



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

MARIA ANELICE DE LIMA

**HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E DIMENSÃO SOCIAL DA SUSTENTABILIDADE:
VIVÊNCIAS DO FEMININO**

CRATO

2020

MARIA ANELICE DE LIMA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E DIMENSÃO SOCIAL DA SUSTENTABILIDADE:
VIVÊNCIAS DO FEMININO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável.

Área de concentração: Ciências Ambientais.

Orientadora: Profa. Dra. Francisca Laudeci Martins Souza.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Cleide Correia de Oliveira.

CRATO

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Cariri
Sistema de Bibliotecas

L696h Lima, Maria Anelice de.
Humanização no pré-natal e dimensão social da sustentabilidade: vivências do
feminino/ Maria Anelice de Lima. – 2020.
107 f.: il.; color.; enc. ; 30 cm.
(Inclui bibliografia p.94-102).

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Cariri, Centro de Ciências
Agrárias e Biodiversidade, Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável, Crato, 2020.
Área de concentração: Desenvolvimento Regional Sustentável.

Orientação: Profa. Dra. Francisca Laudeci Martins Souza.
Coorientação: Profª. Dra. Cleide Correia de Oliveira.

1. Desenvolvimento Sustentável. 2. Humanização. 3. Pré-natal. I. Título.

CDD 618.2

Bibliotecário: João Bosco Dumont do Nascimento – CRB 3/1355

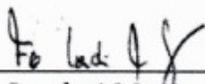
MARIA ANELICE DE LIMA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E DIMENSÃO SOCIAL DA SUSTENTABILIDADE:
VIVÊNCIAS DO FEMININO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável. Área de concentração: Ciências Ambientais.

Aprovada em: 28/02/2020.

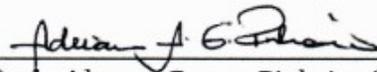
BANCA EXAMINADORA



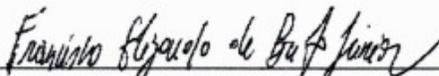
Prof.^a. Dr.^a. Francisca Laudeci Martins Souza (Orientadora)
Universidade Federal do Cariri (UFCA)



Prof.^a. Dr.^a. Cleide Correia de Oliveira (Coorientadora)
Universidade Regional do Cariri (URCA)



Prof.^a. Dr.^a. Adriana de Alencar Gomes Pinheiro (Membro interno)
Universidade Federal do Cariri (UFCA)



Prof. Dr.^o. Francisco Elizardo de Brito Junior (Membro externo)
Universidade Regional do Cariri (URCA)

CRATO
2020

Dedico esta obra

À melhor irmã, Maria Any de Lima, referencial de mulher guerreira e humanização com o outro, gratidão por todo o amor e esforço direcionado à concretização desse meu sonho. Amo-te infinitamente.

À minha mãe, Francisca Rodrigues, gratidão pelo dom da vida e por todo o seu amor. Amo-te, querida.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma conquista se alcança sozinha. Foi uma longa travessia até chegar aqui. Gratidão à todos desse universo, visível e invisível, que contribuíram para que fosse possível a realização deste sonho.

“E aprendi que se depende sempre, de tanta, muita, diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas. É tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente. Onde quer que a gente vá, é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho, por mais que pense estar...” (Caminhos do coração – Gonzaguinha.)

À Deus, força maior nos momentos difíceis. Agradeço-te Senhor por todos os desafios, pois sei que se colocou obstáculos em minha vida, é porque confiou que eu podia ultrapassá-los e adquirir sabedoria com eles. Agradeço pelos bons momentos que me fizeram celebrar a vida, e agradeço pelos momentos difíceis que me fizeram crescer.

Ao meu genitor, Manuel Ferreira (*in memorium*) por um dia ter feito parte da minha vida. Hoje compreendo que me proporcionou o melhor que você podia.

Ao meu irmão Francisco Ferreira, pessoa de um coração bondoso, gratidão por toda ajuda e por fazer parte de minha vida.

Ao meu querido sobrinho Thiago de Lima Vasconcelos, por todo apoio na minha caminhada de mestranda. Você é inspiração linda em nossa vida. Amo-te.

Ao meu filho Emmanuel, que mesmo não percebendo, é fonte de inspiração para que me torne uma pessoa melhor a cada dia. Amo-te infinitamente

À minha prima Andréia Pereira Leite, pela paciência e carinho em me ajudar em momentos da estruturação dessa dissertação.

À Ana Lais Braga pela amizade e incentivo para que eu participasse do processo seletivo do Mestrado em Desenvolvimento Sustentável. Quando eu havia desistido, você chegou como que um anjo enviado por Deus, e me inspirou a querer tentar novamente. Gratidão Ana!

Ao meu amigo Nalber Sigian, pela amizade, por me fazer rir nos momentos em que eu estava literalmente desacreditada que sabia de algo, e por todas sugestões na elaboração desta dissertação.

À Estelita Lima Cândido, Coordenadora do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri, pela ajuda e compreensão no momento da submissão do estudo ao comitê.

Às mulheres participantes desse estudo toda a minha gratidão; flores que enfeitaram meu jardim!

À Enfermeira da ESF pelo carinho e apoio para a efetivação deste estudo.

Aos Residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da URCA, pelo apoio durante a coleta de dados.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, pela ajuda durante a coleta de dados.

À turma 2018 do PRODER, com carinho especial à Suzana e Evanildo que me fortaleceram tantas vezes na trajetória do mestrado e pelo compartilhar dos percursos; à Cristiano, José Matos, Alcylanna, Alan, Alex, Katiane pela amizade e vivências.

À Mirelle pelo carinho e paciência em realizar a formatação dessa dissertação.

Aos nossos professores, em especial ao professor Paulo Renato, gratidão por todo apoio e carinho sempre que recorri a você com minhas inúmeras dúvidas.

À professora Laudeci Martins toda minha gratidão por tantos ensinamentos, pela amizade, paciência e carinho com o meu processo de florescimento na escrita dessa dissertação. Foste mais que uma orientadora, foste colo que acolhe, sorriso que acalma.

À professora Cleide Correia, gratidão pela amizade e valiosas orientações, colaborando para uma formação crítica e fortalecendo-me durante todo esse processo.

À minha banca professor Francisco Elizaldo (nosso querido Naldo) e professora Adriana de Alencar, pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Agradeço também ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável (PRODER), por ser um espaço que privilegia o conhecimento e nos ofertou a oportunidade de cursar esse mestrado tão importante para nossas vidas.

“Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos. Não é o quanto damos, mas quanto amor colocamos em dar” -
Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A temática da sustentabilidade configura, no final do século XX, destaque para reflexão sob a perspectiva das dimensões do desenvolvimento e das possíveis alternativas que se evidenciam para garantir equidade social e articular as relações entre os indivíduos e um meio ambiente equilibrado. O objetivo geral dessa pesquisa foi identificar o processo de humanização durante as consultas do pré-natal, bem como suas relações com a dimensão social da sustentabilidade, tomando como lócus as vivências das gestantes nas ações de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Crato-CE. A pesquisa foi do tipo exploratória, utilizando abordagem qualitativa. Fez-se uso também de pesquisa descritiva e explicativa. Os sujeitos da pesquisa foram dez mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde-SUS. Como critérios de inclusão, admitiu-se: as mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal, no período de janeiro a novembro de 2019, de Risco Habitual, com número de consultas de pré-natal superior a 6 (seis) e que concordaram participar do estudo. Como critérios de exclusão, as gestantes menores de 18 anos, as que estivessem no primeiro trimestre de gestação e as que apresentassem número de consultas de pré-natal inferior a seis. A pesquisa foi apresentada às participantes, seus métodos e objetivos, através da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados através de encontros previamente agendados e gravados. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise Temática de Bardin, que implica na identificação dos núcleos de sentido contidos na comunicação. A faixa etária variou de 19 até 29 anos. Como resultado, podemos afirmar que o acesso ao pré-natal foi efetivo, onde 100% das mulheres relataram que não tiveram dificuldade de acesso às consultas. Os depoimentos descritos em nosso estudo apontam para quantitativo de 100% de participantes satisfeitas com a qualidade da assistência ofertada nas consultas do pré-natal em uma ESF na cidade de Crato-CE. O estudo permitiu identificar pontos relevantes, que nos remetem, em sua maioria, a uma crítica positiva sobre a humanização nas consultas do pré-natal de risco habitual na ESF do bairro Seminário, em Crato-CE.

Palavras-chave: Desenvolvimento Sustentável. Humanização. Pré-natal.

ABSTRACT

The matter of sustainability, from the end of 20th century, focuses the debate from the perspective of the dimensions of development and the possible alternatives that are evident to guarantee social equity and to articulate the relationships between individuals and a balanced environment. The general objective of this research was to identify the humanization process during prenatal consultations, as well as its relations with the social dimension of sustainability, taking as a locus the experiences of pregnant women in the actions of a Family Health Strategy (FHS), in the city of Crato-CE. The research was exploratory, using a qualitative approach. Descriptive and explanatory research was also used. The research subjects were 10 (ten) women, users of the Unified Health System-SUS. As inclusion criteria, it was admitted: women who underwent prenatal care, from January to November 2019, of Habitual Risk, with a number of prenatal consultations greater than 6 (six) and who agreed to participate in the study. As exclusion criteria, women who refuse to participate in the research, pregnant women under 18 years, those who were in the first trimester of pregnancy and those who had less than six prenatal consultations. The research was presented to the participants, their methods and objectives, through the presentation of the Free and Informed Consent Form. The data collection instrument was a semi-structured interview. Data were collected through meetings previously scheduled and recorded. For data analysis, the Thematic Analysis technique of Bardin was used, which implies the identification of the center of meaning, contained in the communication. The age ranged from 19 to 29 years. Access to prenatal care was effective, where 100% of women reported that they had no difficulty accessing consultations. The testimonies described in our study point to a quantity of 100% of participants satisfied with the quality of care offered in prenatal consultations at an ESF, in the city of Crato-CE. The study made it possible to identify relevant points, which mostly send us a positive criticism about humanization in the usual risk prenatal consultations at the ESF in the Seminário neighborhood, in Crato-CE.

Keywords: Sustainable development. Humanization. Prenatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de localização do Bairro Seminário (Crato-CE).....	27
Figura 2- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde..	49
Figura 3 - Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde - RAS.....	52
Figura 4 - Repactuação Rede Materno Infantil/Atenção Hospitalar na Rede Materno Infantil, por Macrorregionais.....	65
Figura 5 - - Desenho da Rede – expressa as responsabilidades de cada município em relação aos pontos de atenção da Rede.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências, absoluta e relativa, das participantes, por faixa etária, no ano de 2019...	75
Tabela 2- Frequência absoluta e relativa das participantes segundo estado civil, no ano de 2019.	75
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das participantes segundo grau de escolaridade, 2019.	76
Tabela 4- Frequência absoluta e relativa das participantes quanto ao número de gestações – 2019.	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Diretrizes que norteiam as ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde.....54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

R\$ Reais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	24
2.1 Tipo de Estudo.....	24
2.2 Cenário da Pesquisa.....	25
2.3 Amostra.....	27
2.4 Instrumento de coleta de dados.....	27
2.5 Análise dos Dados.....	28
2.6 Aspectos Éticos do Estudo.....	29
2.7 Riscos da Pesquisa e benefícios.....	29
3 DIMENSÃO SOCIAL DA SUSTENTABILIDADE.....	30
3.1 Saúde e sustentabilidade: entrelaçando fios.....	34
3.2 Política Pública de Saúde da Mulher e Humanização no Pré-natal.....	39
4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) X POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM NOVO SUS EM CONSTRUÇÃO.....	48
4.1 Método e Dispositivos da Política Nacional Humanização.....	57
4.2 Dispositivos da Política Nacional de Humanização - PNH.....	58
4.3 Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN): Rompendo paradigmas...	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	72
5.1 Sobre constituição de relações no campo: contextualizando o cenário da pesquisa.....	72
5.2 Em cena os sujeitos da pesquisa.....	75
5.3 Processos de atendimento do pré-natal.....	81
5.4 Quanto ao acesso ao pré-natal.....	81
5.5 Quanto à realização dos exames.....	81

5.6 Quanto à oferta de atividades educativas coletivas.....	82
5.7 Quanto à disponibilidade dos medicamentos.....	82
5.8 Quanto à informação da maternidade para o parto e oferta de visita a maternidade.....	83
5.9 Quanto à satisfação com o atendimento dos profissionais.....	83
5.10 Quanto à informação do direito ao acompanhante no parto.....	84
5.11 Quanto à orientação e incentivo dos benefícios do parto normal.....	84
5.12 Quanto à preferência e motivo do tipo de parto.....	85
5.13 Quanto ao atendimento durante as consultas do pré-natal.....	86
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AS GESTANTES.....	100
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	102
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	104

1 INTRODUÇÃO

A temática da sustentabilidade configura, no final do século XX, destaque para reflexão sob a perspectiva das dimensões do desenvolvimento e das possíveis alternativas que se evidenciam para garantir equidade social e articular as relações entre os indivíduos e um meio ambiente equilibrado.

O conceito de desenvolvimento sustentável surge como uma ideia de integração para qualificar a necessidade de se pensar uma outra forma de desenvolvimento. É preciso quebrar paradigmas, cultivar alternativas socialmente justas e culturalmente diversas, ultrapassando a ideia de crescimento somente em sua visão econômica.

A sustentabilidade, como afirma Boff (2013), é um modo de ser e de viver que exige alinhar as práticas humanas às potencialidades limitadas de cada bioma e às necessidades das presentes e das futuras gerações.

Nessa perspectiva, Sachs (2002), aponta que a sustentabilidade deve ser expressa dentro de pressupostos, sendo aspectos relacionados à dimensão social, cultural, ecológica, ambiental, territorial, econômico e político.

