOR et al, 2016).

Nessa ótica, torna-se fundamental, tanto para a saúde materna quanto neonatal, uma atenção pré-natal qualificada e humanizada. As condições da assistência prestada à gestante, por meio do pré-natal, juntamente com a assistência ao parto e ao recém-nascido, podem contribuir efetivamente para que os coeficientes de morbimortalidade infantil sejam reduzidos.

Diante do exposto esse estudo faz uma reflexão sobre a evolução histórica das políticas de atenção materno-infantil que culminaram na elaboração do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, apresenta e discute resultados de uma pesquisa de campo, que teve como proposta conhecer a influência da ausência do pré-natal para a ocorrência de diferentes graus de prematuridade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES.

O que motivou a realização dessa pesquisa foi a minha caminhada acadêmica sempre esteve ligada à saúde da mulher. Fui uma dos dois alunos a participar do

estágio extra-curricular em saúde da mulher. O cuidar de outras sempre esteve em meu desejo profissional. Após conclusão da graduação, continuei os cuidados com mulheres através do Pilates e tratamentos estéticos. O meu público feminino preferido sempre foi o de gestantes, direcionei meus cuidados a essas mulheres, tornando-me Doula, acompanhante de parto profissional treinada.

O desejo de estudar sobre o pré-natal vem do recente reconhecimento e da conscientização do papel de sujeito atuante na sociedade, um processo pelo qual podem acontecer transformações nas relações sociais, políticas, culturais, econômicas e de poder que visam potencializar a conscientização civil sobre os direitos sociais e civis. O empoderamento implica conquista, superação e avanço por parte daquele que se empodera.

Um pré-natal bem realizado identifica gestantes que possam desenvolver complicações durante a gestação, reduz as chances de complicação durante o parto e nascimento e facilita a atuação de profissionais especialista atuem em situações de gestação de alto risco.

Além disso, a gestação é um período de grandes emoções e sentimentos para a mulher e de grande turbilhão de hormônios. Nesse período, o cuidado deve ser o mais humano possível e de grande consciência do corpo e da força que existe dentro de uma parturiente.

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários. Humanização não é técnica ou artifício, é um processo vivido no dia-a-dia que fundamenta toda atividade das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada momento.

Dessa forma, ao se pesquisar sobre a assistência pré-natal e práticas humanizadoras de saúde, agregamos maiores conhecimentos para prestar atendimento de forma humanizada e baseado em evidências científicas.

Destaca-se que participação das mulheres em práticas educativas durante o pré-natal permite a construção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos, favorece o vivenciar de uma gestação mais tranquila e promove a formação do vínculo mãe-bebe, com uma melhor aceitação da gravidez.

Então, a proposta geral da presente pesquisa foi analisar a associação entre ausência do pré-natal e prematuridade à luz dos programas de atenção materno-infantil. E também três objetivos específicos. O primeiro foi contextualizar as políticas/ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde considerando os momentos histórico e político na implementação. Para responder esses objetivo, realizou-se uma pesquisa que se dividiu em três momentos: o primeiro, uma pesquisa bibliográfica utilizando-se de publicações com as palavras chaves: **maternal and child health, public policy, humanization of assistance, child morbidity**, publicadas em português e inglês nas bases de dados Scielo, PubMed e MedLine no período de 1920 a 2017. Também realizou-se um levantamento sobre leis, decretos, portarias e normas relacionadas aos programas voltados para a atenção à saúde materno-infantil, bem como a evolução histórica sobre o surgimento das políticas públicas para essa população.

O resultado desse levantamento encontra-se no primeiro capítulo teórico que trata do “O programa de humanização do pré-natal e nascimento no contexto das políticas de atenção à saúde materno-infantil” trás a contextualização histórica das ações do governo que levaram a elaboração do programa de humanização o parto e nascimento, que estabelece critérios para adequação da assistência pré-natal, objetivando redução das taxas de mortalidade materno-infantil.

O segundo objetivo específico, descrever o perfil maternos e dos RNPT considerando os aspectos relacionados à variáveis clínicas maternas, neonatais e o grau de prematuridade, para tanto realizada uma pesquisa do tipo observacional de corte retrospectivo, com utilização de informações obtidas no banco de dados da pesquisa “Morbidade e mortalidade de recém-nascido prematuro internados em uma UTIN de um hospital filantrópico de Vitória”, coordenada pela professora Dra Luciana Carrupt Machado Sogame. Enquanto o terceiro objetivo específico foi identificar a frequência de realização do pré-natal e o grau de prematuridade de RNPT

internados em um Hospital Escola de Vitória-ES. Para isso, foi realizada uma análise univariada (Teste Exato de Fisher).

Como produto da pesquisa de campo, foi confeccionado um artigo intitulado “Política de atenção materno-infantil: algumas considerações sobre pré-natal e prematuridade” com o objetivo de realizar uma reflexão sobre a evolução histórica das políticas de atenção materno-infantil, apresenta e discute resultados sobre a influência da ausência do pré-natal para a ocorrência de diferentes graus de prematuridade em um hospital filantrópico de Vitória/ES.

Por fim apresentam-se as considerações finais da presente pesquisa, seguida das referências e dos Apêndices e Anexos pertinentes a este estudo

2 O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

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

Políticas sociais foram elaboradas com o objetivo expresso de consolidar uma engrenagem social apta a impelir o nascimento e conceder elementos para a expansão industrial. Tais ações tiveram importância para o desenvolvimento social demonstrado pela erradicação e controle de várias doenças infecto-parasitárias, favorecendo o aumento da expectativa de vida e da população mundial (SANTOS-NETO, 2012).

No Brasil o primeiro marco legal com relação à assistência materna foi com a Constituição de 1891. Em seu artigo 10, inciso II, disciplinava que era competência concorrente da União e dos Estados cuidar da saúde e assistência pública. No artigo 121, parágrafo 1º, alínea h, estabelecia a assistência médica sanitária ao trabalhador, a assistência médica à gestante, assegurada a ela descanso antes e depois do parto (IURCONVITE, 2010).

A assistência à maternidade e à infância no país foi impulsionada pelo pediatra Carlos Artur Moncorvo Filho (1871-1944) que, no ano de 1899 fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, instituição que se tornou modelo na assistência à maternidade e à infância. Na mesma época, foi proposto o Departamento da Criança no Brasil com a intenção de promover estudos científicos sobre a maternidade e a infância (PARADA; MEDEIROS, 2010).

No ano de 1920, com a Reforma Carlos Chagas¹ e a implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi instalada a Inspetoria de higiene infantil que

¹ A "Reforma Carlos Chagas", tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do governo da União, nas seguintes áreas: a) assistência médica (pronto socorro, postos de saúde rurais, fiscalização das Santas Casa, etc.); b) Assistência materno-infantil; c) Educação sanitária e higiene industrial; d)

tinha atribuições de fiscalização em vários setores da saúde. Nas maternidades, fiscalizava o tratamento aos recém-nascidos, exigindo o uso de profiláticos contra doenças oftalmológicas, a permanência desses bebês no hospital nos primeiros 15 dias de vida e a preocupação em salvar vidas dos prematuros (BRASIL, 1920).

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

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

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

É na transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial, na década de 1930, que surgiu um sistema de assistência à saúde e, de modo geral, um sistema típico de proteção social no Brasil. Com a consolidação da atuação do Estado na regulação das atividades econômicas, essa mudança teve caráter predominantemente produtivista, com proteção diferenciada aos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e se traduziu, em

Fiscalização de alimentos, e laboratórios e do exercício da medicina; e) orientação alimentar (RUFFINO-NETTO; SOUZA, 1999).

especial, na promulgação da legislação trabalhista e previdenciária (FINKELMAN, 2002).

Com a depressão econômica mundial e a crise nos setores associados à exportação do café, o governo brasileiro priorizou o incentivo à indústria. A produção industrial brasileira, que crescera à taxa média anual de 2,8, em 1920-29, passou a crescer à taxa de 11,2%, em 1933-39 (FINKELMAN, 2002).

Na ocasião, os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram em embrião do Seguro Social. As CAPs foram regulamentadas através da Lei Elói Chaves (BUSS, 1995) e concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços do tipo de consultas médicas e fornecimento de medicamentos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A criação do Ministério da Educação e Saúde na década de 1930 é uma mudança no caráter dado à política social, que vai sendo incorporada enquanto uma função do Estado, fortalecendo-se a idéia do Estado como principal agente implementador de políticas sociais (FONSECA, 1993).

Em 1933, a Inspetoria de Higiene organizou na cidade do Rio de Janeiro a Conferência Nacional de Proteção à Infância, quando surgiram as propostas de intervenção do Estado em parceria com as instituições de caridade na elaboração de um programa de proteção materno-infantil. Desta Conferência nasceu a ideia de criar um órgão federal responsável pela proteção à maternidade e à infância no Brasil. Este órgão foi instituído em 22 de maio de 1934 pelo decreto nº 24.278 e recebeu a denominação de Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI). (PARADA; MEDEIROS, 2010, FONSECA, 1993).

A preocupação do Estado com a saúde materno-infantil se intensificou na Era Vargas com a Constituição de 1934, foram introduzidos direitos à mulher como licença-maternidade de três meses, incluindo o salário integral; a atuação, preferencialmente, de mulheres na direção e administração de programas de assistência social (materno-infantil, trabalho feminino e organização do lar); assim como a exigência de apoio e proteção às mães e às crianças, em todos os níveis de

governo, através de garantias legais e instituição de serviços especializados (SOIHET, 2006).

Nesta época (década de 1930), a taxa de mortalidade infantil² no Brasil era estimada em 168 em cada mil nascidos. Este valor, é bom que se o diga, já era o resultado de um lento mas consistente declínio de mortalidade, iniciado desde o princípio do século que é o reflexo da implantação de determinadas políticas sanitárias em alguns centros urbanos nacionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999). Destaca-se que nesse período os surtos epidêmicos, se intensificaram, devido à piora das condições de vida, decorrentes principalmente, do excesso populacional e da falta de infra-estrutura sanitária, ocasionado pelo êxodo rural (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No processo de transição demográfica brasileira destaca-se que, desde o século XIX até meados da década de 1940, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade, principalmente a mortalidade nos primeiros anos de vida (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Em 1940, a taxa de mortalidade infantil era de aproximadamente 147 óbitos de crianças menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos. A expectativa de vida da população era de 42,9 anos para os homens e 48,3 para as mulheres, com a diferença de 5,4 anos entre os sexos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade infantil em 1940, através do Decreto Lei n. 2.024, é implementado o Departamento Nacional da Criança (DNCr) órgão ligado ao Ministério da Educação e Saúde (MES) (BARBOSA, 2012).

² A Taxa de Mortalidade Infantil é definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade (por mil nascidos vivos), em determinada área geográfica e período. Geralmente são classificadas em altas (50‰ ou mais), médias (20‰ - 49‰) e baixas (menos de 20‰). E são classificadas também por períodos: neonatal precoce (0 a 6 dias) e tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). Percentuais elevados de óbitos neonatais estão preponderantemente associados a fatores da gestação e do parto, enquanto que, no período pós-neonatal, predominam as causas ambientais. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de condições de vida e de desenvolvimento socioeconômico. (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE, 2008).

A política elaborada por esse departamento pretendia, em linhas gerais, combater a mortalidade infantil através do pré-natal e da educação materna. Segundo o art. 1º do Decreto:

Será organizada, em todo o país, a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças, favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida. (BRASIL. Decreto Lei N. 2.024 de 17/02/1940, p. 1).

O documento estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais, e delegava ao DNCr as atribuições assim descritas no Decreto-Lei:

- a) realizar inquéritos e estudos relativamente à situação, em que se encontram em todo o país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência;
- b) divulgar todas as modalidades de conhecimentos destinados a orientar a opinião pública sobre o problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência, já para o objetivo da formação de uma viva consciência social da necessidade dessa proteção, já para o fim de dar aos que tenham, por qualquer forma, tratar da maternidade ou de cuidar da infância e da adolescência os convenientes ensinamentos desses assuntos;
- c) estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- d) promover a cooperação da União com os estados, o Distrito Federal e o Território do Acre, mediante a concessão do auxílio federal para a realização de serviços destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- e) promover a cooperação da União com as instituições de caráter privado, mediante a concessão da subvenção federal destinada à manutenção e ao desenvolvimento dos seus serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- f) fiscalizar, em todo o país, a realização das atividades que tenham por objetivo a proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011b).