Para tanto, as dimensões da sustentabilidade conforme Mendes (2009 p 58) estão extremamente interligadas. Na sociedade, segundo o mesmo autor, as dimensões social, cultural e psicológica são responsáveis pela mudança de comportamento dos indivíduos. Estas, por sua vez, são fortemente influenciadas pela dimensão política, caracterizada, principalmente, pelos jogos de poder e pela dimensão econômica, tendo em vista o paradigma de consumo e trabalho imposto pela sociedade capitalista, os quais afetam a dimensão espacial. (MENDES, 2009). O presente estudo focou na dimensão da sustentabilidade social.

Seja na conjuntura espacial, local ou global, o desenvolvimento sustentável adentrou na pauta das preocupações dos gestores públicos, passando a ser compreendido e discutido de forma cada vez mais frequente pela sociedade. Entre os esforços necessários para a implementação de políticas públicas de desenvolvimento sustentável, a saúde tem alta significação, devendo se pensar à luz da sustentabilidade e tornar prioritárias as políticas de proteção e promoção nesse setor, pois é imprescindível seus benefícios para o bem-estar dos cidadãos.

No âmbito da saúde, uma iniciativa importante foi a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde- OMS, no Rio de

Janeiro, em 2011, que integrou, em escala global, os esforços de aproximar a saúde do desenvolvimento sustentável. Inspirados nesses marcos globais, onde o desenvolvimento sustentável estabelece um diálogo profundo com a saúde, propomos a construção de novos compromissos que reiterem e avancem esta relação intrínseca da saúde com o desenvolvimento sustentável (BRASIL 2011).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, assumiu, através da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), o compromisso, dentre outros, de reorientar as práticas de saúde de modo a permitir a interação entre a saúde, o meio ambiente e o desenvolvimento sustentável.

Nessa perspectiva, o presente estudo se propôs a investigar a humanização no pré-natal nas experiências vivenciadas pelas gestantes, junto a uma Estratégia Saúde da Família-ESF na cidade de Crato-CE. Utilizou-se como parâmetro para a investigação da ocorrência ou não de uma assistência humanizada nas consultas do pré-natal a Política Nacional de Humanização (HumanizaSus). A Portaria nº 569/MS de 1º de junho de 2000 é que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Assim, a fim de encurtar laços entre os campos da saúde, humanização e dimensão social da sustentabilidade; e suscitar o fortalecimento das práticas desenvolvidas nas consultas do pré-natal, acredita-se que este trabalho proporcionará uma abordagem por esse viés e possivelmente ressignificação de conceitos e saberes ao processo de humanização da gestação no serviço público de saúde, justificando-se o presente estudo.

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir de escuta qualificada, na qual seus relatos podem evidenciar satisfatória qualidade do serviço de saúde ofertado ou deficiências.

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A gestação é um período em que ocorrem inúmeras mudanças, sendo estas fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais que podem repercutir em transformações significativas no contexto feminino. É uma fase que necessita de ações assistenciais de saúde que possuam cunho de promoção da saúde e proteção de agravos, com monitoramento eficiente e eficaz, de modo a proporcionar melhoria na qualidade de vida para a mãe e seu concepto (CECAGNO, 2016).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo (FILHO, 2015).

A atenção pré-natal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, escuta ativa, sem julgamentos e preconceitos, atendimento humanizado, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam surgir nesse período. Nesse contexto, esta pesquisa se propôs à seguinte questão: Quais as vivências das gestantes em relação à humanização durante assistência ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF)?

A motivação para esse estudo emergiu da inquietude, enquanto Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), em buscar conhecer e compreender as vivências das gestantes, pois, por diversos momentos nas consultas de Enfermagem, era percebido que muitas das gestantes apresentavam medos, dúvidas e inseguranças diversas, dentre estas, quanto aos profissionais que lhes acompanhariam durante o tempo da gestação e no momento do parto.

Outro ponto instigante que desencadeou esse processo investigativo sobre as vivências destas gestantes foi conjecturar se de fato o processo de humanização se fazia presente nas consultas ofertadas a essas mulheres, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Essas inquietações nasceram da relação da nossa relação com a Enfermagem, a qual vem de muitos anos passados, pois viajando no tempo vimos como o nosso nascimento de parto natural e em casa, nos afetou, na medida em que o pós-parto gerou complicações que demandou procedimento de curetagem. Sendo que essa foi a ocasião em que, em um hospital na cidade de Campos Sales-CE, nossa mãe conheceu uma enfermeira por nome de “Anelice” e achando esse nome muito bonito, resolveu que sua filha receberia o mesmo nome. Dessa forma, não é por acaso a preferência por tal profissão, que acolhe e cuida do outro em suas diferentes dimensões. A partir daquele momento da escolha de meu nome a enfermagem entrou na minha vida e a partir de então foi uma longa trajetória até chegar aqui.

Esse foi o passo inicial até a construção desta dissertação, cuja relevância pessoal vem de uma construção de vida de lutas, desafios e superações.

Esse interesse pelas questões da atenção em saúde surge nas vivências profissionais e pessoais em comunidades na cidade de Antonina do Norte-CE, localizada a 110 km da cidade do

Crato-ce. No ano de 1992 iniciou a primeira experiência profissional como Agente Comunitária de Saúde (ACS), função esta que proporcionou vivências na comunidade e a partir destas, veio o grande desejo de ser Enfermeira, e assim poder ajudar mais aquelas pessoas. A função de ACS foi desempenhada por quatro anos e o sonho de cursar Enfermagem ainda era uma realidade muito distante, pois na Região do Cariri ainda não havia a oferta de tal curso, só na capital Fortaleza então havia recursos financeiros para investir nesse sonho.

No ano de 1997 iniciei o Curso de Ciências Biológicas na Universidade Regional do Cariri, visto ser o curso que mais se aproximava da área da Enfermagem. Em 2000, conclui o curso de Biologia e ingressei na docência na rede estadual, atuando como professora por dez anos e sempre com o sonho de cursar enfermagem. E então no ano de 2010.2 me torno Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri- URCA. Em 2011 assumo o cargo de Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Antonina do Norte-ce.

Foram oito anos de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) e aqui a trajetória profissional como enfermeira no serviço público de saúde. Dentre as diversas atribuições no cotidiano profissional, realizar as consultas do pré-natal era um momento muito especial e significativo, um propósito profissional pessoal, acolher aquelas mulheres da melhor forma possível, distanciando-as de atendimentos desumanizados, como ocorrido no meu processo gestacional. Foram muitas vivências com as gestantes, era gratificante poder acompanhar e contribuir com esse processo, momento tão significativo na vida da mulher e sua família.

A grande afinidade no atendimento às gestantes foi decisiva para a escolha do que se trabalhar na presente pesquisa. Não poderia ser outro universo, porque fazer pesquisa, antes de tudo é um ato de amor, então vos apresento nesse estudo não somente resultados inerentes ao objeto estudado, trago um pouco da minha essência pessoal e profissional, galgada nestes quatorze anos de servidora do SUS.

Dessa maneira, esse trabalho utiliza a metáfora da contemplação do processo feminino de gestar, nutrido pelo desenvolvimento das trocas de saberes, da busca por novos caminhos, e pelo desejo de um lindo processo de florescimento.

Diante deste contexto, o objetivo geral dessa pesquisa foi identificar o processo de humanização durante as consultas do pré-natal e suas relações com a dimensão social da sustentabilidade tomando como lócus as vivências das gestantes nas ações de uma Estratégia Saúde da Família no bairro seminário, na cidade de Crato-CE.

E, como objetivos específicos, pretendeu-se discutir os conceitos de Política de Saúde da mulher, Política de Humanização, Estratégia Saúde da Família e Dimensão Social da Sustentabilidade; Caracterizar a Política Pública de Humanização no Pré-Natal e a Estratégia Saúde da Família-ESF; Identificar as ações de humanização nas consultas do pré-natal na ESF, sob a ótica das gestantes, com suas aproximações e distanciamentos das previsões na Política Pública de Humanização do Ministério da saúde.

Para compreender as etapas e organizar os dados seguidos, esta pesquisa dividiu-se em seis capítulos. Nesta parte, apresenta-se uma introdução que se contextualiza a temática da sustentabilidade relacionando com as práticas de atenção em saúde, e uma rápida fala sobre o pré-natal. Traz uma visão geral sobre o Desenvolvimento Sustentável, identificando a dimensão social da sustentabilidade como área específica a ser abordada na pesquisa. É, ainda, exposta a justificativa, a relevância e objetivos geral e específicos do estudo.

O percurso metodológico seguido é descrito no segundo capítulo. Relata-se o tipo de estudo abordado, o local onde se realizou a pesquisa, os critérios que definiram a inclusão e exclusão dos sujeitos no estudo, o procedimento da coleta dos dados e quais técnicas foram utilizadas. Discorre-se ainda a técnica de análise dos dados utilizada, a qual seguiu as orientações de Bardin (2016), os aspectos éticos que regiram este estudo e os riscos e benefícios do estudo.

No terceiro capítulo, inicialmente, discute-se em profundidade, baseado em um aporte teórico, os principais conceitos sobre a Dimensão Social da Sustentabilidade. Posteriormente, faz-se uma ligação entre saúde e sustentabilidade, entrelaçando fios. Finaliza-se trazendo um resgate sobre a política pública de saúde da mulher e humanização no pré-natal.

O quarto capítulo apresenta, inicialmente, a temática Rede de Atenção à Saúde (RAS) X Política Nacional de Humanização: um novo SUS em construção. Em seguida, se discorre sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) e sobre o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN). Finalizando com descrições das demais Leis e Portarias que fortalecem a Política de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com breve relato da importância das mesmas para uma assistência de qualidade às usuárias gestantes do SUS.

No quinto capítulo relata-se e discutem-se os dados coletados. Dividiu-se em três categorias que são: “Sobre constituição de relações no campo: contextualizando o cenário da pesquisa”; “Em cena os sujeitos da pesquisa”; e “Processo de atendimento no pré-natal”.

A primeira categoria inicia-se com descrição de como se deu a chegada ao campo da pesquisa, as impressões acerca do ambiente, dos sujeitos, das relações, dos sentimentos, bem como da articulação para cada visita domiciliar às participantes.

No segundo tópico do capítulo 5, são apresentadas as características sócio-demográficas e obstétricas das participantes do estudo, discutindo com outros autores.

No subcapítulo “Processo de atendimento no pré-natal”, apresentam-se as falas das participantes relatando as suas percepções sobre o atendimento durante as consultas do pré-natal, sendo subcategorizadas: Quanto ao acesso ao pré-natal, Quanto à realização dos exames, Quanto à oferta de atividades educativas, Quanto à disponibilidade dos medicamentos, Quanto à informação da maternidade para o parto e oferta de visita a maternidade, Quanto à informação do direito ao acompanhante no parto, Quanto à orientação e incentivo dos benefícios do parto normal, Quanto à preferência e motivo do tipo de parto, Quanto ao atendimento durante as consultas do pré-natal.

Por fim, apresenta-se as considerações, onde se aborda as potencialidades e fragilidades do processo de trabalho em saúde na ESF, como também a contribuição do estudo para melhor direcionar profissionais e gestão na condução do serviço de saúde.

2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

2.1 Tipo de Estudo

A pesquisa foi do tipo exploratória, utilizando abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa de pesquisa tem raízes no final do século XIX. Ao longo dos anos, sua elevada capacidade de agregar conhecimentos e sentidos aos fatos estudados que, muitas vezes, os números e os testes estatísticos não alcançam, fez com que esta modalidade de investigação fosse contemplada na área da saúde em geral e da saúde coletiva em particular (BRASIL, 2018).

Nessa mesma ótica, Santos (2016) afirma que o reconhecimento da pesquisa qualitativa no campo das ciências da saúde, bem como a sua popularidade, tem aumentado de maneira significativa nas últimas décadas.

O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, desde a percepção dos participantes até um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (MINAYO, 2014).

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc. (MARCONI E LAKATOS, 2011).

Sobre a pesquisa exploratória, é usada quando se buscam percepções e entendimentos sobre a natureza geral de uma questão e estimulam os entrevistados a construir hipóteses de maneira espontânea. Fez-se uso também de pesquisa descritiva e explicativa.

De acordo com Gil (2017), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental, etc.

A pesquisa descritiva também se propõe estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, aqui foi utilizada para verificarmos a resolutividade da política de

humanização no pré-natal e parto, especificamente das gestantes atendidas nas consultas do pré-natal em uma ESF no bairro seminário em Crato-CE.

2.2 Cenário da Pesquisa

O município do Crato-CE, localizado na Região Metropolitana do Cariri – RMC, conhecido por muitos como “Oásis do Sertão”, no extremo sul do estado do Ceará, a 560 km da capital Fortaleza-CE é a segunda cidade mais importante do Cariri, em termos econômicos, e possui uma população de 130.604 habitantes (IBGE, 2017). O município tem como limites territoriais os municípios de Juazeiro do Norte, Santana do Cariri e Caririaçu (Cidade Brasil, 2016).

O município do Crato possui uma população de 13.412 habitantes em extrema pobreza, uma taxa de cobertura de água urbana de 97,26% e de esgotamento sanitário 32,75% (IPECE, 2017). A cidade é conhecida por suas belezas naturais, cultura e religiosidade, sendo atrativo turístico por estar no roteiro da fé que traz devotos do Padre Cícero de todos os estados do Brasil. Além disso, recebe um grande contingente de estudantes devido à Universidade Regional do Cariri, ao Campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará e o campus da Universidade Federal do Cariri, além de outras instituições particulares de ensino superior, médio e fundamental (SILVA, 2019).