A reforma administrativa no Ministério da Educação e Saúde, em 1941, implicou a verticalização, centralização e ampliação da base territorial de efetiva ação do governo federal, cuja característica anterior era o excessivo peso no Distrito Federal (FINKELMAN, 2002).

A consequência imediata destas ações e fatores combinados foi a diminuição dos níveis de mortalidade e o consequente aumento na expectativa de vida dos brasileiros ao longo dos anos. A mortalidade infantil decaiu ligeiramente, passando de 168‰ em 1930 para 135‰ entre a década de 1940 e 1950 (INSTITUDO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

O início da década de 1950 foi um período de importantes mudanças institucionais. Em 25 de julho de 1953, foi instituído o Ministério da Saúde (MS), iniciativa mais voltada a separar os dois setores (saúde e educação) do que a promover a resolução dos problemas sanitários do país (BRASIL, 2009).

Nesse mesmo período o modelo de proteção social brasileiro apresentava duas linhas principais de atuação. Uma delas é de natureza assistencial, tendo por objetivo atender aos mais pobres, numa perspectiva caritativa baseada no trabalho voluntariado, estruturado de maneira pulverizada e descontínua. A outra linha é o modelo de seguro social, em que os beneficiários são aqueles que estão inseridos na estrutura produtiva, de acordo com as categorias profissionais. O acesso aos benefícios, mesmo para esses grupos, era diferenciado entre as diversas categorias profissionais, dependente das relações corporativas e de pressão sobre o governo que determinavam aqueles que recebiam mais ou menos benefícios (COSTA; VIEIRA, 2013).

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

Durante a década de 1950, as taxas de mortalidade geral diminuíram, entretanto a de natalidade continuou em alta. Foi então que, em torno dos anos 1960, os países de Primeiro Mundo, em especial os Estados Unidos, começaram a pressionar

governos de Terceiro Mundo para adotar uma política de redução demográfica, em troca de empréstimos financeiros Brasil (COELHO; LUCENA; SILVA 2000).

A taxa de crescimento da população da América Latina, que até o ano de 1940 se havia mantido abaixo de 2% por ano, registrou uma marcada aceleração, passando de 2,2% no período 1940-1950 a quase 2,9% entre 1960 e 1965. De um pouco mais de 124 milhões em 1940, a população da região havia praticamente duplicado em 1965, passando para mais de 241 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Nessa época, no universo populacional, a parcela representativa do grupo materno-infantil é de 76.170.701 habitantes (70,98% da população geral), que se compõe de lactentes, pré-escolares, escolares, adolescentes (até 19 anos) e mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) (BRASIL, 1975). A Tabela 1 traz as taxas de distribuição percentual da população materno-infantil.

Tabela 1- Distribuição percentual da população materno-infantil no ano de 1973

POPULAÇÃO TOTAL	107.051.173	100%
GRUPO MATERNO - INFANTIL	76.170.701	70.98%
0 – 4 ANOS	17.059.073	15.43 %
5 – 9 ANOS	14.028.494	13.18 %
10 – 14 ANOS	13.288.837	12.49 %
15 – 19 ANOS (POP. MASC.)	5.850.387	5.50 %
15 – 49 ANOS (POP. FEM.)	25.943.902	24,30 %

Fonte: Encontro de Estudos Populacionais - Boletim Centro Brasileiro de Estudos Demográficos nº 2 - volume 4/1973

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

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

Dentre esses grupos, os de maior relevância foram a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) passaram a agir em todo o país de forma desordenada, implementando serviços de anticoncepção em comunidades distantes, oferecendo planejamento familiar de qualidade duvidosa. Passam então a realizar o que o Estado hesitou em assumir abertamente (o controle demográfico), devido reações dos movimentos sociais. O controle da natalidade era prioridade número um dos demógrafos neomalthusianos³ que viam no alto crescimento demográfico dos países pobres um entrave ao desenvolvimento econômico e, portanto, uma forma de perpetuar a pobreza. (COSTA, 2009).

No período de Ditadura militar⁴, como o modelo de atenção à saúde foi pautado em uma assistência médica privatista, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva possuíam um caráter predominantemente intervencionista. A forma frequente do parto era através da cesariana e o método contraceptivo mais disseminado era a esterilização feminina, como observa Almeida (2005). Instituiu-se um modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, reflexo da intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária fundada no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (BRASIL, 2011c).

³ Aqueles que defendiam a implementação de políticas de população – no caso, estrito senso, políticas de controle da natalidade (CARVALHO; BRITO, 2005).

⁴ O período militar (1964-1985), o campo econômico foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e proibição de greves. No campo social e político, os direitos dos opositores do sistema foram cassados, e o sistema político foi reformulado com a criação do bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo, a partir da decretação de atos institucionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

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

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

A assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu um período de grande expansão, em leitos, cobertura e em volume de recursos arrecadados. Entretanto, esse serviço prestado pelo setor privado, eram pagos por Unidade de Serviço, o que tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A demanda da reforma e construção de novas clínicas e hospitais com o dinheiro público se deu no mesmo período de expansão das faculdades de medicina, com alunos que em sua maioria, não conhecia a realidade sanitária da população brasileira (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

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

A V Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto no 75.409, de 25 de fevereiro de 1975, teve por objetivo adequar o conteúdo programático às novas diretrizes do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). O MS, desta forma, tentou cumprir e fortalecer o princípio da atuação integrada a nível federal e coordenada

com as Secretarias de Saúde dos Estados e Territórios, responsáveis diretas pela prestação de serviços de saúde às comunidades urbanas e rurais. Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Foi implantado então PSMI, com o objetivo de concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011c).

O programa preconizava ações de proteção a grupos de riscos e mais vulneráveis a adoecimentos, abrangendo apenas crianças e gestantes. Outra característica importante do programa desenvolvido até então, era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal, não consultando as necessidades de saúde das populações locais que se faziam presentes (BRASIL, 2004a).

Diante desta centralização, o resultado foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004a). A mulher como reprodutora era o alvo do programa quer por meio dos seus subprogramas, cujas ações eram diretamente dirigidas à mãe e ao seu filho, quer por meio das ações indiretas como cadastramento e controle (FERREIRA; 1997).

O PSMI surge como uma das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado pelo governo militar na tentativa de fixar um novo rumo ao desenvolvimentismo brasileiro. Neste contexto, a proteção ao segmento materno-infantil contida no PSMI vem a reforçar a valorização social das mulheres para o desenvolvimento socioeconômico, apenas como corpos que precisam ser

dominados para a reprodução biológica, uma vez que “o objetivo final era a proteção à saúde e bem-estar do concepto, produto da gestação” (RAMALHO; et al, 2012).

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

Nesse sentido, o ativismo feminino em favor da maternidade partiu de uma concepção de que as mulheres deviam exercer seus direitos como cidadãs tendo suas particularidades respeitadas, como no caso da maternidade. O movimento feminista pretendia definir a cidadania das mulheres com base numa natureza ou contribuição específica feminina, própria da sociedade na qual exigiam igualdade de direitos com os homens (BARBOSA, 2012).

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

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

Os grandes ganhos de redução nas taxas de mortalidade infantil começaram a ocorrer de forma consistente a partir de meados da década de 1970, após concluídos os fortes ajustes efetuados na economia do País e, sobretudo, a partir da adoção de grandes programas de atenção básica à saúde; ou seja, durante os primeiros 35 anos que se seguiram a 1940, poucas alterações foram observadas no ritmo de declínio da mortalidade infantil, sendo que suas taxas de decréscimo médio anual reduziram-se, em média, em torno de 1% ao ano para o Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Com a preocupação de prevenir as gestações de risco, o Ministério da Saúde implementou em 1978 o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). O propósito de sua elaboração foi regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, à prevenção de gestações futuras, quando indicada, e ao diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade (BRASIL, 1978).

Devido a reações contrárias exercidas pelos movimentos sociais, que contaram com o apoio da imprensa, o feminismo obteve sua primeira conquista, pois o PPGAR não chega a ser implementado e é arquivado (RAMALHO; et al, 2012).

Ainda em 1978 foi realizada a Conferência de Alma Ata. Na Conferência, os países membros das Nações Unidas assumem uma série de compromissos tendo como meta garantir “Saúde para todos até o ano 2000”. Os compromissos assumidos vislumbraram aspectos mais profundos da própria concepção de saúde, que adquire uma conotação não somente de ausência de doenças, mas um direito humano fundamental, alicerçado em “um completo bem-estar físico, mental e social”. O enfoque passa a ser a atenção primária, incluindo uma ideia diferenciada de “participação social e comunitária no planejamento da saúde” (COSTA; VIEIRA, 2013).

A Conferência enfatizou que a saúde: estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental e que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Entre os cuidados primários de saúde tem-se a assistência a saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Aos poucos, foi-se evidenciando a preocupação de oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade do médico se preocupar

com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas (OSIS, 1998).

No contexto do início dos anos 1980, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania, a “saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 1970: ‘Nosso corpo nos pertence’” defendiam políticas específicas para mulheres, que de forma democrática possibilitassem informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade. Expressaram não somente a luta pela autonomia de escolhas como também exteriorizaram toda submissão e opressão feminina no estereótipo de mãe e reprodutora (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006; RAMALHO et al, 2012).

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

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

A atenção integral à saúde da mulher é compreendida como promoção, proteção e recuperação dos corpos femininos, durante todo o ciclo vital, incluindo o período reprodutivo e gestacional. Mas, na prática, e na história brasileira, grande parte da população feminina só é objeto de algum cuidado de saúde quando está no período gravídico-puerperal. Tanto pela intensiva medicalização do parto, o que o torna muito rentável para o complexo médico-industrial-hospitalar, como pelos cuidados destinados ao feto e ao recém-nascido (COELHO, 2008).

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

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

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

O PAISM resulta da convergência de diversas forças sociais, entre elas o feminismo como corrente de pensamento e ação social que, a partir da ótica das mulheres, propõe a releitura do biológico da saúde da mulher tomando o social como base para a intervenção. Influenciado também fortemente pelo Movimento de Reforma Sanitária⁵, advogando precocemente o princípio de que a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado (FOSENCA; 1999).

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

⁵ Defendiam as seguintes diretrizes: universalização do acesso aos serviços de saúde; saúde como direito social e dever do Estado; criação de um sistema único de saúde com predomínio do setor público; descentralização do sistema; financiamento efetivo; além da participação e controle da população através dos conselhos de saúde (SILVA, 2013).

políticas de saúde, da dimensão social, incluídas aí as questões de gênero. (COELHO, 2008; FOSENCA, 1999).

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

Após a instituição do Programa a taxa de mortalidade infantil caiu de 67,59 em 1985, para 47,81 em 1990 por mil nascidos vivos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999).

Como resultado das forças progressivas que influenciaram na implementação do PAISM, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, por ser a primeira conferência de saúde com participação e representação popular em resposta “a concentração de poder político, econômico e administrativo” explicita a nova concepção de democracia e cidadania que estava sendo debatida (BRASIL, 1986).

Essa conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (BERLOZZI; GRECO, 1996).

Esse novo sistema de saúde foi institucionalizado em cinco artigos da Constituição de 1988, com as principais demandas dos setores defensores da reforma sanitária, as determinações da Carta Magna versavam sobre um sistema nacional de saúde público, universal, com a unificação dos órgãos públicos de saúde dos três níveis de governo, com a defesa de que o sistema privado fosse complementar à cobertura do

setor público, reformulando os desenhos operacionais na área de saúde que estavam em vigor (SILVA, 2013).

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

Entretanto, em meio a grandes avanços no campo social e da saúde, foi eleito um novo governo. Fernando Collor de Mello iniciou seu mandato em 1990, com uma perspectiva de governo que ia de encontro às propostas de ampliação da participação nas decisões da área da saúde e a definição, através dos conselhos de saúde, do destino dados aos recursos financeiros para essa área (SILVA, 2013).