Segundo o IPECE (2017) o sistema de saúde é composto por 70 unidades de saúde ligadas ao SUS, sendo destas 49 públicas e 21 privadas. Conforme dados de fevereiro de 2020, confirmados pela Coordenadora de Atenção Básica municipal de Crato, o município possui 2 (dois) hospitais conveniados ao SUS, conta com 3 (três) Centros de referências especializados, 1 (um) Centro de Zoonoses, 2 (dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III e AD), 1 (um) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Municipal e 1 (um) Estadual e 1 (um) centro de infectologia. Possui ainda o Laboratório Central de Saúde (LACEN), e mais 3 (três) laboratórios de análises clínicas conveniados ao SUS.

A Atenção Primária à Saúde se constitui através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se caracteriza como porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde. Segundo dados de fevereiro de 2020, fornecidos pela Coordenadora da Atenção Básica do município de Crato, a Atenção Primária é composta de 32 Unidades Básicas de Saúde e 41 Equipes de Saúde da

Família, perfazendo uma cobertura da ESF 90.92%, possui 184 Agentes Comunitários de Saúde, 29 equipes de saúde bucal, além de 3 equipes de Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) tipo 1, 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 1 (uma) Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). Devido à estruturação desta rede, a cidade é um município pólo de referência regional a treze outros municípios de pequeno e médio porte, e atrai demandas de outros estados limítrofes (DAB, 2018).

A pesquisa foi realizada com mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde-SUS, que realizaram o pré-natal no período de janeiro a novembro de 2019, provenientes de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no bairro Seminário, no Município do Crato-CE (Figura 1).

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados através de encontros previamente agendados e gravados.

Referindo-nos à entrevista semiestruturada, essa, em sua classificação, corresponde à entrevista por pautas, por exprimir certo grau de estruturação, pois se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso (AGUIAR, 2018).

Por conta de seu uso mais amplo e recorrente, destacamos aqui as entrevistas denominadas de semiestruturadas que, por sua vez, oferecem mais flexibilidade ao pesquisador. Nessa direção, o entrevistador pode: 1) refazer questões; 2) reformular de modo distinto as questões caso o entrevistado não as compreenda; 3) certificar que foi devidamente entendido. Esse formato de pesquisa viabiliza tanto a obtenção de dados quantificáveis de modo estatístico, quanto, em viés qualitativo, no formato de relatórios, falas e observações/pontuações do pesquisador (FONTANA, 2018).

Identificamos, com base em todas as considerações acerca da técnica da entrevista em pesquisas qualitativas, e, de modo mais específico, no ambiente da Saúde Coletiva, que seu uso é recorrente, mas, por muitas vezes, é polêmico, por não ser utilizado com seu devido rigor metodológico (AGUIAR, 2018). Portanto, cabe aos pesquisadores que optaram pelo uso dessa técnica em suas pesquisas a utilizarem de modo adequado.

2.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise Temática proposta por Bardin (2016), que implica na identificação dos núcleos de sentido contidos na comunicação. Para realização da análise todas as entrevistas foram transcritas em sua íntegra. A escolha dessa técnica ocorreu por meio da categorização dos temas que emergem do conteúdo das falas das entrevistadas.

Afirma Bardin (2016) que o procedimento de análise dos conteúdos se divide em três etapas fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação dos mesmos. A primeira etapa diz respeito à organização e os caminhos procedimentais escolhidos para a pesquisa. A segunda etapa é representada pela exploração do material colhido e a construção de unidades de registro. E a terceira etapa prevê a sistematização, categorização e interpretação dos dados.

Conforme o autor supracitado, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que consiste na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão do conteúdo. Deste modo, os dados transcritos, as informações dos registros dos prontuários foram organizadas com o propósito de transformar os dados brutos e ajuntar em unidades, permitindo assim uma descrição exata das características do conteúdo e a identificação de conceitos.

2.6 Aspectos Éticos do Estudo

A pesquisa foi apresentada às mulheres, seus métodos e objetivos, através da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mediante a aceitação das participantes, elas assinaram o termo de Consentimento Pós-Informado.

Para a realização da pesquisa foram consideradas as determinações contidas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), proporcionando aos sujeitos a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados obtidos, bem como a garantia de esclarecimentos acerca da pesquisa e/ou a liberdade de se recusar a participar do estudo.

O presente estudo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Cariri – UFCA, para a apreciação do processo metodológico, o qual foi aprovado com o parecer de número 3.605.436.

2.7 Riscos da Pesquisa e benefícios

Os riscos da pesquisa foram do tipo mínimo de constrangimento, que foi minimizado através de uma entrevista de forma individual e garantido todo sigilo das informações fornecidas.

Os benefícios esperados com o estudo são a projeção de conhecimento para a comunidade científica através dos resultados obtidos e a possibilidade de novas descobertas sobre a temática em questão. Como também, se configuram pela importância de se avaliar a humanização na assistência às gestantes nas consultas do pré-natal, e, conseqüentemente, contribuir para a gestão e os profissionais melhorarem a qualidade no pré-natal, bem como subsidiar futuras pesquisas.

3 DIMENSÃO SOCIAL DA SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade social se relaciona às necessidades das pessoas, dos direitos humanos nos mais diversos cenários. Assim, reverbera atenção à justiça social, contrapondo-se às injustiças sociais humanas ocorridas na sociedade. Todo cidadão tem direito à igualdade de condições de acesso a serviços de saúde de qualidade, humanizados, onde a dimensão social da sustentabilidade deve fazer-se perceber nas práticas assistenciais ofertadas pelos profissionais de saúde. Esta pesquisa investigará, através da fala das gestantes, a humanização nas consultas do pré-natal e tecerá relação dessa assistência com a dimensão social da sustentabilidade.

A respeito da dimensão social da sustentabilidade, Póvoas (2015) afirma que a mesma atua na proteção da diversidade cultural, garantia do exercício pleno dos direitos humanos e combate à exclusão social.

É preciso que gestores e profissionais da saúde internalizem a necessidade de se pensar as ações em saúde pública à luz da sustentabilidade, ofertando a todos os usuários um serviço público equitativo, ético e comprometido com o encaminhamento das necessidades básicas dos cidadãos que procuram o serviço da unidade de saúde.

Nesta dimensão da sustentabilidade:

O objetivo é construir uma civilização do “ser”, em que exista maior equidade na distribuição do “ter” e da renda, de modo a melhorar substancialmente os direitos e as condições de amplas massas de população e a reduzir a distância entre padrões de vida de abastados e não-abastados. (SACHS, 1993).

As raízes da inclusão da dimensão social nas pautas de discussão do desenvolvimento sustentável conforme Wiesenfeld (2003) estão na Rio 92 e na Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos II, realizada em Istambul, em 1996. Relata, ainda, que a dimensão social foi incorporada ao desenvolvimento sustentável de forma gradativa e pouco precisa, a partir da conferência Rio 92. Essa inclusão resultou da pressão participativa de segmentos alheios aos organismos multilaterais, como ecologistas, defensores de direitos humanos, acadêmicos, organizações não-governamentais.

O autor supracitado salienta que, na conferência Rio 92, a dimensão social se compunha a partir de três elementos: os aspectos sociais, ligados à pobreza, salubridade e dinâmica demográfica; os grupos envolvidos, representados pelas mulheres, crianças, índios e

assentamentos humanos; e os mecanismos para a aplicação do modelo, referentes à educação, conscientização e organização. Enquanto que, na Conferência Habitat II, o aspecto julgado como relevante foi a questão ligada aos assentamentos humanos.

A dimensão social apresenta os maiores desafios para o desenvolvimento sustentável, uma vez que pretende atender aos interesses de diferentes atores envolvidos em organizações e comunidades (JACOBI, 1999). Segundo Sachs (2002), encontra-se na sustentabilidade social, a possibilidade de mudança através de ações que visem melhorar a qualidade de vida desta população.

Em âmbito comunitário ou populacional, esta dimensão visa a satisfação das necessidades sociais críticas. Para tanto, os indivíduos devem ter o mínimo necessário para uma vida digna, como acesso a serviços de saúde, segurança e saneamento (RIBEIRO, 2015).

Com essa acepção, a sustentabilidade tem como pano de fundo a noção de justiça social e, como pressuposto básico, a participação social (SAGAZ, 2018). Dessa forma, a participação é compreendida como uma importante medida qualitativa da sustentabilidade social (BARACAT & NOBRE, 2013).

É preciso o empoderamento dos indivíduos no sentido da participação popular, de conquistas dos seus direitos sociais, onde nas ações de saúde, se faz necessário conhecer o que lhe é de direito e, se necessário for, questionar com os diversos atores da assistência uma melhor qualidade no cuidado humano.

Neste contexto, Alcantara (2017) afirma que na discussão de sustentabilidade social a participação social é uma temática relevante, visto que a participação é um indicador de liberdades democráticas, de equidade nas decisões, e também um elemento decisivo na potencialização dos esforços produtivos.

Para que a sustentabilidade social aconteça de fato, organizações, governo e sociedade devem buscar a gestão de maneira honesta e ética, melhorar a mobilidade social e a diversidade cultural (SAGAZ, 2018). Assim, quando as organizações passam a se comprometer com o desenvolvimento sustentável, reduzem seus impactos sociais e ambientais (BARBIERI *et al*, 2010).

Como as práticas de saúde pública envolvem complexa rede de serviços de saúde, com atores sociais movimentando-se em realidades pautadas por incertezas, devem ser pensadas à luz da sustentabilidade, em suas dimensões econômica, ambiental e social (SAGAZ, 2018).

No Sistema Único de Saúde (SUS), equidade é um dos princípios doutrinários e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia a equidade, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados.

Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida, saúde e necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Com a efetivação da equidade nas ações de saúde, estabelece-se um diálogo direto com a dimensão social da sustentabilidade.

De acordo com Jara (2001), a sociedade deverá fortalecer conteúdos alternativos, os quais devem ser incorporados às características de equidade, sustentabilidade e liberdade.

Para Silva (2018), o cuidado no pré-natal exige o estudo das relações de saúde, do social, das políticas e da filosofia nele imbricados. Essas dimensões implicam, necessariamente, mais estreita reciprocidade entre pensamento e ação, exigências e possibilidades.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade (FONTENELE, 2017).

O tipo de atendimento que uma gestante vivencia no pré-natal poderá contribuir significativamente para sua vida, a do conceito e de toda família, portanto, é esperado que os profissionais prestadores dessa assistência estejam bem preparados para o cuidado humanizado destas mulheres e das famílias. Em contrapartida, um profissional que não seja sensível à prática de atitudes humanizadas e empáticas na gestação, poderá causar danos a essa gestante, que poderão repercutir por toda à vida.

Segundo Sen (2000, p. 18):

a sustentabilidade social objetiva garantir que todas as pessoas tenham condições iguais de acesso a bens, serviços de boa qualidade necessários para uma vida digna, pautando-se no desenvolvimento como liberdade, no qual o desenvolvimento deve ser visto como forma de expansão de liberdades substantivas, para tanto, requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos.

Miranda e Teixeira (2004) também apoiam a visão de uma dimensão social cujo foco seja igualdade de condições de acesso a bens e serviços. Segundo Sachs (2002), encontra-se na

sustentabilidade social, a possibilidade de mudança através de ações que visem melhorar a qualidade de vida da população.

Podemos afirmar que um atendimento sustentável na gestação pode ser evidenciado, inicialmente, na capacidade da Unidade Básica de Saúde ofertar o início do pré-natal o mais breve possível, ou seja, no primeiro trimestre da gestação, garantindo assim o direito de acesso em tempo oportuno para assistência gestacional.

Amartya Sen (1999) afirma que só ocorre desenvolvimento quando os benefícios do crescimento servem à ampliação das capacidades humanas, entendidas como o conjunto das coisas que as pessoas podem ser ou fazer na vida. As pessoas devem ser livres para que suas escolhas possam ser exercidas, para que garantam seus direitos e se envolvam nas decisões que afetarão suas vidas, portanto, o objetivo é alargar as liberdades humanas alocando os recursos gerados pelo crescimento de forma universal e igualitária (VEIGA, 2015).

Ao focar no desenvolvimento com a lente da liberdade humana, percebemos que os conceitos e os debates lançados por estudiosos da área esclarecem que, no atual modelo de desenvolvimento globalizado, o homem é apenas mais um elemento, assim como também é a natureza que é devastada desde que o homem passou a se julgar ser maior a ela, e que a dominava, e ela estava a seu dispor. Nessa lógica, ele incluiu também a dominância de seus semelhantes, achando-se também acima deles e, assim, perdendo aos poucos a noção do que é ser humano (CHACON, 2007).

Ao se reportar à dimensão social da sustentabilidade, Nascimento (2012) afirma que uma sociedade sustentável supõe que todos os cidadãos tenham o mínimo necessário para uma vida digna e que ninguém absorva bens, recursos naturais e energéticos que sejam prejudiciais a outros. Isso significa erradicar a pobreza e definir o padrão de desigualdade aceitável, delimitando limites mínimos e máximos de acesso a bens materiais, ou seja, implantar a justiça social. Conforme aponta Jara (2001), o desenvolvimento de uma sociedade sustentável deve pautar-se no fortalecimento da solidariedade social.

Para finalizar, verifica-se que por meio da dimensão social da sustentabilidade, é necessário criar novas regras que regulem os processos sociais, com o objetivo de se ter uma sociedade mais justa, mais inclusiva e mais humana (FERRER; CRUZ, 2017). Dessa forma, o grande destaque nesta dimensão é que as políticas públicas devem estar voltadas para a execução dos direitos sociais.

3.1 Saúde e sustentabilidade: entrelaçando fios

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLiar, 2007).

Para Xavier & Araujo (2014) o termo saúde pode ter como definições: bom funcionamento orgânico; ausência de doenças; completo bem-estar bio-psico-social. Reforçam que sua concepção, contudo, é traço cultural e, como tal, deve levar em consideração aspectos sociais, contextuais e culturais. Assim o faz Gastão Campos (1992) que, ao discorrer sobre a relação entre saúde e cultura, caracteriza-as como construções histórico-sociais.

Antes de apresentarmos o atual conceito de saúde adotado mundialmente, faz se necessário um breve resgate sobre o desenvolvimento do conceito de saúde ao longo da História.

Na antiguidade, predominava a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade. Segundo Moacyr Scliar (2007, p.30), “Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos”. O poder e o domínio sobre as enfermidades eram atribuídos às entidades mágico-religiosas e aos fenômenos naturais, a doença era compreendida como uma forma de controle e punição divina (XAVIER; ARAÚJO, 2014).

Segundo os autores supracitados, é a partir dos escritos atribuídos a Hipócrates, considerado pai da medicina, que a visão mágico-religiosa da saúde/doença começa aos poucos a ser substituída pela concepção racional da medicina. Hipócrates julgava o corpo humano como unidade organizada e a doença seria a desorganização desse estado, que é causado tanto pela desorganização dos fluidos corpóreos, quanto por fatores ambientais. Como aponta Scilar (2007) fazendo menção aos escritos hipocráticos, a doença chamada sagrada não é mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença que tem causa natural e atribuir sua origem a entidades supostamente divina reflete a ignorância humana.

Mesmo durante a Idade Média na Europa Ocidental, período histórico no qual a orientação religiosa assumiu grande poder e controle sobre as organizações sociais, o modo de viver e a concepção da doença eram tidos como resultado do pecado e a cura como questão de fé.

Algumas das postulações hipocráticas continuaram tendo respaldo, principalmente, as que alertavam para as questões sanitárias, higiênicas e alimentares.

As condições sanitárias inadequadas, como também os altos índices de mortalidade, desencadearam uma revolução sobre a medicina e impulsionaram estudos científicos. Compreender o comportamento das doenças e buscar a cura para estas tornou-se prioridade, tendo como principal finalidade a adoção de medidas de saúde pública e a formação de sanitaristas que, a partir de medidas de controle social, proporcionassem saúde e uma melhor qualidade de vida para as pessoas.

Porém, não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal, seria necessário consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver a Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse. (SCLIAR, 2007).

Então, a Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), fundada em 1948, definiu saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (JUNIOR SÁ, 2004). No entanto, vale ressaltar que o conceito postulado pela OMS é passível de críticas e questionamentos por alguns autores.

Nesse contexto, Dalmolin *et al.* (2011) menciona que uma análise crítica e ampliada do conceito de saúde preconizado pela OMS permite delinear os seguintes questionamentos: é possível definir o que é completo bem-estar em uma sociedade marcada pelas injustiças e desigualdades sócio-econômicas crescentes? Como desenvolver um estado de completo bem-estar no contexto socioeconômico na promoção da saúde? O que se entende atualmente por saúde ampliada?

Faria *et al.*, (2009) acrescentam críticas, ao sugerirem que o conceito apresenta uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência, da vida de todas as pessoas.

O conceito de saúde adotado nesta pesquisa é o da Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde, direito social inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de sexo, religião, raça, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem comum a todos.

A Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país.

Na conjuntura brasileira, a Constituição de 1988 considera a saúde direito de todos e dever do Estado. Para garantia desse direito, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi instituído em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

O SUS está constituído dos princípios: universalidade, equidade e integralidade. O mesmo é universal, pois atende a todos sem custos financeiros, independente de raça ou condição social; integral, pois trata a saúde como um todo com ações que, ao mesmo tempo, pensam no indivíduo sem esquecer-se da comunidade; garante equidade, disponibilizando os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um.

A criação do SUS foi indiscutivelmente uma grande conquista democrática. Antes dele, apenas pessoas com vínculo formal de emprego ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. Hoje, 31 anos após sua criação e mesmo enfrentando problemas financeiros, políticos e administrativos, o SUS continua sendo destinado a todos e muitas políticas públicas floresceram a partir dessa visão.

A integralidade, um dos princípios do SUS, diz respeito a uma compreensão mais abrangente do ser humano que se pretende atender. Conforme determina a Constituição, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, compreender o contexto social em que está inserido e, a partir daí, atender às suas demandas e necessidades, atentando, sobretudo, para a prevenção de doenças ou agravos de saúde. De acordo com o texto constitucional, o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Assim, cabe ao Estado estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção até a assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Reforça Coelho *et al* (2009) que a integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais.

Ainda nos reportando aos princípios do SUS, o Princípio da integralidade representa a necessidade de demonstrar que a atenção à saúde deve ser levada em conta considerando as específicas necessidades de cada grupo ou pessoa, ou seja, cada um com suas demandas. Segundo o Princípio da universalidade, saúde é um dever do Poder Público e direito de todos, garante não somente o acesso imediato ao acesso de ações e aos serviços de saúde, mas enfatiza também ações preventivas e o tratamento de agravos. O Princípio da Equidade reafirma a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A assistência em saúde baseada nos princípios da integralidade, equidade e universalidade dialoga com a dimensão social da sustentabilidade, uma vez que, esta busca a satisfação das necessidades sociais críticas dos usuários.

Um forte aliado na busca da efetivação das necessidades sociais dos cidadãos são os objetivos do desenvolvimento sustentável. Boa saúde e bem-estar integram o terceiro Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual se busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. A Meta 3.1 deste objetivo é: Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Assegurar assistência humanizada às gestantes no pré-natal é uma garantia de que esse ODS esteja se efetivando.

Conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 303 mil mulheres morreram por complicações na gravidez e no parto em 2015, quase todas essas mortes ocorreram em países de baixa e média renda (99%). Mortalidade materna elevada sinaliza para falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o parto (LEAL *et al.* 2017). Reduzir a mortalidade materna é uma necessidade urgente e pressupõe garantir que as mulheres tenham acesso a cuidados de qualidade durante toda assistência pré-natal, no parto, pós-parto e puerpério.

Reforça a OPAS que, dados disponíveis desde 2007 mostram que menos da metade de todos os nascimentos em vários países de baixa e média renda foram atendidos por pessoal de saúde qualificado. Globalmente, estima-se que mais de 40% de todas as gestantes não receberam cuidados pré-natais em 2013 (OPAS).

Relacionar a saúde ou a humanização no pré-natal com a dimensão social da sustentabilidade tem sido um desafio. Mesmo com o fortalecimento dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, e da Promoção de Saúde, na década de 1980, que resgataram a essencialidade dos diferentes determinantes e condicionantes do processo saúde-

doença, as repercussões socioambientais do padrão produtivo dominante não ganharam a devida importância na área da saúde (AZEVEDO, 2011).

Uma vez que o padrão produtivo de uma determinada sociedade impacta na vida de todos os seres vivos, é pertinente refletirmos essa relação de produtividade com o cotidiano dessas mulheres grávidas, que precisam de um aporte nutricional diferenciado e outras necessidades, oriundas do seu estado gravídico, em que o terceiro ODS dialoga nessa perspectiva quando objetiva a busca de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

A gestação é um período que impõe necessidades nutricionais aumentadas, e a adequada nutrição é primordial para a saúde da mãe e do bebê; Gestantes devem consumir alimentos em variedade e quantidade específicas, considerando as recomendações dos guias alimentares e as práticas alimentares culturais, para atingir as necessidades energéticas e nutricionais, e as recomendações de ganho de peso (MERELE, 2013).

É nesse contexto, que a dimensão social da sustentabilidade deve dialogar e se fazer presente nas práticas humanizadas às gestantes, por parte dos profissionais responsáveis pelas consultas do pré-natal e, a partir de uma assistência dialogada e de escuta ativa, orientar estas gestantes quanto aos padrões de consumo saudáveis na gestação, contrapondo-se, quando necessário, aos padrões de consumo dominantes.

O consumo alimentar se relaciona com o desenvolvimento social, uma vez que a alimentação envolve dimensões biológicas, socioeconômicas, culturais e simbólicas. Desse modo, o momento das consultas com as gestantes é uma oportunidade dos profissionais estreitarem laços e esclarecerem a importância da educação alimentar dessas usuárias, contribuindo assim para o fortalecimento da saúde da mulher, do conceito e relações com a sustentabilidade social.

Pensar a sociedade de maneira sustentável é remeter-se a manutenção da qualidade de vida, conservação ecossistêmica de gaia, equilíbrio físico, mental, espiritual e, sobretudo, sustentação do planeta que ocupamos e que deixaremos para os nossos descendentes. Portanto, a sustentabilidade humana implica em diversos fatores e adentra por diferentes aspectos culturais, imateriais, materiais e energéticos (BUTZKE; PONTALTI, 2014).

Desse modo, a saúde das pessoas é indissociável do ambiente global, que pressupõe não apenas a dimensão física, social, mas também a ambiental, mental e a espiritual. Decorre de uma

maior interação dos sujeitos com a natureza e seus elementos, embora seja importante reconhecer que a saúde é uma condição prévia, um indicador para alcançar a sustentabilidade (ONU, 2012).

Partindo desse pressuposto, o entrelaçamento dos campos da saúde, humanização no pré-natal e sustentabilidade, faz-se necessário, para a construção e idealização desta pesquisa.

3.2 Política Pública de Saúde da Mulher e Humanização no Pré-natal

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. A primeira política de saúde voltada para as mulheres foi o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1973, cujo foco se restringia à oferta de serviços que visavam garantir a saúde do binômio mãe-filho e o desfecho gestacional da mulher pobre não previdenciária, colocando a maternidade no cerne do papel social da mulher (SILVA, 2014). Até o início da década de 1980, as políticas de saúde voltadas às mulheres brasileiras eram direcionadas a apenas um ciclo de suas vidas, o gravídico-puerperal (COSTA, 2012).

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação. Reivindicaram ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida, ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, considerando as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, necessárias para atendimento integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

Após algumas mudanças estratégicas e conceituais nas políticas de saúde da mulher, foi formulado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM), o qual foi reformulado e consagrado no ano de 2004 como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (SILVA, 2014).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST,

câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Nesse período, os objetivos das políticas públicas abrangiam a melhoria da saúde da população feminina em todas as fases e ciclos da vida, mediante um modelo de atenção integral, valorizando ações articuladas entre serviços de todos os níveis de atenção e ampliando a participação social das mulheres (COSTA, 2012).

Costa (2012) infere que o PNAISM incorporou o conceito de gênero para analisar as condições de vida e saúde das mulheres, identificando as demandas de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e de florestas, de modo a garantir o direito à saúde, a ampliação do acesso e a redução de morbimortalidade e de desigualdades.

Nos estágios de implantação da política de saúde da mulher, houve dificuldades na implementação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, imagina-se que ainda se enfrenta dificuldades políticas, técnicas e administrativas. Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2004).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, além da participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, percebemos aqui, a importância e necessidade de aproximação da dimensão social da sustentabilidade com a política pública de saúde da mulher nas suas diversas áreas técnicas, proporcionando às mulheres as articulações necessárias para ampliação do atendimento às necessidades de uma categoria que é maioria dos usuários do SUS.

Políticas destinadas a dar respostas a um determinado problema de saúde, ou responder aos que atingem certo grupo populacional, podem trazer as marcas da integralidade. Assim ocorreu com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, fruto da luta feminista que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil (COELHO *et al*,2009).

Reforça Coelho *et al.* (2009) que na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade de como a concretização de práticas de atenção, que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades, são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça ou cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Ao longo dos anos, o PAISM passou por avanços e retrocessos, onde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres. Nessa perspectiva, as instituições de saúde constituem “um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade” (PINHEIRO, 2003, p. 339).

O princípio da integralidade pressupõe o princípio da humanização. Nesse sentido, na tentativa de melhorar o desenvolvimento e efetivação do SUS e promover a nova reforma nas ações e produção de trabalho em saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização ou Humaniza SUS, que tem como diretrizes: a Clínica Ampliada, a cogestão, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupidades, coletivos e redes e a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2009).

HumanizaSUS tem forte ligação com a política de saúde da mulher nos diversos aspectos da assistência e em especial no período gestacional, que também dialoga com a dimensão social da sustentabilidade nas suas diversas diretrizes.

No ano 2000, com o intuito de priorizar e concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, pré e neonatal e adotar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência, o Ministério da Saúde, instituiu o

Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este programa se fundamenta nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é 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 (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, é consensual que o Brasil nos últimos 20 anos tem apresentado importantes avanços na redução da mortalidade materna com a elaboração de políticas e programas destinados à saúde da mulher, que se intensificaram a partir da instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde (SILVA *et al.* 2019).

A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção requer mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. E humanização vai além de tratar com delicadeza ou de forma amigável. Na Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher do Ministério da Saúde lançada em 2004, descreve que para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se levar em conta, pelo menos, os seguintes elementos:

- I. acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- II. definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contrarreferência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- III. captação precoce e busca ativa das usuárias;
- IV. disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- V. capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- VI. disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

- VII. acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- VIII. disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- IX. estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- X. estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária; análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessário.

A assistência pré-natal constitui-se como espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, com vistas a acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (BRASIL, 2000). Tal entendimento só se tornou possível mediante reformulações nas políticas públicas de saúde e rupturas paradigmáticas no modelo assistencial em saúde.

Retomando o processo histórico, no ano de 2006, foi implantada no Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual ratifica o compromisso com a ampliação das propostas para a promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre seus objetivos, está o de promover a sustentabilidade. Para Westphal e Ziglio (1999), tal princípio leva a iniciativas que estejam em acordo com o desenvolvimento sustentável e que garantam o estabelecimento de processos de transformações coletivas estáveis e duradouras, com impacto de médio e longo prazo.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o preparo para o parto envolve abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde. O serviço de pré-natal deverá promover visitas às gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto e estas passam a ter o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberão assistência no âmbito do SUS, conforme lei 11.634 de 2007 (SANTOS, 2016).