Foi a partir desse governo que a ideologia neoliberal foi se consolidando no Brasil. A ideia de Estado mínimo, com a argumentação que esse deve ser mais enxuto, ágil, dinâmico, livre de burocracia, da corrupção e do gigantismo. O discurso predominante é o abertura, da modernidade, mas que na realidade, ocorre uma privatização do Estado e um enfraquecimento do mesmo, no que se refere à ação social. E como resultado, desregulamentação dos mercados de trabalho, desregulação do mercado financeiro. A ideologia neoliberal foi a resposta das classes dominantes aos ganhos substanciais conquistado pela classe operária e camponesa (COELHO, 2008).

O projeto neoliberal transformou a municipalização em acelerado processo de privatização e desmanche do Estado, na medida em que desobriga o nível central de algumas funções. A crise e a ausência de verbas e de prioridades para o setor social levam a problemas mais grave (FONSECA, 1993).

No período de implementação do SUS década de 1990, o Brasil participou de um encontro realizado em Florença Itália, promovido pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF. Nesse encontro buscou-se mecanismos e ações para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (LAMOUNIER, 1996).

Nesta época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro “Aleitamento Materno na Década de 1990: Uma Iniciativa Global” um conjunto de metas chamado “Declaração de Innocenti”, resgatando o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso (LAMOUNIER, 1996).

Também enfatizava-se a recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, o que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria. Nesse encontro foi idealizada uma estratégia denominada “Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC” (LAMOUNIER, 1996).

Em 1990, a aprovação do estatuto da criança e do adolescente também previa a atenção à gestante “Art. 7 A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (SANTOS-NETO, et al, 2008).

Quanto ao recém-nascido no sistema público de saúde, pretendia-se assegurar à gestante, através do SUS, o atendimento antes e após o parto, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade e manter alojamento conjunto possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (SANTOS-NETO et al, 2008).

Em 1991, através da elaboração e divulgação, pelo MS, do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido, foi definida, pela primeira vez, como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil (ARAÚJO et al, 2014).

Considerando a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais, o MS lançou, em 1993, a portaria GM/MS nº.1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de internação da gestante e do recém-nascido em todo território nacional. (SANTOS-NETO et al, 2008).

O Alojamento Conjunto tem como objetivo a integração mais íntima da mãe com o recém-nascido, contribuindo para estabelecer um relacionamento afetivo melhor entre mãe/filho desde o nascimento, além de proporcionar a segurança emocional para os pais quanto aos cuidados com o bebê e incentivar o aleitamento materno diminuindo a incidência de infecções hospitalares (FONSECA et al., 2002).

Com o intuito de garantir o direito da criança à assistência humanizada e com o objetivo de incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, o MS lançou em 1994 a Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança (IHAC), por meio de duas portarias: uma assegurando pagamento de 10% a mais sobre assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS, e outra, estabelecendo critérios para o credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança (ARAUJO et al, 2014). Destaca-se que no Espírito Santo temos dois hospitais cadastrados como Hospital Amigo da Criança, a Maternidade Coronel Leoncio Vieira De Rezende - Serra e Hospital e Maternidade Dr Arthur Gerhardt, localizado em Domingos Martins.

EM 1996, o Congresso Nacional regulamentou através da Lei n. 9263 o Planejamento Familiar que garante em todos os níveis no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: assistência à concepção, ao atendimento pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis; e o controle e a prevenção do câncer cervico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (BRASIL, 2002).

Essa medida democratiza o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo que regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do SUS. O Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as (BRASIL, 2002).

A mortalidade infantil, entre 1990 e 2000, no Brasil, passa de 47,5 óbitos de menores de 1 ano para cada 1 000 nascidos vivos, para 29,7‰, ou seja, um decréscimo de 37,5. Na tabela 2, podemos observar as diferenças regionais nas taxas de mortalidade. A região nordeste apesar de apresentar redução na

mortalidade de 75,9‰ no ano de 1991 para 42,3‰ em 2000, permanecendo classificada como média, diferente das outras regiões que alcançaram a classificação baixa de mortalidade infantil, demonstrando as diferenças econômicas no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Tabela 2 – Taxas de mortalidade infantil no Brasil, segundo as Grandes Regiões – 1950/2000

Grandes Regiões	Taxas de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)					
	1950	1960	1970	1980	1991	2000
Brasil	135,0	124,0	115,0	82,8	47,5	29,7
Norte	145,4	122,9	104,3	79,4	45,1	29,5
Nordeste	175,0	164,1	146,4	115,3	75,9	42,3
Sudeste	122,0	110,0	96,2	57,0	32,5	21,3
Sul	109,0	96,0	81,9	58,9	28,0	18,9
Centro-Oeste	119,0	115,0	89,7	69,6	33,3	21,6

Fonte: IBGE, 2000. Censo Demográfico 1950/2000.

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

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

Para monitorar o PHPN, desenvolveu-se o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Este sistema é essencial para a implementação de ações em saúde no âmbito municipal, estadual e federal, pois gera os indicadores de processo de assistência ao pré-natal e os disponibiliza por localidade e período (PAVANATTO; ALVES, 2014). Os incentivos financeiros

foram assim estabelecidos: R\$ 10,00 no registro do cadastramento da gestante no PHPN e R\$ 40,00 por gestante na conclusão do pré-natal, desde que cumprido o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo PHPN (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir: (BRASIL, 2006).

O princípios do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento são:

- a) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- c) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades: a) Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação; b) Realizar no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; c) Realizar uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; d) Realização dos seguintes exames laboratoriais para diagnóstico e acompanhamento do estado clínico da gestante; e) Ofertar Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; f) Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; g) Realização de atividades educativas; h) Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004b).

Em março de 2004 foi lançado, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna⁶ e Neonatal, que tem como meta reduzir essas mortes em 5% ao ano. Seus princípios estão voltados para o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004a).

Dentre as ações estratégicas para a redução da mortalidade materna e neonatal está a parcerias/co-responsabilidades com diferentes instituições, efetivar pactos estaduais e municipais, controle social, direito à acompanhante e ao alojamento conjunto, garantia de acolhimento nos serviços (parto é urgência prevista) e atenção humanizada ao abortamento (BRASIL, 2004b).

Ainda em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) Princípios e Diretrizes, construída a partir dos princípios do SUS, respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2004a).

Entre os objetivos gerais do PNAISM, está: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção,

⁶A OMS define como morte materna a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais (FERRAZA; BORDIGNON, 2012).

A mortalidade materna correlaciona negativamente com o funcionamento do sistema de saúde: quando ela é alta, deve-se concluir que o sistema de saúde não funciona bem. Geralmente as mulheres morrem de cinco causas maiores que são em frequência decrescente: hemorragia, sepse, aborto, eclampsia e parto obstruído. Para a OMS, um dos grandes problemas relacionado à mortalidade materna é a falta de dados estatísticos confiáveis, e, particularmente nos países onde a mortalidade materna é mais elevada (FERRAZA; BORDIGNON, 2012).

assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

Esse documento abrange, na perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e procura consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com enfoque na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual contra a mulher (SANTOS-NETO, 2008).

Também em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal, em parceria com outros órgãos de governo e entidades da sociedade civil organizada (BRASIL, 2005).

Entre as ações do Pacto, destacam-se a realização de seminários; a viabilização de apoio; e a realização de capacitações em atenção obstétrica e neonatal humanizada e baseada em evidências científicas para as principais maternidades das capitais e municípios pólos (BRASIL, 2005).

O conjunto dessas ações parecem ter surtido efeito pois dados do Ministério da Saúde apontam que, entre o período de 1990 e 2010, o Brasil reduziu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 para 68 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma redução de 51% (BRASIL, 2011d).

Em relação à mortalidade infantil, houve decréscimo de cerca de 40% desses óbitos nas últimas duas décadas. Em 1990, a mortalidade infantil era de 47,5 óbitos por 1000 nascidos vivos, e em 2010, de 16,2 óbitos por 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2011d).

Visando garantir o atendimento qualificado a gestantes e crianças com até dois anos de idade o MS lança a portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 a “Rede Cegonha”

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

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

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

No Estado do Espírito Santo, essa rede foi implantada primeiramente na Macrorregião⁷ Norte nos municípios de Jaguaré, São Mateus, Conceição da Barra, Pedro Canário, Pinheiros, Boa Esperança, Montanha, Mucurici, Ponto Belo, Ecoporanga, Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Vila Pavão e Nova Venécia (MARTINELLI et al, 2014).

Dados atuais, segundo IBGE (2015), apontam que a menor taxa de mortalidade infantil foi encontrada no Estado do Espírito Santo, 9,6 óbitos de crianças menores para cada 1.000 nascidos vivos enquanto a maior pertenceu ao Estado Amapá, 23,7 por mil. Uma diferença de 14 por mil, correspondente a uma taxa de mortalidade infantil do Estado de Pernambuco.

Mesmo os Estados do Espírito Santo e Santa Catarina com taxas abaixo de 10 por mil estão longe das encontradas nos países mais desenvolvidos do mundo. Japão e

⁷ Macrorregião Norte: São Mateus, Colatina e Linhares; Macrorregião Centro: Serra e Santa Tereza, Vitória, Vila Velha e Venda Nova do Imigrante; Macrorregião Sul: Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Finlândia, por exemplo, possuem taxas na ordem de 2 por mil. Contudo, bem abaixo de países da África Ocidental e Central cujas taxas de mortalidade infantil estão em torno de 90 por mil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

O termo humanizar nos remete a uma assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao respeito dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, como também a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

As práticas humanizadoras do nascimento é um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe filho; criar espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo, permitindo um acompanhante de escolha da gestante, informar à paciente todos os procedimentos a que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos de cidadania (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Diante do exposto pode-se afirmar que a atenção pré-natal tem como objetivo principal de acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo o fim da gestação, o nascimento seguro de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Um cuidado humanizado e qualificado se dá por meio da junção de condutas acolhedoras e sem intervenção desnecessária; acesso aos serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção: Promoção, prevenção e assistência à gestante e ao recém-nascido.

3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL: algumas considerações sobre pré-natal e prematuridade

Resumo: O debate sobre a saúde da mulher esteve entrelaçado com a questão da saúde da criança, e consequentemente com os programas governamentais. Propõe-se uma reflexão das políticas de atenção materno-infantil. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica/documental, para levantamento das políticas públicas que assistam à mulher e a criança, discute resultados de uma pesquisa de campo, que observou a influência do pré-natal para a ocorrência de diferentes graus de prematuridade, para tanto, conduziu-se um estudo observacional retrospectivo com análise de prontuário. Encontrou-se que 52% das gestantes realizaram o pré-natal conforme preconiza o Ministério da Saúde e o pré-natal não influenciou no grau de prematuridade.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde materno-infantil; Pré-natal; Prematuridade; Humanização do Nascimento

MATERNAL-CHILD ATTENTION POLICIES: some considerations about prenatal and prematurity

Abstract: The debate on women's health was intertwined with the issue of child health, and consequently with government programs. It is proposed to reflect the policies of maternal and child care. A documentary survey was carried out to survey the public policies that assist the woman and the child, presents and discusses the results of a field survey, which observed the influence of prenatal care for the occurrence of different degrees of prematurity, we conducted an observational retrospective cohort study, chart analysis. It was found that only 52% of the pregnant women performed prenatal care according to the Ministry of Health and prenatal care did not influence the degree of prematurity.

Keywords: Public policy; Maternal and child health; Prenatal care; Prematurity; Humanization of Birth

1 INTRODUÇÃO

A preocupação do Estado com a saúde pública voltada para a mulher e a criança se deu a partir da questão econômica, devido às taxas de mortalidade infantil, a manutenção da engrenagem social, a construção de um sujeito como corpo social produtivo e para garantir braços fortes e trabalhadores para o futuro. As demandas de políticas públicas de saúde no Brasil acompanharam intrinsecamente fatores sociais, históricos e políticos e a participação da sociedade civil, que representa atriz/ator de grande importância na elaboração de políticas sociais (MUNIZ; BROTTTO, 2016).