Para Silva *et al.* (2019) os esforços com o desenvolvimento do PHPN não foram suficientes para produzirem efeitos resolutivos, foi então instituída pelo MS a Rede Cegonha (RC), com o propósito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimentos saudáveis (BRASIL, 2011a). Esta estratégia implantada pela Portaria nº 1.459 de 24/6/2011 (BRASIL, 2011b), cujo modelo apresenta caráter de acolhimento e resolutividade, tem como objetivo reduzir a mortalidade de mulheres, crianças e recém-nascidos.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS são atores indispensáveis nesse processo de acolhimento da mulher, visto que acompanharão a gestante durante toda assistência ao pré-natal.

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, transporte seguro e implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto. As ações estão inseridas em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b).

A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes teriam um acompanhamento da Rede Cegonha, tomando o posto de saúde como referência, e sabendo, com antecedência, onde dariam à luz, além de ter o direito a um auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto com vale-transporte e vale-táxi (BRASIL, 2011).

Dentre as ações que fazem parte do programa Rede Cegonha, o pré-natal é importante, pois este é o momento em que a gestante pode relatar dúvidas e demonstrar sentimentos relacionados às mudanças físicas, mentais e sociais que ocorrem por ocasião da gestação, além da

identificação de riscos ou agravos precocemente. Assim, o acolhimento é fundamental para o fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde e melhoria da atenção oferecida (BARROS, 2015).

Nesse contexto, é de responsabilidade dos municípios desenhar e implantar estratégias para garantir o início precoce do cuidado pré-natal, incluindo a periodicidade das consultas, ações de promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de uma rede de saúde integrada e efetiva (CECAGNO, 2016).

Em março de 2016, o Ministério da Saúde, pela portaria de nº306, aprova as diretrizes de atenção à gestante, referentes à operação cesariana, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas (SANTOS, 2016).

O nascimento é, historicamente, um evento natural e um fenômeno mobilizador, que envolve inúmeros significados culturais e sociais, os quais influenciam no processo de decisão pela via de parto (KOTTWITZ *et al.* 2018)

É importante refletirmos aqui o quão importante foi a aprovação desta Portaria 306 (BRASIL, 2018). O Brasil apresenta alto índice de cesarianas e, no setor privado, a situação é ainda mais alarmante. A conclusão é da pesquisa “Nascer no Brasil”, divulgada em maio de 2014 coordenada pela Fiocruz, em parceria com diversas instituições científicas. O estudo, o maior já realizado sobre parto e nascimento no Brasil, revelou que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o percentual é de 88%. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018 apontam que, com uma taxa de 55%, o Brasil ocupa a segunda posição no ranking de países com maior porcentagem de cesáreas no mundo, atrás apenas da República Dominicana. Tal situação é tão alarmante que em 23 de outubro de 2018, foi promovida Audiência Pública no Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3) para debater os altos índices dessa modalidade de parto no país.

O aumento do número de cesarianas realizadas no mundo preocupou a Organização Mundial da Saúde, que divulgou em 2018 um guia para profissionais da saúde para reduzir os números de procedimentos desnecessários realizados. A cesariana é efetiva para salvar a vida de mãe e bebê, mas somente quando é indicada por razões médicas. O número excessivo de

cesarianas expõem desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento.

O índice elevado de cesarianas se deve, em parte, a uma cultura arraigada no Brasil de que o procedimento é a melhor maneira de se ter um filho, uma visão equivocada achar que a cesariana é a forma mais segura para parir. Em parte, porque, no Brasil, o parto vaginal era ou talvez ainda seja realizado com muitas intervenções e dor.

Há certamente uma influência do pré-natal na decisão das mulheres pelo tipo de parto, porém, amigas e os familiares também influenciam. Na prática profissional da enfermagem, durante a escuta ativa das gestantes, nas consultas do pré-natal, muitas destas referiam medo do parto vaginal devido a relatos de outras mulheres afirmando grande sofrimento no parto. Recordamos também do caso de uma gestante, onde na ocasião de sua primeira consulta a mesma relatou que desejava parto cesariano, pois o seu cônjuge temia o parto normal visto que ela sofreria muito.

É nesse contexto dos medos destas gestantes que o profissional de saúde deve ter a sensibilidade de identificá-los e trabalhar numa ótica humanizada buscando desconstruir esses conceitos culturais que remetem ao parto vaginal vivência de sofrimento, para com a gestante e sua família. A política de humanização no pré-natal pode quebrar com esses paradigmas, se bem aplicada na assistência em saúde das gestantes.

A humanização no pré-natal é essencial para garantir uma atenção de qualidade às gestantes. Muitas vezes, os profissionais da ESF vivenciam desafios, tais como, equipamentos inexistentes ou sem manutenção, exames insuficientes, falta de medicamentos, os quais comprometem o fazer profissional com qualidade na assistência ao pré-natal. Faz-se necessária a atuação do governo federal, estadual e municipal no suporte da rede de atenção à saúde da mulher.

Para Castro, Moura e Silva (2010) a qualidade na assistência pré-natal é entendida como a disponibilidade de infraestrutura adequada, no que se referem aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, atendimento multidisciplinar, orientações e condutas que atendam às necessidades de cada gestante e que poderão proporcionar melhores resultados na assistência ao parto e nascimento.

Toda gestante merece um atendimento digno, acolhedor, humanizado, cabendo à gestão e aos profissionais da ESF buscarem meios de assegurar esse serviço de forma resolutiva. Nesse

contexto, o principal papel dos profissionais que participam deste tipo de atendimento é a escuta atenta das clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos (SOUZA, 2013).

É preciso ofertar uma assistência sustentável na gestação, proporcionando acesso de qualidade ao serviço de saúde, assegurar assistência humanizada, acolhedora às gestantes no pré-natal, é uma das diretrizes da política nacional de humanização.

Talvez, a gestação seja o evento social mais significativo na vida da mulher e é preciso que tal evento seja vivenciado em toda sua plenitude, de tal modo, que essa mulher ao recordar-se do seu acompanhamento gestacional tenha as melhores lembranças. Lembranças de um atendimento digno, humanizado, acolhedor. As gestantes merecem ser atendidas por profissionais que antes de qualquer requisito, sejam profissionais amorosos, que tratem nossas mulheres com respeito e humanização.

A humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. Uma assistência humanizada, pautada em práticas à luz da sustentabilidade fortalece o processo de trabalho no SUS, dialogando com a dimensão social da sustentabilidade e garantindo o direito universal do atendimento em saúde com qualidade para todas as mulheres no seu processo gestacional.

4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) X POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UM NOVO SUS EM CONSTRUÇÃO.

Para adentrarmos na discussão de Redes de Atenção em Saúde é pertinente apresentar o conceito de rede. Difundido na literatura, redes nos são apresentadas como novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia (CASTELLS, 2000).

A distribuição geográfica da capacidade instalada em saúde é fator importante no acesso aos serviços, uma vez que a distância entre a localização da demanda e da oferta impõe dificuldade adicional na utilização desses serviços (RODRIGUES, 2007). Neste contexto, a rede urbana dos serviços de saúde deve ser bem estruturada, como também deve ser pensada numa conjuntura espacial geográfica e ter um olhar sensível aos processos sociais do seu entorno. Nessa perspectiva, Correa (2004, p.37) afirma que Rede Urbana “é uma forma espacial, isto é, uma expressão fenomênica particular de processos sociais que se realizam em um amplo território envolvendo mediações diversas que se verificam nas cidades”.

A rede urbana apresenta em seu arcabouço diferentes paisagens, sistemas geográficos sociais, onde se relacionam entre si e com todos os sistemas das diversas áreas como educação, saúde e meio ambiente, estando em constantes transformações culturais, geográficas e epidemiológicas. Neste contexto, a consolidação de sistemas nacionais de saúde universais em diferentes países tem exigido a conformação de regiões de saúde capazes de dar organicidade e concretude ao funcionamento deles (KUSCHNIR, 2010).

No Brasil, a proposta da constituição de regiões e redes de saúde ganha relevância política no início do século XXI, tendo por objetivo combater a fragmentação da atenção, ampliar o acesso, garantir a equidade e a universalidade (BOUSQUAT *et al*, 2016).

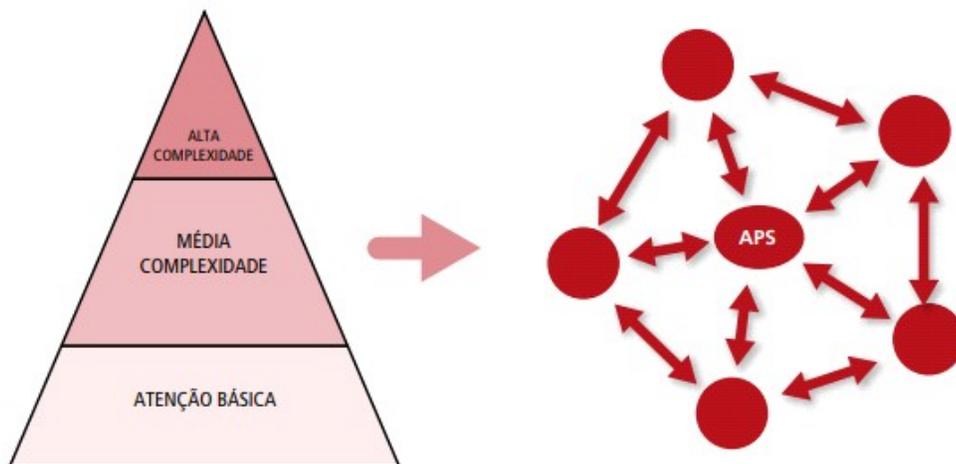
Nessa conjuntura, o grande estudioso de sistemas de saúde no Brasil e no mundo Mendes (2011, p. 18) percebe “a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira”.

O autor supracitado define as RASs como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma

ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (pag. 82).

Nas RASs, por Mendes, (2011, p. 83) “a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam”. Observa-se na Figura 2, abaixo.

Figura 2- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes (2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram concebidas como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que ele necessita, com efetividade e eficiência (CEARÁ, 2014).

As RASs têm como fundamento normativo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, a qual estabelece que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. A Lei nº 8.080 de 1990, artigo 7º, Inciso II, afirma que a “[...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos [...]” e artigo 10º aponta “arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações”. Atualmente a Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/2017, é a que estabelece as normas sobre as Redes no âmbito do SUS.

Para assegurar resolutividade da rede de atenção, alguns fundamentos, como economia de escala, qualidade e acesso, precisam ser considerados, incluindo um conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população, isto é: a oferta de cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, prestados em tempo oportuno (BRASIL, 2019).

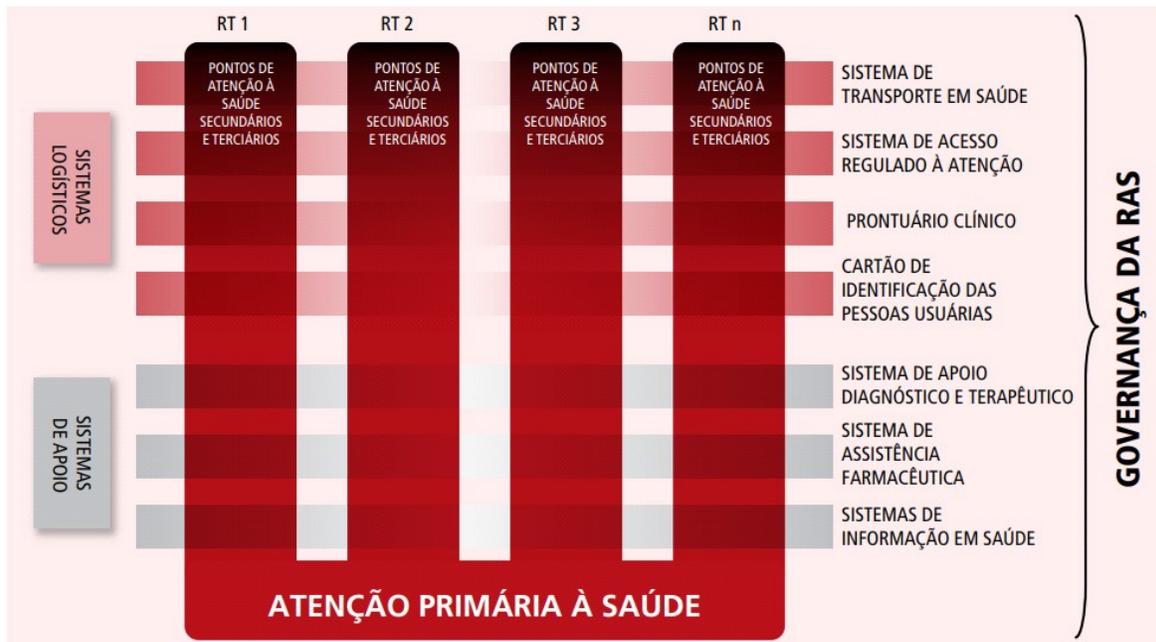
Por conseguinte, a organização das RAS exige a definição do território, que implica estabelecer os seus limites geográficos, sua população e o rol de ações e serviços que serão ofertados no município, na região, e na macrorregião de saúde, definida como o espaço em que a estrutura operacional das redes se completa, visando à garantia da integralidade do cuidado (BRASIL, 2019).

O Plano de Saúde do Ceará 2016-2019 descreve que o Estado do Ceará elencou como compromisso prioritário a organização das Redes Temáticas:

- I. Rede Cegonha - atenção obstétrica e neonatal, hoje denominada de Materno Infantil;
- II. Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência;
- III. Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- IV. Rede de Atenção Psicossocial, enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas;
- V. Rede de Atenção à Saúde Bucal;
- VI. Rede de Atenção as Condições Crônicas: câncer (a partir da intervenção no câncer de colo de útero e mama), cardiovascular;
- VII. Rede de Atenção Oftalmológica.