O cuidado com a saúde da mulher e da criança passou a ser melhor delineado a partir de 1975, com a elaboração do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, ainda com o objetivo de reduzir taxas de mortalidade da mulher e da criança. A prática médica era meramente curativa, e não preventiva. Entretanto, em resposta a esse programa, o movimento feminista no Brasil fez uma crítica sobre a forma que o Estado olha a participação da mulher, exclusivamente como reprodutora e cuidadora de crianças, segmentando a mulher apenas ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004).

Essa visão restrita da mulher muda após intensos movimentos que ocorreram na década de 1980, a partir da noção de “saúde integral da mulher”, articulando aspectos relacionados à reprodução biológica e social, como uma estratégia para traduzir em termos de debate público e propostas políticas, o lema “Nosso corpo nos pertence”. Diante desses debates, o Ministério da Saúde instituiu em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e pela primeira vez o cuidado com a mulher passou a agregar questões referentes a direitos reprodutivos e planejamento familiar (BRASIL, 1984).

No ano 2000, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento foi instituído, com o objetivo de assegurar uma melhor cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, para isso, o governo desenvolveu incentivos financeiros para os serviços que prestam assistência ao pré-natal. Nesse sentido, a assistência pré-natal passa a ser reconhecida como uma ferramenta valiosa para prevenção e controle de adversidades que possam ser desenvolvidas no transcorrer da gestação. Mas é importante salientar que, não são somente os fatores clínicos que influenciam no período gravídico, mas também as condições sócio-culturais que interferem diretamente na vida da mulher (BRASIL, 2002).

A assistência pré-natal permite a identificação e o manejo de condições clínicas, sociodemográficas e de fatores comportamentais de risco nas gestações que favorece a prevenção de eventos indesejáveis à mãe e ao recém-nascido. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Tem papel fundamental na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal, permite o manejo de inúmeras complicações durante a gestação, bem como, o manejo de fatores de riscos, que tem como consequência a prematuridade (GOUDARD et al, 2016; BRASIL, 2012).

O nascimento pré-termo ou prematuro é um assunto de extrema importância em todo o mundo, e uma prioridade de Saúde Pública, por se tratar da causa mais importante de morte neonatal e a segunda causa principal de mortalidade em crianças menores de 5 anos (GUIMARÃES et al, 2017).

Este artigo faz uma reflexão sobre a evolução histórica das políticas de atenção materno-infantil que culminaram na elaboração do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, apresenta e discute resultados de uma pesquisa de campo, que teve como proposta conhecer a influência da ausência do pré-natal para a ocorrência de diferentes graus de prematuridade de hospital filantrópico de Vitória/ES.

2 PASSEIO HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

No Brasil a primeira Constituição, a Constituição Imperialista de 1824, tinha uma posição omissa quanto atenção a mulher. O primeiro marco legal para a assistência materna foi com a Constituição de 1891 que estabelecia a assistência médica à gestante. É somente em 1920, com a reforma Carlos Chagas, que dá-se início as ações voltadas para a proteção materno infantil com a implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Neste período foi instalada também a Inspeção de higiene infantil que tinha atribuições de fiscalização em vários setores da saúde (BRASIL, 1920). Segundo Bertolozzi; Greco (1996) com a criação do DNSP a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social.

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

Neste período havia muita preocupação com a mortalidade infantil em todo o país e foi realizada em 1933 a Conferência Nacional de Proteção à Infância, que teve como foco, o arranjo entre a atuação federal, a estadual e a dos grupos privados na montagem de um programa de proteção materno-infantil que trariam como objetivos principais: em curto prazo, garantir o acesso das crianças de baixa renda a alimentos de boa qualidade através da redução de custo, melhorar o saneamento básico oferecendo conforto mínimo, distribuição de roupas e agasalhos e incentivar a frequência regular da criança e da mãe aos postos de higiene (ALMEIDA FILHO, LOURENÇO, PORTO, 2007).

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

A saúde materno-infantil na década de 1950 reproduziu os anos 1930, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, doméstica e procriadora, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado da saúde dos filhos e demais familiares. Nesse período, os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) são implantados a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, e se buscou conciliar a produção do conhecimento e a prática política ao mesmo tempo que se ampliava o campo de ação (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nesse período, as taxas de mortalidade geral diminuíram, passando de 168 óbitos em cada mil nascidos em 1930 para 116 em mil no ano de 1965, entretanto a taxa de natalidade continuou em alta. Foi então que, em torno dos anos de 1960, os países do Primeiro Mundo, em especial os Estados Unidos, começaram a pressionar governos de Terceiro Mundo para adotar uma política de redução demográfica, em troca de empréstimos financeiros para o Brasil. O Estado deixou uma lacuna na formulação de ação de planejamento familiar, que favoreceu a intensificação das atividades de cunho controlista (implementando serviços de anticoncepção em comunidades, oferecendo planejamento familiar de qualidade duvidosa ao disponibilizar métodos de alta eficácia contraceptiva, sem permitir à mulher livre escolha), realizadas por grupos privados internacionais que se instalaram no Brasil (COELHO; LUCENA; SILVA 2000).

Segundo Almeida (2005) no período militar (1964-1985), como o modelo de atenção à saúde foi pautado em uma assistência médica privatista, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva possuíam um caráter predominantemente intervencionista. A forma frequente do parto era através da cesariana e o método contraceptivo mais disseminado era a esterilização feminina. Ainda de acordo com Escorel; Nascimento; Edler (2005) a saúde no período de ditadura militar foi relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, reflexo da intervenção estatal na expansão da medicina previdenciária, fundada no cuidado médico individualizado, de base hospitalar e ambulatorial.

O cuidado com a saúde da mulher e criança passou a ser melhor delineado a partir de 1975, com a elaboração do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PSMI), tinha objetivo de reduzir taxas de mortalidade da mulher e da criança. A prática médica passou a ser meramente curativa, e não preventiva. O programa preconizava ações de proteção a grupos de riscos e mais vulneráveis a adoecimentos, abrangendo apenas crianças e gestantes. Outra característica importante do programa desenvolvido até então, era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal, não consultando as necessidades de saúde das populações locais que se faziam presentes (BRASIL, 2004).

O PSMI surge como uma das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado pelo governo militar na tentativa de fixar um novo rumo ao desenvolvimentismo brasileiro. Ramalho e colaboradores (2012) ressaltam que a proteção ao segmento materno-infantil contida no PSMI vem a reforçar a valorização social das mulheres para o desenvolvimento socioeconômico, apenas como corpos que precisam ser dominados para a reprodução biológica, uma vez que “o objetivo final era a proteção à saúde e bem-estar do concepto, produto da gestação” (COSTA, 1986, p.1.134).

Diante desse cenário, o movimento feminista no Brasil fez uma crítica sobre a forma que o Estado olhava a participação da mulher, que era vista exclusivamente como reprodutora e cuidadora de crianças, segmentando ao ciclo gravídico-puerperal. O slogan “Nosso Corpo Nos Pertence”, refletia a luta das mulheres pela autonomia individual em detrimento das formas de subordinação feminina, com enfoque especial no direito à escolha e o direito ao prazer. De acordo com Mori, Coelho, Estrella (2006) esta palavra de ordem percorreu o mundo na década de 1970, capturando a imaginação das mulheres nos mais diversos continentes e motivando pequenas rebeliões e demandas públicas.

O ativismo feminista em favor da maternidade partiu de uma concepção de que as mulheres deviam exercer seus direitos como cidadãs tendo suas particularidades respeitadas, como no caso da maternidade. Para Barbosa (2012), o movimento feminista pretendia definir a cidadania das mulheres com base numa natureza ou contribuição específica feminina, própria da sociedade na qual exigiam igualdade de direitos com os homens.

No contexto do início dos anos 1980, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania. Grupos organizados de mulheres procuraram conhecer o modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), com o objetivo de transformá-lo em programa nacional. Insistiam, porém, no fato de que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse componentes de educação sexual e de saúde (BRASIL, 1984). Segundo Leite; Paes (2009), reivindicavam ainda o direito à procriação, à sexualidade e à saúde, e ao planejamento familiar, à descriminalização do aborto, à democratização da educação para a saúde e outras medidas pertinentes à esfera da saúde pública.

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

Este programa foi um grande avanço na formulação de políticas específicas destinadas às mulheres. De acordo com Coelho (2008), pela primeira vez foi preconizado o cuidado ao corpo das mulheres, de forma integral, durante todo o ciclo vital, incluindo as trabalhadoras, mulheres após a menopausa e agregando questões referentes aos direitos reprodutivos. Reforçando, para Fonseca (1999), representa a primeira experiência concreta de incorporação nas políticas de saúde, da dimensão social, incluídas aí as questões de gênero.

Como resultado das forças progressivas que influenciaram a implementação do PAISM, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, por ser a primeira conferência de saúde com participação e representação popular em resposta a concentração de poder político, econômico e

administrativo explicita a nova concepção de democracia e cidadania que estava sendo debatida (BRASIL, 1986).

Essa conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

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

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

Entretanto, em meio a grandes avanços no campo social e da saúde, foi eleito, em 1990, Fernando Collor de Melo, que consolidou a ideologia neoliberal no Brasil. Para Coelho (2008) o discurso predominante era a abertura, mas, ocorreu uma privatização do Estado e um enfraquecimento do mesmo, no que se refere à ação social. O projeto neoliberal transformou a municipalização em acelerado processo de privatização e desmanche do Estado, na medida em que desobrigava o nível central de algumas funções. A crise e a ausência de verbas e de prioridades para o setor social levaram a problemas mais graves. Ressalta-se, que para Ramalho et al (2012), a dicotomia entre público/privado levou a um desmonte da proposta de universalização das ações de saúde, antes mesmo de serem implementadas.

Mesmo nesse contexto político, em 1991, através da elaboração e divulgação, pelo MS, do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido, foi definida, pela primeira

vez, como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil. Esta proposta possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; a melhoria da qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto; o incentivo ao aleitamento materno; orientações voltadas para o planejamento familiar e a supervisão e avaliação do atendimento, através de um sistema de informação perinatal (ARAÚJO et al, 2014).

Foi nesse sentido que, no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. O PHPN trouxe o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. (BRASIL, 2002). No plano operacional, o PHPN definiu elementos chave da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Definiu estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica na qual o paradigma conceitual foi a humanização, na perspectiva dos direitos da mulher (CARDOSO, 2007).

O termo humanizar nos remete a uma assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao respeito aos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, como também a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes. As práticas humanizadoras do nascimento é um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe filho; criar espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo, permitindo um acompanhante de escolha da gestante, informar à paciente todos os procedimentos a que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos de cidadania.

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

Ainda visando garantir o atendimento qualificado, o Ministério da Saúde lança a portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 a “Rede Cegonha” (RC), uma estruturação estratégica para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (UNA-SUS/UFMA, 2015).

A RC tem como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; o enfoque de gênero; a promoção da equidade; a participação e mobilização social; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011). Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto) (CAVALCANTI et al, 2013).

A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (UMA-SUS/UFMA, 2015).

Conforme aponta Carneiro (2013), cada um desses componentes alcança outras ações de atenção à saúde. A concessão do teste de HIV, sífilis e teste rápido de gravidez; a orientação e oferta de métodos contraceptivos; qualificar os profissionais de saúde; fomentar o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, exames clínicos e laboratoriais; criar centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; permitir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado; assegurar o direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; oferecer o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte e emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais; e promover ações de incentivo ao aleitamento materno (UMA-SUS/UFMA, 2015).

A seguir será apresentado o resultado de uma pesquisa de campo, realizada na maternidade de um hospital filantrópico de Vitória que atende predominantemente gestantes assistidas pelo SUS, e teve como proposta conhecer a influência da ausência do pré-natal para a ocorrência de diferentes graus de prematuridade de hospital filantrópico de Vitória/ES.

3 A RELAÇÃO DO PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE: o caso de um hospital filantrópico

O nascimento prematuro sempre se apresenta como condição delicada, por se tratar de um problema de saúde pública e ainda, revela a qualidade da assistência ao pré-natal que as gestantes estão sujeitas. Com base nesta afirmação, nos propomos conhecer a realidade da maternidade de um hospital filantrópico de Vitória/ES.

Para tanto, foi realizado uma pesquisa de campo, do tipo observacional, onde o pesquisador simplesmente observa o que acontece com o sujeito sem intervir, de coorte que é utilizado para descrever um grupo de pessoas que tem algo em comum quando são reunidas e que são observadas por um período de tempo para ver o que acontece e retrospectivo, pois o olhar do pesquisador é para o passado e a partir deste, acompanha os eventos ocorridos até o momento do desfecho desejado, que nesta pesquisa foi os diferentes graus de prematuridade dos recém-nascidos prematuros (RNPT) (FLETCHER, 2006).

A coorte foi composta por 279 RNPT, que é considerado aquele que nasce com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas completas, conforme preconizado a Organização Mundial de Saúde, e que necessitaram de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Filantrópico de Vitória no período de janeiro a dezembro dos anos 2009 a 2011.

O hospital cenário do estudo localiza-se em Vitória, e foi fundado no ano de 1545, com o nome de Irmandade da Misericórdia do Espírito Santo. Está localizado na região do centro histórico do município de Vitória, que compõe a Região Metropolitana da Grande Vitória e abriga quase metade da população total do Espírito Santo. Atualmente, presta atendimento ambulatorial na maternidade e internação/UTIN, ofertando atendimento 24 horas por dia e todos os dias da semana, tendo como público em sua maior parte, usuárias do SUS. Para o atendimento da maternidade, possui 17 (dezesete) leitos do SUS; 04 (quatro) leitos particulares; 07 (sete) leitos de UTIN; 06 (seis) leitos semi-intensivo; 07 (sete) salas de

cirurgia disponibilizadas para todo o hospital; 01 (uma) sala de vacina. Conta com programa de residência médica em ginecologia/obstetrícia e pediatria, possibilitando a realização de pesquisas. (SIMOURA, 2016).

Ao se procurar conhecer a origem do público assistido por esse hospital observa-se que (18%) das gestantes eram residentes no município de Vitória. A maioria das gestantes (48%) era residente em Cariacica, município que faz divisa com Vitória pela região Oeste.

Este achado não é pontual, pois pesquisadores anteriores observaram resultados semelhantes, como o estudo de Simoura (2016) que encontrou (45%) das mulheres que procuraram o referido hospital eram provenientes do município de Cariacica, e relatou acesso a outro banco de dado dos anos 2007-2008, onde foi possível observar que a maioria da população estudada (52%) também era proveniente do município de Cariacica. Esse resultado pode ser explicado pelo fácil acesso por meio de transporte público e talvez à assistência à saúde precária no município vizinho. Outra explicação para esse achado é que, possivelmente a assistência primária no município vizinho não esteja atuando de forma a permitir a identificação e acompanhamento das gestantes da região, apesar de existir no municípios de Cariacica 30 unidades de saúde para atendimento primário e uma maternidade municipal, para acompanhamento do parto e pós-parto, conveniada ao governo do Estado do Espírito Santo e gerida por uma organização privada.

Para caracterizar o perfil materno foram coletadas nos prontuários informações sobre: idade, tipo de gravidez (única ou múltipla), tipo de parto, cuidado pré-natal, número de consultas e fatores de risco gestacional (placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, hipertensão arterial crônica, DHEG, infecção do trato urinário, diabetes, alcoolismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas).

Conforme estabelece o Ministério da Saúde para o cuidado pré-natal, observou-se que (52%) das gestantes da presente pesquisa realizaram no mínimo seis consultas. Para Nunes e colaboradores (2016), o cuidado pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos. A assistência pré-natal deve ainda possibilitar a identificação precoce e oportuna dos problemas que a gestante apresenta, além

dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, determinando em que nível de assistência os mesmos devem ser realizados. Contribui para desfechos mais favoráveis, uma vez que permite a detecção precoce e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê.

O que observamos é a possível precariedade na atenção primária, que não está identificando e acolhendo de forma correta as gestantes. Existem relatos na literatura em que o percentual de realização do pré-natal é abaixo ao se considerar o preconizado pelo MS. A pesquisa de Tomasi e colaboradores (2017) afirma que, apesar da quase totalidade das gestantes brasileiras realizaram pelo menos alguma consulta de pré-natal, a proporção que realizou seis ou mais consultas foi de 73% em 2012. Já na pesquisa de Martinelli e colaboradores (2014) observou que 69% realizaram o pré-natal. Os referidos autores afirmam ainda que a qualidade das consultas não vem revelando bons resultados, pois os índices para a adequação do PHPN são baixíssimos. E ao se levar em consideração apenas o número de consultas e o início do acompanhamento pré-natal preconizado em cada país, foram obtidas adequações que variaram de 28 a 82% em estudos realizados no Brasil, Estados Unidos e Espanha (MARTINELLI et al, 2014). Todavia, para Nunes e colaboradores (2016), não há um consenso quanto ao número ideal de consultas, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número, sendo assim, o que determina a qualidade das consultas não é a quantidade, e sim, a qualidade.

Sobre as características maternas, verificou-se que a faixa etária das mães variou de 14 a 46 anos, com média de 26 anos e que 85% das mulheres tiveram gestação única. Com relação à idade materna, as gestantes foram classificadas de acordo com o MS em grupo de risco gestantes com menor que 19 e maior que 35 anos e baixo risco idade entre 20 a 34 anos. Observou-se que 66% das gestantes que frequentaram as consultas pré-natal pertencem ao grupo de mulheres de baixo risco, ou seja, 20 a 34 anos. Ao se realizar análise estatística (Teste Exato de Fisher) constatou-se que a idade foi um fator significativo ($p=0,017$) para a frequência nas consultas, sendo que as mulheres de baixo risco realizaram 2,4 vezes mais pré-natal comparando com as mulheres de alto risco.

Destaca-se que a idade materna não deve ser encarada como um fator meramente biológico isoladamente, mais importante do que a idade, seriam as condições de vida e saúde das gestantes, principalmente, a qualidade da assistência obstétrica no pré-natal e no parto.

Entretanto, foi justamente a população considerada de risco que realizou o menor número de consultas pré-natal em nossa pesquisa. Daí a dedução de que os riscos de uma gravidez precoce ou tardia sejam determinados mais fortemente por fatores psicossociais do que biológicos e obstétricos propriamente ditos. Segundo Ximenes e Oliveira (2004), a idade materna menor que 17 e maior que 35 anos representa um fator de risco importante na gravidez e foi justamente esse grupo de mulheres que na presente pesquisa, não realizaram o pré-natal, o que nos faz supor um acolhimento insatisfatório no cuidado primário. Ações específicas para melhorar o acesso ao pré-natal deve ser tomada, rodas de conversas em ambientes de trabalho e lazer, momentos de informação que antecedem as consultas de pré-natal. Conforme consta em “Gestação de risco: Manual Técnico” o acolhimento da gestante pela equipe de saúde, além de qualificar a assistência, possibilitará o estabelecimento de vínculos, maior responsabilização pelo processo de cuidado, e o manejo sobre situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais, sociais e até mesmo programáticas (BRASIL, 2010).

De todas as doenças identificadas no período pré-natal que se manifestaram na gravidez, a hipertensão gestacional (DHEG) foi a mais frequente, sendo observada em 20% das mulheres da referida pesquisa, que apresentaram complicação durante a gestação. Morais e colaboradores (2013) afirmam que as síndromes hipertensivas da gravidez, nos países desenvolvidos, ocorrem entre 2% e 8% das gestações, podendo, no Brasil, chegar a 30%, representando a terceira causa de morte materna no mundo e a principal causa de morte materna no Brasil. Para os pesquisadores, estes altos índices de mortalidade são devidos a uma grande quantidade de complicações, como a progressão da hipertensão, a pré-eclâmpsia superposta, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, síndrome HELLP, tromboembolismo, edema pulmonar, hemorragia cerebral, encefalopatia, CID, insuficiência renal e hepática.

A via de nascimento mais prevalente entre os RNPT estudados foi a via cirúrgica cesariana, representando 67% dos casos. O Brasil é o líder mundial de cirurgias cesarianas, apresentando uma taxa de 56% do total de partos, ficando próximo dos valores da China, Turquia, México, Itália e Estados Unidos, onde essa taxa é muito superior ao limite de 15% recomendada pela OMS e considerada como apropriada para os partos emergenciais em que a intervenção cirúrgica é realmente necessária. A região Sudeste, destaca-se apresentando as maiores taxas de cesáreas do país (LEAL et al., 2014; OMS, 2015).

O *Relatório da Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* da OMS, declarou que o alto índice de cesáreas pode ser considerado uma epidemia no Brasil e que existe uma forte relação, já reconhecida também na literatura, entre o aumento da morbi-mortalidade materna e neonatal e o elevado número de cesarianas. O relatório ressaltou ainda que, quando não há indicação clínica real, a realização da cirurgia aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o RN com complicações imediatas ou a longo prazo (OMS, 2015).

A cesariana não deve ser vista como uma intervenção cirúrgica trivial, uma vez que aumenta o risco de hemorragia pós-parto, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mortalidade e ruptura uterina em gestações subsequentes com placentação anormal. Para o recém-nascido, as complicações potenciais incluem o aumento da necessidade de suporte ventilatório no nascimento e maior uso de UTI neonatal. Outro fator importante e já comprovado é a relação entre as altas taxas de cesáreas e o aumento da prematuridade, principalmente relacionados às cesarianas eletivas. Este é considerado o pior desfecho neonatal relacionado com as cesáreas desnecessárias e está associado às complicações respiratórias como taquipnéia transitória e doença da membrana hialina (CHAVES, 2014). Nosso estudo encontrou dados de acordo com a literatura, o diagnóstico inicial para internação dos RNPT foi a doença da membrana hialina com 53%.

A discussão a respeito da melhor via de parto, se vaginal ou cirúrgica, ocupa cada vez mais espaço na literatura médica e na mídia em geral em função do número cada vez mais elevado de cesáreas praticadas em vários países e na maioria das regiões do Brasil. Um estudo realizado por Dias et al (2008) no Rio de Janeiro com foco em hospitais do Sistema de Saúde Suplementar, ou seja, os serviços privados contratados pelo SUS mostrou que, durante a gravidez, as mulheres brasileiras mudam de ideia sobre o tipo de parto que querem. O relatório mostrou que apenas 30% preferem a cesariana, mas no momento em que chegam ao hospital maternidade este número chega a 70% e apenas 10% acabam por ter um parto vaginal. O medo da dor é o principal motivo inicial para querer ter uma cesariana e também é um fator importante para as mulheres que mudam de opinião durante a gravidez.

Diniz (2009) apresentou resultados sobre o crescimento das taxas de cesariana que estão relacionadas ao crescimento do parto assistido por profissionais qualificados (médicos e/ou

enfermeiro), de 91% em 1996 para 98% em 2006. A autora trás para a discussão, termo *paradoxo perinatal*: fazendo o mais e conseguindo menos, a expansão rápida do cuidado intensivo para bebês cada vez mais prematuros. No Brasil, com relação à assistência ao parto, pode-se conviver com o pior pesadelo dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia apropriada.

A OMS e o MS têm apoiado práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que garantam uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura. Para o MS, a humanização compreende dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; e o uso de medidas e procedimentos sabidamente benévolos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando o intervencionismo desnecessário. Para Cardoso (2007) com a implementação do PHPN no ano 2000, definiu-se elementos chave da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. O Programa definiu estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica na qual o paradigma conceitual foi a humanização, na perspectiva dos direitos da mulher.