Na organização da RAS, a Atenção Primária em Saúde (APS) foi posicionada como centro comunicador e coordenador do cuidado, estando a ESF como elemento central da estrutura operacional da RAS. Para que as RAS sejam eficazes e de qualidade, é imprescindível termos uma APS bem estruturada, para que assim possa propiciar o cumprimento de suas funções centrais de acolhimento, escuta qualificada e proporcionar resolutividade às demandas sanitárias existentes. Demonstra-se, na Figura 3, a estrutura operacional proposta pelo estudioso Eugenio Vilaça Mendes.

Figura 3 - Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde - RAS.



Fonte: Mendes 2011.

A atenção primária cumpre nas redes de atenção à saúde três funções essenciais: o estabelecimento e a manutenção da base populacional, a resolutividade e a coordenação; além disso, ela deve se estruturar, longitudinalidade, conforme os atributos de primeiro contato: a integralidade; a coordenação; focalização na família; a orientação comunitária e a competência cultural (MENDES, 2018).

Enquanto eixo estruturante da RAS no SUS, a atenção primária deve ser bem estruturada e assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde, do governo federal, estadual e municipal. Nesse contexto, pesquisas realizadas no SUS mostraram que a atenção primária à saúde bem qualificada resolve de 90% até 95% dos problemas que chegam a este nível de atenção (MENDES, 2018).

Atualmente, são vários os desafios enfrentados na atenção básica, como aqueles relativos ao acesso e acolhimento; à efetividade e resolutividade da assistência, humanização, fixação de profissionais (especialmente médicos); à capacidade de gestão/coordenação do cuidado, insumos/recursos insuficientes, profissionais desmotivados com a baixa remuneração, entre outros.

Diante de tantos desafios que a atenção básica e demais pontos da rede de saúde vivenciam, foram criadas no SUS políticas públicas de apoio para superação destes. Dentre as muitas políticas implantadas pelo SUS, temos a Política Nacional de Humanização (Humaniza

SUS), a qual é parte integrante desta pesquisa, onde traçaremos um comparativo das práticas profissionais durante as consultas do pré-natal desenvolvidas numa ESF, com suas aproximações e distanciamentos da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). A PNH e PHPN são políticas que corroboram com as RAS, devendo se fazer presentes nas redes de atenção à saúde, como, por exemplo, a Rede Cegonha/Materno Infantil, a qual se abordará posteriormente.

No âmbito da atenção à saúde, o termo “humanização” é utilizado no contexto do processo de cuidar (SOUZA; MAURICIO, 2018). Definem Mongioviet *al.*(2014,p. 307), “a humanização da saúde é vista no contexto atual como um movimento integrador das relações da saúde, buscando uma melhoria do atendimento e um ambiente propício para o desenvolvimento do cuidado”

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em 2003, lança a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas públicas de saúde, procurando impactá-las e contribuir com melhorias na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua criação se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; transversalidade e autonomia; e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização, é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL,2019). A PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS e, principalmente, colocada em prática, visto que muitas vezes se criam políticas, portarias, leis e

estas não saem do papel, ficam engavetadas, comprometendo assim a assistência de saúde com qualidade.

É importante que profissionais e usuários empoderem-se, no sentido de conhecer tal política e cobrar dos segmentos responsáveis a efetivação prática da política de humanização em todos os setores de atendimento público, para, assim, contribuir com o SUS que se deseja.

O Humaniza SUS, apresenta diretrizes que norteiam as ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde. Apresentamos a baixo conforme Ministério da Saúde disponibiliza, descrição dessas diretrizes e como proceder para que de fato estas se façam presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Quadro 1- Diretrizes que norteiam as ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde.

Diretrizes : O que são?	Como fazer?
<p>Clínica ampliada e compartilhada</p> <p>Parte do princípio de núcleo e campo de competência, onde um profissional pode realizar atividades e ações que não pertencem somente à sua especialidade, mas sim diz respeito às suas atribuições como profissional de saúde. Desta forma, o olhar sobre um usuário ou uma situação de saúde não deve se resumir a apenas ao olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, um olhar interdisciplinar, que coloca o sujeito e sua necessidade de saúde em outras perspectivas, como a social, econômica, cultural, psíquica, ou seja, para além do olhar biomédico. A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. A clínica ampliada se propõe a enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde.</p>	<p>Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos considerando outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas e suas questões sociais, nesse sentido a qualificação do diálogo com escuta qualificada, tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia do usuário.</p>
Gestão Participativa e cogestão	A cogestão é uma opção do Gestor, que se

<p>Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.</p>	<p>coloca em perspectiva junto à sua equipe de trabalho, assim como, cria mecanismos de horizontalização de todos atores envolvidos numa produção de saúde, seja numa unidade de saúde, seja nos espaços de gestão. Ao incluir a equipe em análises dos processos e possibilitando as proposições e olhares dos demais atores, outros gestores, profissionais/trabalhadores e usuários, o gestor amplia sua capacidade de análise e soluções mais assertivas.</p> <p>A organização e experimentação de espaços coletivos e colegiados é uma importante orientação da cogestão. Espaços coletivos para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se refere aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.</p> <p>Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.</p>
<p>Acolhimento</p> <p>Acolher é reconhecer o outro e o que ele traz como legítima e singular sua necessidade de saúde. O acolhimento deve</p>	<p>Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das</p>

<p>comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o Acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Acolhimento não só entendido para dentro dos estabelecimentos mas também ultrapassando seus limites institucionais constituindo como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde.</p>	<p>práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.</p>
<p>Valorização do trabalho e do trabalhador</p> <p>Promover a valorização e saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos, buscando novos modos de fazer e se relacionar no trabalho. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde.</p>	<p>A implantação da Diretriz Valorização do trabalho e do trabalhador se dá num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores, concepções, de avaliar quais formas de funcionamento coletivo estão produzindo adoecimento e aquelas que promovem a saúde. O dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa”, é uma das possibilidades que torna possível o aumento do diálogo, análise e intervenção, no sentido do trabalhador se apropriar do seu próprio processo de trabalho, elaborando Planos de Intervenção no enfrentamento dos principais desafios. A diretriz da cogestão favorece diretamente essa diretriz sendo importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.</p>
<p>Ambiência</p> <p>Termo derivado da junção das palavras ambiente e vivência, aponta para o processo de construção de espaços saudáveis,</p>	<p>Através da discussão compartilhada dos processos de trabalho, projetos arquitetônicos cogeados, das reformas e do</p>

acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas.	uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço.
<p>Defesa dos Direitos dos Usuários</p> <p>Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.</p>	<p>Criando mecanismos de fazer a informação chegar ao usuário, assim como, a implementação das ouvidorias e outros meios de escuta do usuário que façam suas questões chegarem aos gestores e sejam defendidas conforme seus direitos. A carta de Direitos dos Usuários SUS, se constitui como um dispositivo que aciona a discussão dos direitos. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.</p>

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019).

4.1 Método e Dispositivos da Política Nacional Humanização

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), por método, entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar que um “método de tríplice inclusão” representa:

- Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. Modo de fazer: rodas;
- Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.

- Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento das redes.

Com isso, os feitos esperados são:

- I. Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- II. Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- III. Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- IV. Garantia dos direitos dos usuários;
- V. Valorização do trabalho na saúde;
- VI. Gestão participativa nos serviços.

4.2 Dispositivos da Política Nacional de Humanização - PNH

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão:

- I. Acolhimento com Classificação de Risco;
- II. Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- III. Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- IV. Projetos Cogерidos de Ambiência
- V. Colegiado Gestor;
- VI. Contrato de Gestão;
- VII. Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;
- VIII. Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- IX. Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- X. Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- XI. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- XII. Câmaras Técnicas de Humanização (CTH);
- XIII. Projeto Memória do SUS que dá certo.

Vale, aqui, ressaltar a Rede HumanizaSUS, que trata-se de espaço virtual aberto pela Política Nacional de Humanização para ampliar o diálogo em torno de seus princípios, métodos e diretrizes. A Rede HumanizaSUS é uma rede social das pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. O objetivo é criar uma rede de colaboração, que permita o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa e a participação de qualquer um (BRASIL, 2019).

Como ambiente virtual aberto, a rede amplia o diálogo em torno de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, corroborando para uma aposta na inteligência coletiva e na constituição de coletivos inteligentes. O Coletivo HumanizaSUS se constitui em torno desse imenso acervo de conhecimento comum, que se produz sem cessar nas interações desta Rede (BRASIL, 2019). Essa experiência colaborativa aumenta o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS, visto que essa rede de interação virtual aproxima, compartilha vivências e nos seus diálogos há fortalecimento para lidar com os desafios do cotidiano nos serviços de saúde.

4.3 Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN): Rompendo paradigmas.

O Ministério da Saúde, com o intuito de humanizar a assistência, instituiu a Política de Humanização ao pré-natal e nascimento (PHPN), a partir de leis e portarias.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, considerando como prioridades:

Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamentos e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área

de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002 pag. 5)

Um dos objetivos fundamentais do PHPN é aprimorar as relações entre profissionais, bem como entre usuários/profissionais e estabelecer interações sócio comunitárias, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por instituições aos usuários (BRASIL, 2000).

O PHPN está estruturado nos princípios de que toda mulher tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura (GOMES, 2014; VASCONCELOS, 2009; SANTOS, 2016).

Segundo Oliveira (2012, p. 17):

O PHPN consiste em uma proposta desafiadora. Em primeiro lugar preconiza a mudança do paradigma assistencial, enraizado no intervencionismo e centrado na equipe assistencial, para direcionar a atenção à mulher como sujeito do processo gestacional, parturitivo e puerperal a partir de postura ética centrada nos direitos das usuárias. Em segundo lugar, centrada em esforços e recursos para qualificar a ação mais antiga e tradicional da atenção a mulher, a fim de torná-la efetiva e respeitosa buscando o resgate do parto normal. Em terceiro lugar, propõe a utilização de tecnologia baseada em evidências, o que exige mudanças na prática de toda a equipe assistencial e, conseqüentemente, disposição desta para a atualização de seus conhecimentos obstétricos.

A Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 em seu Art. 2º Estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito ao acompanhamento pré-natal adequado; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura; todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal. As autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nesta portaria.

O Art. 3º da portaria supracitada estabelece que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes:

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;

Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal;

Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto.

Em nosso estudo, buscaremos identificar através das ações do pré-natal se o componente I – incentivo à Assistência ao pré-natal – de fato vem ocorrendo conforme preconiza tal portaria.

A política de humanização da assistência ao pré-natal, parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde preconiza ações que deve garantir à mulher os benefícios dos avanços científicos, e fundamentalmente, permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no processo parturitivo, garantindo a privacidade, o fácil acesso a consultas e aos exames, a informação e, procedimentos comprovadamente benéficos (SANTOS; ARAUJO, 2016). Evitando-se intervenções desnecessárias, compartilhando com a gestante as decisões sobre condutas a serem adotadas e estabelecendo relações baseadas em princípios éticos, assim, proporcionando a esta mulher vivências significativas de uma assistência realmente humanizada.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2016).

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016).

Abaixo apresentam-se descrições em ordem cronológica sobre as demais Leis e Portarias que fortalecem a Política de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) brasileira com breve relato da importância das mesmas para uma assistência de qualidade às usuárias gestantes do SUS.

Em 07 de abril de 2005, foi instituída a Lei nº 11.108 que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Possibilitar que a mulher tenha um acompanhante, de sua livre escolha, no trabalho de

parto, parto e pós-parto, é considerada uma prática benéfica que deve ser encorajada e está amparada pelas evidências científicas (HODNETT, 2011).

Historicamente, as mulheres sempre foram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o trabalho de parto e parto. Porém, em muitos países, na medida em que mais mulheres passaram a dar à luz em hospitais em vez de terem partos domiciliares, o apoio contínuo durante o trabalho de parto tem se tornado exceção em vez de regra (HODNETT, 2011). Isso pode contribuir para a desumanização da experiência do parto para as mulheres (FRUTUOSO & BRUGGEMANN, 2013).

As mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto, quando comparadas com as que não possuem um provedor de apoio, têm mais chance de não serem submetidas à cesariana e de terem um parto normal sem uso de analgesia; tempo de trabalho de parto reduzido; menor insatisfação com a experiência do processo de nascimento; e um recém-nascido com melhores índices de nos primeiros cinco minutos de vida (HODNETT, 2011).

É importante que os profissionais de saúde da ESF, durante assistência pré-natal orientem a mulher quanto à existência da Lei do acompanhante e a escolher quem lhe acompanhará durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Outro aspecto importante para o profissional é estimular a inserção do acompanhante, sempre que possível, no pré-natal, fornecendo-lhe orientações sobre o processo de parturição e sobre a importância do seu papel como acompanhante. Essas orientações contribuirão para que gestante e acompanhante se sintam mais seguros e acolhidos.

Em 27 de Dezembro de 2007 foi criada a Lei Nº 11.634, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta lei, em seu Artigo 1º, declara que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e a vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual será atendida nos casos de intercorrências no pré-natal e puerpério. O Artigo 2 garante a responsabilidade do SUS pela transferência segura da gestante, caso seja necessário em situação de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade (BRASIL, 2007) .

A criação da Lei supracitada proporcionou as gestantes e seus conceitos um ganho incalculável, visto que a garantia do conhecimento e a vinculação prévia destas usuárias ao local que realizará seu parto produz nessas mulheres conforto e confiança no serviço de saúde. Num

passado histórico, temos diversos exemplos de mulheres que peregrinaram a procura de maternidades para realização de seu parto e, por vezes, não encontravam vaga. Tal fragilidade do serviço público colocava em risco a saúde da mulher, do concepto e conseqüentemente por vezes aumentavam as estatísticas de casos de complicações e óbitos maternos e fetais. Sua criação contribuiu com a prioridade do PHPN de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal no Brasil.