Por sua vez, em pesquisa realizada no Espírito Santos por Martinelli e colaboradores (2013) com o objetivo analisar a qualidade da assistência pré-natal segundo recomendação e parâmetros do PHPN, percebeu-se que, quando avaliados separadamente, apresentam altas proporções de adequação, chegando a 93% para o manejo do risco. Entretanto, vale ressaltar, a baixa cobertura de imunização antitetânica e das atividades educativas, girando em torno de 60%. A realização dos exames obrigatórios variou de 3%, para teste rápido de proteinúria, a 88% para o Coombs indireto. Já os exames preconizados para gestação de alto risco não chegaram a 50% de utilização. Além disso, nenhum atendimento pré-natal de alto risco foi considerado adequado segundo os critérios da Rede Cegonha. A captação precoce das gestantes e o início imediato da assistência pré-natal com avaliação de riscos pode ser facilitada pela utilização dos meios de comunicação, visitas domiciliares e atividades educativas coletivas, porém o serviço deve proporcionar rapidez e eficiência no atendimento, pois para se vincular ao serviço a gestante precisa perceber uma qualidade que corresponda à sua expectativa (BRASIL, 2010).

A presente pesquisa também se propôs a conhecer as características neonatais do RNPT, para tanto, foram coletadas informações quanto: sexo, peso de nascimento, idade gestacional, índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, adequação peso/idade, diagnóstico inicial para internação hospitalar e grau de prematuridade. Para determinar a gravidade do quadro de prematuridade os RNPT foram classificados de acordo recomenda a OMS (1961) em pré-termo limítrofe: 35-36 semanas gestacionais; pré-termo moderado: 31-34 semanas gestacionais; pré-termo extremo: < 30 semanas gestacionais.

Na pesquisa em questão, a idade gestacional foi em média 34 semanas com variação de (26,4 a 36,6 semanas), quanto ao sexo masculino 57%. A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. A imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu desenvolvimento (RAMOS; CUMAN, 2009).

Considerando-se cortes no grau da prematuridade, na presente pesquisa observou-se que 48% prematuros limítrofe, 44% prematuros moderados e 8% eram prematuros extremo. Soares, Cunha (2012), encontraram em seu estudo (15%) prematuridade extrema e moderada 65%. Defendem que a classificação dos RNs prematuros, segundo a idade gestacional é importante para que a equipe esteja preparada para atender o RN com seus respectivos problemas, típicos de cada IG.

Apesar de a sobrevida ter melhorado nos últimos anos, principalmente nos centros terciários, a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por 75% das mortes neonatais, ao passo que a morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e às complicações infecciosas e neurológicas (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

O peso médio ao nascimento dos RN da pesquisa em questão foi de 2,170g, variando entre 620g a 4,525g. Para Almeida e colaboradores (2012), o nascimento de crianças de baixo peso constitui um dos grandes desafios aos serviços do SUS, não somente por elas demandarem maiores custos hospitalares, mas também, por apresentarem maior morbidade ao longo da vida. Rugolo e colaboradores (2007) destacam que prematuros de baixo peso são expostos a

vários fatores que podem comprometer seu crescimento, destacando-se a limitação na oferta nutricional durante a internação em UTI, a inadequação nutricional após a alta, as doenças crônicas, a elevada morbidade e necessidade de reinternações nos primeiros anos, bem como a baixa condição socioeconômica familiar e a má qualidade dos cuidados no lar.

A idade gestacional e do baixo peso ao nascimento determinam o prognóstico dos prematuros, devido à relevância na maturidade de vários sistemas em recém-nascido prematuros, na presente pesquisa a adequação peso/idade, foi de 89%. E quanto ao Apgar, foi encontrado na pesquisa o de 1º minuto e 5º minuto maior que 7, sendo, 83% e 97% respectivamente. Existe consenso de que um escore de Apgar de 7-10 significa uma criança sadia, que provavelmente não terá problemas futuros. Quando menor que 7, é sinal de alerta para atenção especial. Há diferentes níveis de escore de Apgar baixo, de acordo com alterações fisiopatológicas. Além disso, é parcialmente dependente da maturidade do conceito (OLIVEIRA, et al, 2012). Vale ressaltar que na presente pesquisa, apesar dos recém nascidos serem prematuros, a grande maioria nasceu em boas condições clínicas.

Na presente pesquisa, o diagnóstico inicial para internação foi de 53% para Doença da Membrana Hialina (DMH), desses, 97% eram de prematuros moderado/extremo enquanto a Taquipnéia Transitória do Recém-nascido (TTRN) foi observada em 45% de todos prematuros limítrofe. A DMH, também conhecida como Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, é a doença respiratória mais frequente no período neonatal, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade nessa faixa etária. É causada pela deficiência de surfactante alveolar, sintetizado a partir da 20ª semana de gestação, que atinge seu ápice somente por volta da 35ª semana (RUSCHEL; NADER, 2014). Vale ressaltar que 52% dos RNPT da presente pesquisa, nasceram antes de 35 IG.

Na condução dessa pesquisa, foram observadas algumas limitações para a obtenção de outras variáveis para conhecer melhor o sujeito do estudo. Por se tratar de um estudo do tipo retrospectivo e depender dos registros no prontuário, as variáveis importantes para entender o contexto social das mulheres estiveram ausentes. Outro fator de limitação para o estudo foi que toda a população estudada era de prematuros, não existindo assim, dados para comparar, se a ausência do pré-natal está associada com o grau de prematuridade, estatisticamente.

4 CONCLUSÃO

Historicamente, foi atribuído a mulher uma submissão aos deveres doméstico e cuidado com os filhos. Entretanto, a necessidade de estratégias de gênero por parte do governo federal, ganhou força entre as mulheres e pesquisadores sociais. O despertar para o papel da mulher na sociedade, fortemente debatido na Europa, ganha forças no Brasil. As questões de igualdade salarial, direitos legais, violência doméstica e submissão feminina faziam parte do debate, e entre as questões a saúde da mulher foi uma pauta bem discutida.

Existe um crescente número de pesquisadores que acredita no grande impacto que o momento do nascer pode provocar na vida de uma pessoa. A forma como essa nova vida chega ao mundo pode determinar situações no inconsciente do indivíduo, inclusive traços de sua identidade/comportamento.

É nesse sentido que exaltamos a importância da assistência pré-natal, pois o nascimento é resultado do que foi construído durante a gestação. Um cuidado humanizado, baseado em evidências científicas sólidas e individualizado, tem feito a diferença no desfecho mãe-bebê. Práticas humanizadoras podem levar a maior satisfação de experiência de parto, independente da via de nascimento.

Observamos com a pesquisa de campo que possivelmente a atenção básica, primária, não esteja atingindo seus objetivos. A captação e permanência de gestantes no pré-natal está a baixo do recomendado pelo MS, principalmente se tratando de mulheres com idade de risco, que nesse estudo, foram as que realizaram o menor número de consulta pré-natal e que crianças prematuras apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas de gestação a termo.

Espera-se com esse estudo que, os atores envolvidos na assistência ao período da gestação ao nascimento, sejam os profissionais de saúde ou a sociedade, compreendam a importância de se observar momentos históricos da sociedade, entender que a humanidade é cíclica e acompanhar as mudanças, seja tecnológica ou cultural, mas tendo como base conhecimento científico.

5 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, A. J.; LOURENÇO, L. H. S. C.; PORTO, F. Conferência Nacional de Proteção à Infância: fins e organização de associações de proteção higiênica à infância. **Rev Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 3, p. 403-408, set. 2007.
- ALMEIDA, A.C. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-Ma. **Rev Gaúcha Enferm**. v.33, n.2, p.86-94, jun. 2012
- ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 2005, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, MG: Rede UNIDA, p. 25-32, 2005.
- ARAÚJO, F.G, et al. Prenatal care in the perception of mothers of premature hospitalized in neonatal unit. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.1, p. 2667-75, ago, 2014.
- BARBOSA, M. T. **Sobre mães e filhos: as políticas públicas de proteção à maternidade e à infância em Guarapuava (1940-1960)**. UFPR: Dissertação de Mestrado, 2012.
- BERTOLOZZI, M.R; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BRASIL. Lei nº 3.987. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, 8 de janeiro de 1920, p. 437.
- _____.Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Relatório final**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4 Ed. Brasília- DF, Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestação de risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CARDOSO, RS. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar**. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, jan./mar.2013.
- CASSIANO, ACM; et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público de Brasília** v.65, n.2, p.227-244, abr./jun. 2014.
- CAVALCANTI, PCS; et al. A logical model of the Rede Cegonha network. **Revista de Saúde Coletiva**. v.23, n.4, p.1297-1316, out./dez. 2013.

- CHAVES, R. L. et al. Birth as a radical experience of chance. *Cad. saúde pública*, v. 30, n. supl. 1, p. S14-S16, 2014.
- COELHO, A.A. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.** v.1, n.1, p.54-64, jan./jun. 2008.
- COELHO, E.A.C; LUCENA, MFG; SILVA, ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.34, n.1, p.26-36, mar. 2000.
- COSTA, A.M. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: anotações para o debate. **Anais ABEP**, p. 1.113-1143, 1986.
- DIAS, M.A; et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva** .v.13, n.5, p.1521-1534, 2008.
- DINIZ ,S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**v.19, n.2, p.313-326, 2009.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 59-81, 2005.
- FLETCHER, R.W; FLETCHER, S.E. **Epidemiologia clínica.** 4ª ed. 2006.
- FONSECA, R.M.G.S. Mulher, Direito e Saúde: repensando o nexco coesivo. **Saúde e Sociedade.** v.8, n.2, p. 3-32, ago./dez. 1999.
- GOUDARD, M.J.F; et al. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.21, n.4, p.1227-1238, abr. 2016.
- GUIMARÃES, E.A.A, et al. Prevalencia y factores asociados con la prematuridad en Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2008-2011: análisis del Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos **Epidemiol. Serv Saude.** v.26, n.1, p.91-98, jan./mar. 2017.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.** Sumário Executivo Temático de Pesquisa. 2014.
- LEITE, A.C.N.M.T; PAES, N.A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** v.16, n.3,p.705-714, jul./set. 2009.
- MARTINELLI, K.G; et al. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.36, n.2, p.56-64, fev. 2014.
- MORAIS, F.M. et al. A review of the clinical and demographic characteristics and perinatal outcomes in women with gestational hypertension syndrome **Revista EIXO**, v.2, n.1, p.69-82, jan./jun. 2013.
- MORI, M. E, COELHO, V. L. D, ESTRELLA, R. C, N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil **Cad. Saúde Pública.** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, Set. 2006.
- MUNIZ, MAN; BROTTTO, ME. Health policy and social organizations: limits for the consolidation of universal health in Rio de Janeiro. **Rev. Pol. Públ. São Luís.** v.20, n.1, p.153-170, jan./jun. 2016.
- NUNES, J.T; et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015 **Cad. Saúde Colet**, v.24, n.2, p. 252-261, abr./jun. 2016

- OLIVEIRA, TG; et al. Apgar score and neonatal mortality in a hospital located in the southern area of São Paulo City, Brazil. **Einstein**. v.10, n.1, p.22-82, jan/marc. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=CCE63A29A83A4DE12E17FF29764EBA38?sequence=3>. Acesso em 23 de fev. 2018.
- OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.14, supl.1, p.25-32, 1998.
- RADES, E; BITTAR, R.E; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.8, p.655--6662, set. 2004.
- RAMALHO, K.S; et al. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits**. v.1, n.1, p.11-22, nov. 2012.
- RAMOS, HAC; CUMAN, RKN. Prematuridade e fatores de risco. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.2, p.297-304, abr./jun. 2009.
- RUGOLO, L.M.S.S; et al. Growth of extremely low birth weight infants during the first two years of life. **Rev Paul Pediatría**. v.25, n.2, p.142-149, mar. 2007.
- RUSCHEL, L; NADER, P.J.H. Hyaline membrane disease in low birth weight preterm infants. **Revista da AMRIGS**, v.58, n.3, p.193-197, jul/set. 2014.
- SILVA, B.V.G. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **Aedos** v.5, n.12, p.133-146, jan./jul. 2013.
- SIMOURA, J.B. **Morbidades maternas e neonatais: um estudo a luz das políticas de saúde na atenção a adolescentes grávidas**. 95f Dissertação (mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.
- SOARES, D.S; CUNHA, J.X.P, Adesão ao pré-natal e prematuridade: análise documental entre recém-nascidos de uma uti. **Revista Saúde e Pesquisa**, v 5, n.3, p.501-507, set./dez. 2012.
- TOMASI E et al Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities **Cad. Saúde Pública**; v.33, n.3, p. 1-11, abr. 2017.
- Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015.
- XIMENES, F.M.A; OLIVEIRA, M.C.R The influence of maternal age on perinatal conditions. **Rev Bras Promoç Saúde**. v.17, n.2, p.56-60, 2004.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, foi atribuído a mulher uma submissão aos deveres doméstico e cuidado com os filhos, seja do ponto de vista econômico, os filhos que serão a riqueza nacional, seja do ponto filosófico, que o papel de mãe é o do amor e cuidado integral, sendo essa a maior felicidade da vida de uma mulher e o ponto de vista construído, onde as mulheres deverão pertencer a um certo tipo de padrão de beleza, com o sonho de casar e constituir uma família, sendo felizes para sempre. Sendo assim, o Estado ao elaborar políticas públicas para controle social, incorporou a saúde da mulher com a da criança, reafirmando o lugar da mulher na sociedade.