Por diversas vezes, durante as consultas do pré-natal, nossas gestantes verbalizavam indagações quanto ao medo e insegurança de não saberem se os profissionais as acolheriam bem no período do seu parto e onde seriam recebidas. A criação desta Lei, por si só, não é garantia de que as mulheres grávidas de fato tenham esse contato prévio. É necessário que os profissionais que atuam realizando as consultas do pré-natal na ESF e gestão, se sensibilizem e coloquem em prática tal determinação legal. É preciso criar laços entre profissionais e gestantes durante assistência ao pré-natal e parto, para tanto tais profissionais da ESF precisam ser ponte com o serviço de saúde referenciado para o parto e proporcionar estas visitas às gestantes e seus acompanhantes.

Dando seqüência, em 24 de Junho de 2011 foi publicada a Portaria nº 1.459, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Em seu Art. 1º, define que a Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Conforme o Art. 3º da Portaria supracitada, são objetivos da Rede Cegonha:

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

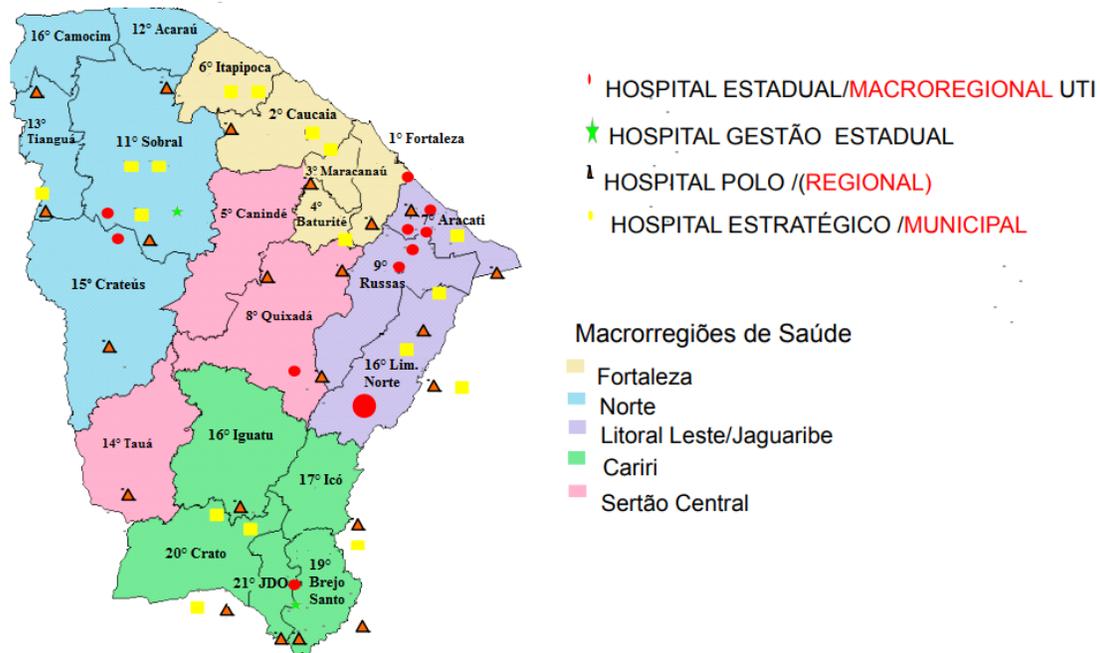
A Rede Cegonha é uma estratégia que orienta a linha de cuidados da gestante e do recém-nascido, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, através de ações e fluxo da gestante

no território, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos. A Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Dessa forma, é fortalecido o papel de coordenação do cuidado e proporcionado um acompanhamento longitudinal e continuado, formando um elo entre as usuárias e os demais pontos da rede de atenção.

Conforme o Ministério da Saúde, esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e deve ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando os critérios epidemiológicos, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional, conforme descrito no Art. 5º desta Portaria.

Conforme no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do Estado do Ceará, o Plano Estadual da Rede Cegonha Ceará se consolidou em 2012 por um processo de construção coletiva em dezessete Redes, compostas por vinte e duas Regiões do Estado e deliberado pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Ceará Nº 18 de 03/02/2012. Entretanto, conforme o plano supracitado no ano de 2015, verificou-se que as mesmas não implementaram os pontos de atenção terciária, e, em decorrência da não habilitação desses pontos, identificou-se a necessidade da repactuação dessas redes na lógica da Macrorregionalização, cujo novo desenho está em fase de construção. A Rede Cegonha hoje é denominada de Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (Figura 4).

Figura 4 - Repactuação Rede Materno Infantil/Atenção Hospitalar na Rede Materno Infantil, por Macrorregionais.



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Ceará 2016-2019.

A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde (CEARÁ, 2018).

A cidade do Crato-CE pertence à Macrorregião Cariri, sendo denominada como a 20ª Região de saúde do Estado do Ceará. Abaixo, apresentamos, conforme descrito na revisão do plano de ação regional 2014-2015, o desenho da rede cegonha com seus respectivos municípios (Figura 5).

Figura 5 - - Desenho da Rede – expressa as responsabilidades de cada município em relação aos pontos de atenção da Rede.



LEGENDA

-  Pré Natal de Risco Habitual
-  Parto Risco Habitual
-  Pré Natal de Alto Risco
-  Parto de Alto Risco
-  Casa da Gestante
-  Leito Canguru
-  UTI Adulto
-  UTI Neo
-  UCI Neo

Fonte: CEARÁ, 2015.

No seu Art 6º, a Portaria define os componentes da Rede Cegonha/Materno Infantil, onde sua organização é feita a partir de quatro Componentes: Atenção Integral ao Pré -Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. A união, estados e municípios são responsáveis pela operacionalização da Rede Cegonha/Materno Infantil.

Nesse contexto, no Estado do Ceará no Componente I - Atenção Integral ao pré-natal firmou como compromisso: Garantir acesso ao pré-natal de risco habitual e de risco intermediário nos 184 municípios; Garantir acesso ao pré-natal de gestantes de alto risco nas 22 Regiões de Saúde. As principais ações definidas nesse componente, descritas no Plano Estadual de Saúde do Ceará foram: Implantação do projeto QualificaAPSUS nos municípios que se habilitarem; Elaboração e implantação da Linha Guia da Gestante e Puerperal no Estado; Implantação da Estratificação de Risco e Vinculação da gestante na atenção primária e ambulatorial especializada; Elaboração/Padronização de Protocolos de Atenção ao Pré- Natal de Risco Habitual , Intermediário e de Alto Risco.

Percebe-se, no cotidiano profissional, que a criação da Rede Cegonha proporcionou significativas melhorias na qualidade da assistência às gestantes, puérperas e crianças. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo SUS no planejamento reprodutivo, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério.

Segundo Ministério da Saúde, desde o lançamento da Rede, foi investido mais de R\$ 3,1 bilhões para o desenvolvimento das ações, em que a estratégia também busca contribuir na aceleração da redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2017).

Entre as ações da Rede Cegonha, está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, num ambiente preparado para que possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente e ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Os CPN objetivam reduzir cada vez mais a taxa de mortalidade materna e neonatal e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde. Conforme o Ministério da Saúde de 1990 a 2012, a razão da mortalidade materna no Brasil caiu 56% – de 140 para 62 óbitos por cada 100 mil nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade infantil reduziu 70,5% no mesmo período – de 47,1 para 13,9 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2017).

Para induzir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha também propõe a instituição de um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil, qual sejam as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera. Além disso, investe na implementação de Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares. (BRASIL, 2011). Os centros de parto normal devem funcionar em parceria com as maternidades, objetivando humanizar o parto, proporcionando as gestantes um ambiente adequado e acolhedor.

Outra medida incentivada pela Rede Cegonha é a ampliação e qualificação de leitos para gestantes de alto risco, UTI e UCI neonatal. Desde 2011, foram ampliados e qualificados 9.119 leitos nessas modalidades, garantindo que mulheres e bebês tenham cuidado adequado na hora do parto (BRASIL, 2017).

A Rede Cegonha desenvolve diferentes ações voltadas para a formação e capacitação de Enfermeiras Obstétricas. Essas profissionais são estratégicas para mudança no modelo de atenção obstétrico e neonatal. As atividades desenvolvidas estão presentes em estados das cinco regiões do país, nas modalidades de Residência, Especialização e Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica (Ministério da Saúde 2017). Na cidade do Crato-CE, lócus desta pesquisa, temos implantada a Residência em Enfermagem Obstétrica. O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Regional do Cariri (URCA) foi aprovado pelo Ministério da Educação (MEC), em janeiro de 2019, com o objetivo de qualificar a atenção ao parto e nascimento, consolidando os serviços de saúde da região, melhorando a qualidade da assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e dos recém-nascidos (CEARÁ, 2019).

A Residência em Enfermagem Obstétrica é a primeira da Região do Cariri. O Programa pertence à modalidade Uniprofissional, de caráter permanente, destinada à formação exclusivamente de enfermeiros na área de Obstetrícia (CEARÁ, 2019).

A Criação da Rede Cegonha/Materno Infantil proporcionou significativas melhorias na qualidade da assistência às gestantes, puérperas e crianças. A proposta qualifica os serviços públicos de saúde, fortalecendo os princípios do SUS, ofertando para esse público alvo uma assistência de melhor qualidade e humanizada.

A seguir, mais uma portaria, criada para o fortalecimento da Rede Cegonha, portaria essa que teve um alto impacto na assistência pré-natal no SUS.

O Ministério da Saúde cria em 12 de Janeiro de 2012 a Portaria nº 77, que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes

rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2012).

A portaria nº 77 declara, em seu Art. 1º, que compete às equipes de Atenção Básica realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como, testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e parceiros sexuais.

Em seu Art. 2º, a referida portaria afirma que os testes rápidos para HIV e sífilis deverão ser realizados por profissionais da saúde de nível superior, devidamente capacitados para realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ SVS/ MS.

A criação desta portaria contribui significativamente para a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, pois o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e detecção de sífilis durante a gestação é fundamental para a redução da transmissão vertical. Os testes rápidos também são oferecidos para as parcerias sexuais das gestantes com resultado reagente.

Era difícil e angustiante, por deficiências na gestão municipal de ofertar o resultado dos exames laboratoriais em tempo hábil, acompanhar usuárias em idade gestacional já bem avançada, sem os resultados de exames tão importantes. Em função disso, foi ofertado pela Escola de Saúde Pública do Ceará o curso em Testes Rápidos de HIV/Aids e Sífilis, realizado no município de Fortaleza-CE, no período de 15 a 19 de junho de 2015. Essa conquista configurou em alegria aos profissionais do setor, visto que, a partir daquele momento seria possível ofertar às gestantes os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite. A Rede Cegonha fortaleceu a capacidade de acolhimento as gestantes, como também livrou os futuros recém-nascidos de um triste diagnóstico de portador do HIV ou de sequelas como cegueira, surdez, oriundas de uma Sífilis tardiamente diagnosticada. Corroborando, assim, com a meta de eliminação da sífilis congênita (<0,5/1000 nascidos vivos) e a meta de eliminação da transmissão vertical do HIV (taxa < 1%) até 2015 de acordo com os objetivos do milênio (BRASIL, 2012).

Dando sequência, em 28 de março de 2016 foi publicada a Portaria nº 306, que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante quanto ao aspecto da operação cesariana (BRASIL,2016). Foi necessária a criação desta portaria pelo poder público, devido estatística alarmante da quantidade de operações cesarianas no Brasil.

A Rede Cegonha trabalha também no sentido de aconselhar as gestantes sobre os benefícios do parto normal, destacando que a cesárea deverá ser realizada somente quando for

necessária. As ações do Ministério, com vistas à mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento com práticas baseadas em evidências científicas e a valorização do protagonismo da mulher na hora do parto, têm contribuído para reduzir a taxa de cesárea no Brasil. Desde 2000, as taxas de cesárea apresentavam uma tendência de aumento, alcançando 57% em 2014 com redução para 55,5% em 2015 (BRASIL, 2018). No ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com maior número de cesarianas em relação ao total de nascimentos (VICENTE, 2017).

Para fortalecer as ações em curso com vistas à diminuição das taxas de cesárea, o Ministério da Saúde, lançou no dia 8 de março de 2018, o Projeto Parto Cuidadoso, que visa, entre outros objetivos, a implementação de critério para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

No seu Art. 2º, a referida portaria menciona que “é obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana”.

As altas taxas de parto cirúrgico são questionadas e criticadas pela comunidade acadêmica no campo da obstetrícia por sua associação a eventos indesejáveis para a mãe e filho, como o nascimento de neonatos prematuros, de baixo peso, com transtornos respiratórios e neurológicos e ainda pela alta incidência de infecções maternas puerperais (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Ministério da Saúde, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher; o outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Finalizando a presente abordagem, em 12 de abril de 2017, foi criada a Lei nº 13.434, a qual acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Código de Processo Penal, que versa sobre o uso de algemas, proibindo seu uso em mulheres grávidas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como em mulheres

durante o período de puerpério imediato, o que é considerado uma grande conquista, visto que estudos apontam abusos.

Um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, que analisou a situação dos casos apresentados nos censos nacionais realizados entre 2012 e 2014, indicou, sobre o parto na prisão, que 16% das puérperas contaram ter sofrido maltrato ou violência durante o trabalho de parto pelos profissionais da saúde e, além disso, o uso de algemas na internação e/ou no parto foi contado por 36% das gestantes (LEAL, 2016).

A Lei Nº 13.434 vai ao encontro da promoção da dignidade da pessoa humana e sobre a proibição de tratamento desumano e degradante para com as mulheres gestantes em um momento tão significativo de sua vida, que é dar à luz. Esta lei vem garantir a mulher gestante o que objetiva a PHPN no SUS. Toda mulher é digna de tratamento humanizado independente de sua condição legal, pois ser algemada durante o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é condição desumana para esta mulher e seu filho.