Entretanto, a necessidade de estratégias de gênero por parte do governo federal, ganhou força entre as mulheres e pesquisadores sociais. O despertar para o papel da mulher na sociedade, fortemente debatido na Europa, ganha forças no Brasil. As questões de igualdade salarial, direitos legais, violência doméstica e submissão feminina faziam parte do debate, e entre as questões, a saúde da mulher, uma pauta bem discutida.

Esses movimentos foram importantes para a construção das políticas materno-infantil, que em primeiro momento, com olhar totalmente reducionista da mulher e após 1984, com a implementação do Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher, que apresentou ações de assistência desde a adolescência à terceira idade, incluindo os cuidados ao pré-natal, parto e puerpério.

Contudo, os índices de mortalidade materna e infantil, apesar de apresentarem queda, não acompanham as taxas mundiais. Foi necessário então a elaboração de programa que traga protocolo para atender especificamente o período gravídico-puerperal.

Um crescente número de pesquisadores que acreditam no grande impacto que o momento do nascer pode provocar na vida de uma pessoa. A forma como essa nova vida chega ao mundo pode determinar situações do inconsciente do indivíduo, inclusive traços de sua identidade/comportamento.

É nesse sentido que exaltamos a importância da assistência pré-natal, pois o nascimento é resultado do que foi construído durante a gestação. Um cuidado humanizado, baseado em evidências científicas sólidas e individualizado, tem feito a

diferença no desfecho mãe-bebê. Práticas humanizadoras podem levar a maior satisfação de experiência de parto, independente da via de nascimento.

Contudo, na prática, uma parcela pequena dos profissionais da assistência à gestante e bebê, baseiam sua conduta em evidências científicas sólidas, e existe uma questão de mercado em que podem se apoiar. Propagar a imagem de que o corpo feminino é defeituoso e precisa de correção faz bem ao capital. Enquanto isso, vemos um número crescente de nascimentos por via cirúrgica, alergias alimentares, dermatológicas e respiratórias nos bebês, a diversidade de fórmulas e complemento alimentar, reforça essa visão.

Espera-se com esse estudo que, os atores envolvidos no período da gestação ao nascimento, seja os profissionais ou a sociedade, compreendam a importância de se observar momentos históricos da sociedade, entender que a humanidade é cíclica e acompanhar as mudanças, seja tecnológica ou cultural mas tendo como base conhecimento científico.

Observamos com a pesquisa de campo que possivelmente a atenção básica, primária, esteja falhando. A captação e permanência de gestantes no pré-natal, está a baixo do recomendado pelo MS, principalmente se tratando de mulheres com idade de risco, que em nosso estudo, foram as que realizaram o menor número de consulta pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 2005, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte, MG: Rede UNIDA, p. 25-32, 2005.

ALVES, SR. **Fatores Associados À Prematuridade Em Um Contexto De Atenção À Saúde Do Setor Privado**. Dissertação (Mestrado de Saúde e Desenvolvimento Humano) - Centro Universitário Unilasalle, Canoas, 2016.

ARAÚJO, F.G, et al. Prenatal care in the perception of mothers of premature hospitalized in neonatal unit. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.1, p. 2667-75, ago, 2014.

BARBOSA, M. T. **Sobre mães e filhos: as políticas públicas de proteção à maternidade e à infância em Guarapuava (1940-1960)**. UFPR: Dissertação de Mestrado, 2012.

BASSO, CG; NEVES, ET; SILVEIRA, A. The Association Between Attending Prenatal Care And Neonatal Morbidity. **Text Context Nursing**. v.21, n.2, p. 269276, 2012.

BERTOLOZZI, M R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98, 1996.

BRASIL. Lei nº 3.987. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, 8 de janeiro de 1920, p. 437.

_____. DECRETO-LEI Nº 2.024, **A Coordenação das Atividades Nacionais Relativas À Proteção À Maternidade, À Infância e a Adolescência**. Diário Oficial da União, 17 de fevereiro de 1940, p.98.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da V conferência nacional de saúde ministério da saúde**. Brasília, 5 a 8 DE AGOSTO DE 1975.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de prevenção à gravidez de alto risco**. Brasília, DF, 1978.

_____.Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4 Ed. Brasília- DF, Ministério da Saúde, 2002.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas** - Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde: cuidados com o recém-nascido pré-termo**. 2a ed. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS- a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, RS. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: avaliando e construindo para avançar**. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CARVALHO, JAM; BRITO, FR. Demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil. **Rev.bras. Est. Pop.** v. 22, n. 2, p. 351-369, 2005.

CASSIANO, ACM; et al. Maternal and child health service in brazil: the evolution of health care and the public policies of the ministry of health. **Revista do Serviço Público de Brasília** v.65, n.2, p.227-244, 2014.

CAVALCANTI, PCS; et al. The logical model of the stork Network. **Revista de Saúde Coletiva.** v.23, n.4, p.1297-1316, 2013.

COELHO, AA. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.** v.1, n.1, p.54-64, 2008.

COELHO, EAC; LUCENA, MFG; SILVA, ATM. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.34, n.1, p.26-36, 2000.

COSTA, AM. Participação Social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COSTA, AM.; VIEIRA, NA. **Participação e controle social em saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books . v.3. p. 237-271, 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 59-81, 2005.

FERRAZA, L; BORDIGNON, M. Maternal mortality in Brazil: a reality in need of improvement. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.2, p.527-538, 2012.

FERREIRA, S.L. A. mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. (Orgs). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, p. 175 – 227, 1997.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 328, 2002.

FONSECA, C. A. Saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas. **Physys – Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n.2, p. 97-116, 1993.

FONSECA, LMM; et al. Health education of puerperas in neonatal rooming-in: acquisition of knowledge mediated by the use of an educational game. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v.10, n.2, p.166-171, 2002.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 4ª edição. Edições Graal. Rio de Janeiro.1984.

GOUDARD, M.J.F; et al. Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.21, n.4, 2016.

GUIMARÃES, E.A.A, et al. Prevalencia y factores asociados con la prematuridad en Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, 2008-2011: análisis del Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos **Epidemiol. Serv Saude**. v.26, n.1, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE: 1999.

_____. **Tendências Demográficas Uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000**, Rio de Janeiro, 2000.

_____. **As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar Na América Latina e No Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE: 2015.

IURCONVITE, AS. **A evolução histórica dos direitos sociais: da Constituição do Império à Constituição Cidadã.** In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7417>. Acesso em nov 2016. |

KILSZTAJN, S et al Prenatal care, low birth weight and prematurity in Brazil, 2000. **Rev. Saúde Pública.** v.37, n.3, p.303-310, 2003.

LAMOUNIER, J.A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria** - v. 72, n.6, p. 363-368, 1996.

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

LOPES, SAVA; MENDES, CMC. Prematurity and prenatal care in Salvador **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, v.12, n.especial, p.460-464, 2013.

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

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

OSIS, M. J. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção.** Dissertação (Mestrado Departamento de Antropologia Social), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

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

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** v.21, n.1, p.15-35, 2014.

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

PAULA JUNIOR, JD; et al. Profile of neonatal mortality in the municipality of Ubá/MG, Brazil (2008-2010) **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.18, n.3, p. 24-31, 2016.

PAVANATTO, A; ALVES, L.M.S. Program for humanization in prenatal care and childbirth: indicators and practices of nursing. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.4, p.761-770, 2014.

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

RAMOS, HAC; CUMAN, RKN. Risk factors for prematurity: document search. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.13, n.2, p.297-304, 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília; RIPSA: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RUFFINO-NETTO, A; SOUZA, A.M.A.F. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS 1999-** v.8, n. 4, p.35-51, 1999.

SANTANA, SC; et al Humanização Do Parto: Percepção De Puérperas **Facene/Famene** – v.9, n.2, p.85-92, 2011.

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

SANTOS-NETO, E.T; et al. Maternal Health Policies in Brazil: relations to maternal and child health indicators. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

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

SERRUYA, SJ; CECATTI, JG; LAGO, TG. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. **Cad. Saúde Pública.** v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

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

SOIHET, R. **O feminismo tático de Bertha Lutz.** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006.

SOUZA, T.G.; GAIVA, M.A.M.; MODES, P.S.S.A. The humanization of birth: perception of health professionals working in the delivery. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.3, p.479-486, 2011.

APÊNDICE A - Ficha para coleta de dados

Data da Avaliação: ____/____/____ N° do registro: _____

VARIÁVEIS MATERNAS FATORES CLÍNICOS

Identificação: _____ Idade: _____

Gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____

Gravidez: () Única () Múltipla () 2 () 3 () 4 ()

Tipo de parto: _____

Cuidado pré-natal: () Sim () Não N° de consultas no pré-natal: _____

Fatores de risco gestacional:

() Natimorto prévio () Prematuro prévio

() Placenta prévia () Descolamento prematuro da placenta

() Hipertensão arterial crônica () Doença hipertensiva específica da gravidez

() Infecção do trato urinário () Diabetes

() Alcoolismo () Tabagismo ()

() Uso de corticóide pré-natal

() Outros: _____ -

VARIÁVEIS NEONATAIS

Data de nascimento: ___/___/___ Data da alta ou óbito hospitalar: ___/___/___

Tipo de apresentação: () Cefálica () Pélvica

Sexo: () Masculino () Feminino

Peso ao nascer: _____ Idade gestacional: _____

Índice de Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____

Adequação Peso/Idade: _____

Diagnóstico Inicial para Internação Hospitalar:

Morbidades respiratórias adquiridas durante internação:

() Displasia Broncopulmonar () Apnéia da prematuridade

() Pneumonia () Atelectasia

() Hemorragia pulmonar () Pneumotórax

() Derrame pleural () Pneumomediastino

() Hipertensão Pulmonar

Outras: _____

Morbidades neurológicas adquiridas durante internação:

() Hemorragia Periintraventricular () Leucomalácea periventricular

() Meningite neonatal () Asfixia perinatal

Outras: _____

Anexo A – Diretrizes para Autores

Diretrizes para Autores

A Revista de Políticas Públicas não cobra custos de processamento e nem de submissão de artigos.

Os trabalhos a serem aceitos pela RPP podem ser apresentados em forma de artigos ou ensaios contendo entre **14 e 20 páginas**, excetuando a primeira página que deve comportar **título, resumo e palavras-chave**, no idioma do trabalho, o **abstract** e as **keywords**.

Artigos: resultantes de pesquisa teórica (bibliográfica ou documental), de pesquisa de natureza empírica e relatos de experiência. Devem debater ou fazer indicações para o aprofundamento e reflexão de questões relacionadas ao Dossiê Temático de cada número da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas;

Ensaio: textos de caráter opinativo ou que apresentem reflexões para aprofundamento de questões afetas ao Dossiê Temático do volume correspondente da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas.

O processo de avaliação do trabalho submetido será iniciado quando o texto encaminhado obedecer à Política de Seções e às demais recomendações do Periódico. Em situações fora dessas indicações, o trabalho será devolvido aos autores para as necessárias adequações às normas estabelecidas.

O autor que tiver publicado artigo nas edições regulares deve guardar um espaço temporal de doze meses para submeter nova publicação, exceto quando convidado pela Comissão Editorial para elaborar resenhas, editoriais ou comentários específicos.

As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000) e na resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

Todo e qualquer encaminhamento à RPP deve ser acompanhado por (1) **Declaração de Responsabilidade** e a (2) **Transferência de Direitos Autorais** - marcados pelo (a) autor (a) durante o processo de submissão

Os trabalhos, antes de submetidos à RPP, devem ser revisados considerando as normas gramaticais vigentes e as da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Para elaboração dos originais considerar as normas da ABNT: NBR6022 (2003), para preparação de artigos em publicações periódicas, NBR6023 (2002), para elaboração das referências; NBR10520 (2002) para citações em documentos; NBR6028 (2003), para apresentação dos resumos. Nos aspectos gráficos (imagens, figuras, tabelas e gráficos, considerar as orientações da NBR14724 (2011). Durante a edição, os trabalhos podem ser adaptados ao projeto e ao formato editorial do Periódico.

1 Formatação dos textos

Os trabalhos devem ser apresentados em formato A-4 e digitados em Word 2003, ou superior, ou ainda em RTF com:

- Fonte Times New Roman, corpo 12, para o texto e corpo; 10 para o resumo, abstract, citações de mais de três linhas e notas.

- Margens esquerda e superior de 3 cm; direita e inferior de 2 cm;
 - Espaçamento entre linhas, 1,5 (um e meio) para o texto; citações com mais de três linhas, notas de rodapé, referências, resumo e abstract devem ser digitados em espaço simples;
 - Recuo de 2 cm da margem esquerda para parágrafos e 4 cm para citações de mais de três linhas;
 - A primeira página do texto deve conter TÍTULO, RESUMO E PALAVRAS-CHAVE, no idioma do trabalho, o ABSTRACT e as KEYWORDS.
- O título do trabalho na versão do idioma do texto e em inglês, com no máximo, 15 palavras, deve ser redigido em corpo 14, negrito, centralizado; o subtítulo, se houver, separado do título por dois pontos (:), deve vir em redondo, minúsculo, sem negrito;
 - O resumo com, até, 900 caracteres com espaço, em terceira pessoa, deve apresentar, de forma clara, o objetivo, a metodologia, o plano e os aspectos relevantes do texto. Deve vir acompanhado de três a cinco palavras-chave que demarquem o foco do trabalho.
 - Os textos do resumo e do abstract devem ser ajustados a margem, sem parágrafos.
 - O corpo do trabalho deve conter as seguintes partes antecedidas por algarismos e ajustados à margem esquerda:
 - **INTRODUÇÃO;**
 - **DESENVOLVIMENTO**- exposição pormenorizada do tema escolhido, podendo ser organizado em seções e subseções usadas para hierarquizar e delimitar os conteúdos. As seções devem ser enunciadas por títulos digitados em maiúsculas e em negrito. No caso das subseções, se houver, os títulos devem vir digitados em minúsculas e em negrito. Os títulos das demais seções (terciárias, quaternárias etc.) deverão ser digitados utilizando outros recursos, tais como: redondo ou itálico, em corpo menor que o do texto. Deve-se deixar um espaço duplo entre os parágrafos que se seguem aos títulos das seções;
 - **CONCLUSÃO;**
 - **REFERÊNCIAS;**
 - **NOTAS**, se houver, com comentários e informações referentes ao texto;
 - No caso de os trabalhos conterem **desenhos, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, tabelas e outros**, estes devem ser inseridos no texto, numerados em algarismos arábicos, acompanhados de título e fonte na parte superior da respectiva ilustração e abaixo a fonte. Observar os procedimentos éticos em relação a fotografias: fotos com pessoas, devem vir acompanhadas da permissão fotografados; fotos com crianças ou adolescentes, devem respeitar a legislação vigente. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, devem-se mencionar o título, a fonte e o crédito. Cabe à RPP garantir a padronização de tabelas, gráficos e ilustrações.
 - **Citações:** Devem ser elaboradas em conformidade com o disposto na NBR 10520, da ABNT, de agosto de 2002. As citações devem vir apresentadas pelo sistema autor-data. Aquelas com até três linhas devem ficar no corpo do texto, entre aspas, em fonte igual à do texto. As com mais de três linhas, devem ficar fora do corpo do texto, em fonte 10, espaço simples, recuada para a linha do parágrafo na margem esquerda e margem direita igual à do texto. As citações devem ser indicadas pelo sobrenome do autor, seguido da data da publicação (citação indireta) e da página consultada (citação direta), de modo que, quando o nome do autor fizer parte da sentença, somente a data e a página aparecem entre parênteses. Ex.: Silva (1997, p. 32). Se o nome do autor não estiver incluído na sentença, este é mostrado no final da frase, em caixa alta, entre parênteses. Ex: (SILVA, 1997, p. 78). Quando o trabalho citado pertencer a dois ou três autores, o sobrenome dos dois é indicado separadamente, utilizando o ponto e vírgula. Ex.: (SILVA; COSTA, 1997, p. 34). Nas situações em que o trabalho tiver mais de três autores, o sobrenome do primeiro é indicado seguido da expressão et al. (Ex.: FERNANDES et al., 1998, p. 3). No caso de trabalho sem autoria, a chamada é feita pela primeira palavra do título, em maiúsculas, seguida de reticências, data e página. Ex.: (COMUNIDADE..., 1997, p. 89).
 - **Referências**, De acordo com a NBR 6023, de agosto de 2002, no sistema autor-data. Considerar apenas os documentos citados no texto. Utilizar somente o **negrito** como forma de destaque tipográfico. Exemplos de Referências:

- Livros (obra completa): OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- Capítulo (volume, fragmento e outras partes de uma obra com autor próprio): TELLES, Vera. Transitando na linha de sombra, tecendo as tramas da cidade (anotações inconclusas de uma pesquisa). In: OLIVERIA, Francisco; RIZEK, Cibele Saliba (Orgs.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo, 2007. p.195-220.
- Legislação: BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841.
- Periódicos – Revistas: FARIAS, F.B. Paris na era do imperialismo global: o jornal, a rua e o supermercado. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015.
- Dissertação e tese: SITCOVSKY, Marcelo. **Bolsa família e reprodução da força de trabalho no Brasil**: implicações socioeconômicas e políticas. 2010. 222 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- Evento (congressos,encontros...): SILVEIRA Jr., Adilson Aquino. A Assistência Social no Brasil - o estado da arte. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010, p.6-7
- Entrevista: FALEIROS, Vicente de P. A violência contra a pessoa idosa. São Luís, 2014. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015. Entrevista concedida a Jacira do Nascimento Serra.
- Documento eletrônico: SANTOS, B. de S. **Carta Aberta ao STF**. [S. l.: s. n.], 2012.Disponível em:<<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/508612-cartaabertaastf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O trabalho é original e inédito e não se encontra em processo de avaliação com vistas à publicação em outro periódico.
2. Os arquivos submetidos estão em formato Microsoft Word ou RTF (desde que **não ultrapassem 2MB**).
3. O trabalho atende aos requisitos de formatação da RPP conforme indicados no item "Diretrizes aos Autores" desse Periódico. As submissões que não estiverem de acordo com as normas da RPP serão devolvidas aos autores.
4. O texto está de acordo com as normas técnicas da ABNT.
5. Foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, a identificação de autoria do texto assegurando, assim, a [avaliação cega por pares](#).

Declaração de Direito Autoral

Termo de Transferência de Direitos Autorais

Como condição para a submissão, os autores devem declarar a autoria do trabalho e concordar com o Termo de Cessão de Direitos Autorais, marcando a caixa de seleção após a leitura das cláusulas)

- Declaro que participei da elaboração do trabalho referido, em parte ou no todo; que não omiti qualquer ligação ou acordo de financiamento entre os autores e instituições ou empresas que possam ter interesses na publicação desse trabalho;
- Declaro tratar-se de texto original, isento de compilação, em parte ou na íntegra, de minha autoria ou de outro (os) autor (es);
- Declaro que o texto não foi enviado a outra revista (impressa ou eletrônica) e não o será enquanto a possibilidade de sua publicação esteja sendo considerada pela RPP;
- Declaro que transfiro os direitos autorais do trabalho especificado para a RPP, comprometendo-me a não reproduzir o texto, total ou parcialmente, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem prévia autorização dessa Revista.
- Declaro que tenho conhecimento que a cessão do texto à RPP é gratuita e, portanto, não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua utilização.

Direitos autorais Revista de Políticas Públicas



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

R. Pol. públ.

ISSN 2178-2865 (*online*)

ANEXO B – Comitê de Ética e Pesquisa – CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

PROJETO DE PESQUISA

Título: Morbidade e Mortalidade de recém-nascidos prematuros internados em uma UTIN de um Hospital Filantrópico de Vitória-ES

Área Temática:

Pesquisador: Luciana Carrupt Machado Sogame

Versão: 2

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

CAAE: 02988212.4.0000.5065

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 48507

Data da Relatoria: 26/06/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional de coorte retrospectivo realizado na UTIN do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, no período de janeiro a dezembro dos anos 2009 a 2011. Os dados serão coletados (após aprovação do comitê de ética) mediante análise de prontuário. Será utilizada uma ficha para a coleta dos mesmos, a qual será preenchida pelo pesquisador. Após a coleta dos dados, serão identificadas as variáveis maternas e neonatais e será realizada uma análise estatística descritiva destes dados, com média e desvio padrão. Também será realizada uma análise univariada e uma multivariada. Espera-se, com este estudo, provocar uma reflexão acerca da mortalidade e das morbidades neurológicas e respiratórias adquiridas durante o período de internação hospitalar pelos recém-nascidos prematuros, ressaltando a importância da qualidade do cuidado para com estes bebês, visando uma melhor qualidade de vida para estas crianças e suas famílias, uma vez que, estamos diante de um número crescente de sobreviventes das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais com alterações respiratórias, déficits motores, sensoriais e dificuldade de aprendizagem.

Objetivo da Pesquisa:

Para tanto, os pesquisadores propõe como objetivos da pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a incidência de morbidade e mortalidade e seus fatores de risco em recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivo Secundário:

a) Identificar o perfil dos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pela análise dos seguintes aspectos: data de nascimento, data da alta ou óbito hospitalar, sexo, tipo de apresentação (cefálica ou pélvica), índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, reanimação na sala de parto e manobras utilizadas, peso de nascimento, peso na alta, idade gestacional, adequação peso/idade, utilização de surfactante exógeno, diagnóstico inicial para internação hospitalar, tempo de oxigenioterapia, tipo de assistência ventilatória utilizada, tempo de internação hospitalar e presença de sepse neonatal; b) Identificar o perfil das mães dos prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pela análise dos seguintes aspectos: idade, número de gestações, partos e

abortos, tipo de gravidez, tipo de parto, cuidado pré-natal e número de consultas, fatores de risco gestacional e uso de corticóide antenatal; c) Observar os tipos de morbidades (respiratórias e neurológicas) presentes nos recém-nascidos prematuros; d) Observar a atuação da fisioterapia nos recém-nascidos prematuros pela análise dos seguintes aspectos: número de sessões diárias, técnicas utilizadas e encaminhamento a ambulatórios de seguimento após a alta hospitalar; e) Investigar se existe associação entre morbidade e óbito neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo não oferece qualquer tipo de risco para seus participantes, visto que se trata de um estudo retrospectivo e portanto não será realizado nenhum tipo de intervenção.

Em relação aos benefícios:

Com os resultados alcançados será possível provocar uma reflexão acerca da mortalidade e morbidade neonatais, ressaltando a importância da qualidade do cuidado ao recém-nascido prematuro em nosso hospital escola.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante na área da saúde que resgata as principais causas de morbi-mortalidade de RN prematuros internados em um Hospital Filantrópico de Vitória e a participação da fisioterapia na recuperação dos mesmos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos de apresentação obrigatória adequadamente

Recomendações:

Recomendamos somente que o pesquisador inclua no texto que os dados da pesquisa serão mantidos em sigilo e confiabilidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após alteração do título, conforme sugestão do CEP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo colegiado.

VITÓRIA, 02 de Julho de 2012

Assinado por:
Paulo Augusto Sessa