Considerando os elementos constitutivos das RAS, podemos avançar no sentido da aproximação da PNH com essas redes de saúde, uma vez que elas representam um novo arcabouço para a oferta dos serviços públicos de saúde. Os processos de trabalho, os níveis de atenção alcançam novos modos de produção de saúde com a implantação das redes e corroboram para a efetivação de uma nova modalidade de humanização do cuidado em saúde. PNH e RAS convergem para movimento integrador e humanizado, pressupõem mudanças simultâneas no modelo de atenção à saúde e no modelo de gestão pública, focando nas necessidades dos cidadãos e na produção de saúde, fortalecendo um atendimento de qualidade aos usuários do SUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, na primeira parte deste capítulo, será apresentado o contexto em que a pesquisa foi desenvolvida, descrevendo desde o primeiro contato da pesquisadora em campo até o encontro final.

A seguir, apresentam-se os resultados e as discussões.

5.1 Sobre constituição de relações no campo: contextualizando o cenário da pesquisa

O primeiro contato foi com a Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi por meio de aplicativo de mensagens. A mesma foi muito receptiva e articulou a visita à Unidade de Saúde para o dia 05 de dezembro de 2019, visto que a Enfermeira estava de férias, o intermédio desta pesquisa com o ESF foi acolhido por residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da URCA, onde disponibilizaram os prontuários das mulheres e, então, iniciou-se a seleção das possíveis participantes da pesquisa, baseando-se pelos critérios de inclusão e exclusão; como também iniciado coleta de informações contidas nestes prontuários. Foi entregue a Enfermeira gerente da unidade de saúde a autorização para a realização da pesquisa. O primeiro contato na unidade de saúde foi produtivo e acolhedor por parte dos residentes e demais profissionais da ESF. Nesse mesmo dia, havia duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na Unidade de saúde, sendo solicitado destas, ajuda para o primeiro contato com as mulheres selecionadas.

No dia seguinte, 06 de dezembro de 2019, retornou-se a ESF para finalizar a coleta de informações pelos prontuários e, com ajuda dos residentes, foi identificado o endereço das mulheres e os respectivos ACS das áreas a serem visitadas. Em 09 de dezembro de 2019, retornou-se à unidade de saúde, conforme agendamento com as duas ACS, já contatadas. Nesse momento, as mesmas informaram do agendamento para realizar visita em domicílio, conforme escolha das participantes. O contato com as demais ACS foi por aplicativo de mensagens, visto que não foi possível contato pessoalmente, agendando, então, conforme disponibilidade de cada ACS, futuras visitas às mulheres.

O ACS é um importante elo de comunicação com a comunidade e, ao longo desta pesquisa, foi-se muito bem conduzido na comunidade do bairro Seminário, por esta categoria,

como também pelos residentes, onde ajudaram ricamente desde a acolhida na unidade de saúde até nos acompanhar em visita ao domicílio de participantes.

Estando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) inseridos na equipe da ESF, eles também assumem o papel de promover a saúde da população, desenvolvendo diversas atividades, dentre elas podemos citar: trabalhar com a descrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população inscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2011).

Esse contexto nos remete à reflexão sobre Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e de acordo com a fala de Nunes *et al.* (2002), o ACS tem se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas (ROCHA *et al.* 2016).

Apenas dez mulheres compuseram nossa amostra por atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, no entanto na realização deste estudo, somente sete mulheres foram entrevistadas, pois nas visitas se constatou que três destas participantes não residiam mais na área. Inicialmente, ao chegar no domicílio de cada participante apresentava-se, expondo o objetivo do estudo e todas aceitaram participar da pesquisa, assinando o TCLE e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido, se iniciava a entrevista.

A primeira entrevista aconteceu em 10 de dezembro de 2019, no período da tarde, conforme escolha da mulher. A nossa experiência com a primeira entrevistada foi excelente e significativa para o encorajamento das futuras entrevistas, visto que o pesquisador fica a pensar como será a sua acolhida por parte dessas participantes e de sua família.

No dia seguinte, 11 de dezembro de 2019, às 8:30hs da manhã, foi entrevistada a segunda participante, a qual foi muito acolhedora, respondendo com muita segurança todas as perguntas da entrevista. Nesse mesmo dia, às 16 horas, foi entrevistada a terceira mulher, a qual recebeu os pesquisadores com alegre sorriso e, então, após finalizada a entrevista, se estabeleceu uma deliciosa conversa com a participante e sua genitora, resultando em convite para uma próxima visita. Os pesquisadores saíram felizes daquela residência, visto que a ação estava proporcionando ir além de um roteiro pré-estabelecido, formando pontes, estreitando relações à luz do respeito humano.

Diante do exposto, tal vivência nos impulsiona a uma reflexão: como deve ser a relação entre pesquisador e objeto? Nesse contexto, de acordo com Lemos (2017, p. 21):

a pesquisa científica possa ser encarada como parte de um diálogo estritamente próximo entre sujeito (pesquisador) e o objeto a ser pesquisado (o que inclui, de alguma forma, seu campo de pesquisa); A pesquisa, de certa maneira, pode ser vista como uma construção conjunta em que os dois lados se escutam, e por onde flui o processo de criação do conhecimento científico; Para se alcançar observações objetivas há o imprescindível elemento da subjetividade presente que reconhece a capacidade de pensar do sujeito, de raciocinar e, por isso, interferir naquilo que observa, que estuda, que pesquisa e que isso efetivamente quebra antigos paradigmas da exclusão da subjetividade.

No espaço urbano a ESF, os profissionais de saúde, são segmentos importantes, promotores de saúde para a população local e devem estabelecer relações mútuas, estabelecer vínculos com a comunidade e seu entorno.

Nas relações comunitárias, emerge a dimensão social da vida dos usuários, a qual se constitui do modo de vida experimentado: é na construção dos vínculos sociais, no enfrentamento das adversidades ambientais e no reconhecimento das vulnerabilidades e riscos do contexto comunitário que a atenção clínica pode absorver e compartilhar elementos potenciais para a integralidade assistencial. O contexto urbano exige a incorporação de suas características, fluxos e movimentos na programação e execução equânime, integral e universal do SUS (PINTO, 2017).

Dando continuidade, em 13 de dezembro de 2019, foram entrevistadas as demais participantes da pesquisa. Na manhã do dia seguinte, 14 de dezembro de 2019, retornou-se ao domicílio da última mulher, para a finalização da entrevista, conforme sugerido pela participante, encerrando, nesse dia, o ciclo de entrevistas das mulheres. Vale ressaltar que as visitas foram muito bem acolhidas por todas as participantes da pesquisa.

5.2 Em cena os sujeitos da pesquisa

A fim de responder ao objetivo de descrever as características dos sujeitos, esta parte do capítulo apresenta os dados sociodemográficos e obstétricos, considerando que são fatores que influenciam na condução do pré-natal.

A população do estudo foi composta por 10 participantes, que foram atendidas no pré-natal no período de janeiro a outubro de 2019, respeitando os critérios de inclusão. A faixa etária variou de 19 até 29 anos, como apresenta a Tabela 1, abaixo. No estudo de Dias *et al.* (2015) realizado com 18 gestantes na cidade de Janaúba-MG, identificaram prevalência de gestantes jovens, com idade entre 18 e 24 anos.

Tabela 1 - Frequências, absoluta e relativa, das participantes, por faixa etária, no ano de 2019.

Idade (anos)	Nº	%
19 a 21	3	30,0
22 a 24	1	10,0
25 a 27	4	40,0
28 a 29	2	20,0
Total	10	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

Quando se investigou o estado civil, a Tabela 2 mostra que 50% das mulheres apresentaram união estável, 30% casadas e 20% solteiras. Observa-se que maioria das gestantes (80%) vive com seus companheiros, casadas ou em união estável, assim como no estudo de Dias *et al.* (2018), sobre o Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais, realizado com 13 gestantes, em que 84,6% das gestantes viviam com companheiros.

Tabela 2- Frequência absoluta e relativa das participantes segundo estado civil, no ano de 2019.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Estável	5	50,0

Casada	3	30,0
Solteira	2	20,0
Total	10	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

O apoio do companheiro à gestante influencia favoravelmente a evolução da gravidez, diminui riscos e efeitos desfavoráveis à saúde da criança e proporciona a vivência de sentimentos e emoções, pelo fato de ser essa fase o início do desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (LEITE *et al.*, 2014). As gestantes que possuem vínculo afetivo com seus companheiros dividem os saberes sobre a gestação e juntos passam a conhecer a assistência prestada durante o pré-natal (DIAS, 2018).

A ausência de um parceiro ou acompanhantes nas consultas de pré-natal pode levar a um maior risco para adoecimento, estresse psicológico elevado e ansiedade relacionada à maternidade, ocasionando maior possibilidade de desenvolverem partos prematuros (BRASIL, 2013).

Mulheres grávidas, que não recebem o apoio do companheiro, apresentam muitas vezes insegurança, tristeza, início tardio do pré-natal e, em vários casos, sentem-se impotentes para seguirem com a gestação, procurando a prática do aborto clandestino, expondo-se a situação de risco.

Quanto ao grau de escolaridade, na Tabela 3, verifica-se que 70% das participantes apresentam ensino médio completo, enquanto que 20% ensino fundamental e somente 10% ensino superior incompleto.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das participantes segundo grau de escolaridade, 2019.

ESCOLARIDADE	Nº	%
Fundamental	2	20,0
Médio	7	70,0
Superior Incompleto	1	10,0
Total	10	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

No estudo de Silva *et al.* (2019) intitulado “Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades”, desenvolvido com gestantes que realizaram o pré-natal na Atenção Primária à Saúde do município de São Luís-Maranhão, foi verificado que o nível de escolaridade predominante das gestantes foi o ensino médio completo.

Mulheres com baixa escolaridade têm maior probabilidade de ter uma gravidez precoce e não planejada, as mulheres que deixaram de ir à escola, e não tem acesso aos conhecimentos sobre sexualidade e planejamento familiar, tornando sua saúde reprodutiva vulnerável (SILVA *et al.*, 2013).

A baixa escolaridade da gestante é um fator que influencia significativamente no desenvolvimento das ações do pré-natal. Mulheres com baixa escolaridade apresentam maior probabilidade de ter gravidez precoce, múltiplas gestações, riscos de maior exposição a infecções sexualmente transmissíveis, uso inadequado dos fármacos de rotina, como também, dificuldades de aceitar e compreender as recomendações da assistência pré-natal, comprometendo a qualidade da atenção em saúde.

Em relação à percepção da etnia, 40% das mulheres se declararam pardas e 30% pretas. No estudo de SILVA *et al.* (2019) 80% das gestantes se declararam pardas. A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil (THEOPFILO, 2018).

Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, e ainda à promoção da equidade, a Rede Cegonha incorporou parte dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL 2013). Afirma Theopfilo (2018) que a Rede cegonha tem por objetivo promover mudanças culturais nos modelos de atenção e gestão da saúde como uma política afirmativa e transversal do SUS.

O mesmo autor, citado anteriormente, salienta que observar a saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença. As formas como as relações raciais estão conformadas no Brasil tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde.

Neste estudo, verificou-se que todas as mulheres são negras ou pardas, e estas avaliaram positivamente seu acesso e atenção à saúde na ESF, o que vai de encontro com os princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e

racial. Resultado oposto a esta pesquisa foi encontrado no estudo de Theophilo (2018) sobre a vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa, onde identificou que as gestantes negras se encontram em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez não planejada; na menor proporção com número adequado de consultas; e ao receber menos orientação quanto ao parto normal e sobre onde deveriam fazer o parto.

Quanto aos rendimentos, constatou-se que a maioria das participantes possui baixa renda. Entre as mulheres, 40% tinham renda familiar de no máximo um salário mínimo, 20% entre um a dois salários mínimos e uma relatou não ter renda, sobrevive apenas com o valor mensal de 200 reais, provenientes do bolsa família. Somente uma mulher declarou trabalhar em atividade remunerada no comércio, as demais se dedicam exclusivamente a desenvolver as atividades do lar.

No estudo de Dias *et al* (2018), sobre o Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais, constatou que em relação à renda, todas as gestantes declararam ter renda familiar mensal entre 1 e 3 salários mínimos incompletos. Silva *et al*. (2019), em seu estudo intitulado “Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades”, identificou que, em se tratando da renda familiar, a maioria das participantes disseram sobreviver com um a dois salários mínimos e apenas uma sem renda fixa.

Para Xavier *et al*. (2013) é nítido que a baixa renda está associada a alguns riscos para a gestação, surgindo indagações sobre instabilidades sociais e programáticas que podem atuar em situações de riscos à saúde, trazendo grandes desafios aos profissionais e aos serviços de saúde. Nesse sentido, Silva *et al* (2019) diz que é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos às condições socioeconômicas de seus usuários e aos possíveis riscos de saúde advindos da baixa renda familiar, como o baixo peso do recém-nascido, partos prematuros, dentre outras complicações durante o período gravídico.

Quanto ao início do pré-natal, 60% das gestantes iniciaram no primeiro trimestre da gestação e 40% no segundo trimestre. Resultado aproximado ocorreu no estudo de Pedraza (2016), sobre a Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande - PB, onde relata que o primeiro atendimento se realizou até o terceiro mês para 55,5% das gestantes.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, é preconizado que o pré-natal se inicie no primeiro trimestre gestacional. Nesse contexto, é de responsabilidade dos municípios, desenhar e implantar estratégias para garantir o início precoce do cuidado pré-natal (CECAGNO, 2016). Aqui, percebemos que 40% das gestantes iniciaram tardiamente o seu pré-natal, se distanciando do que a Rede cegonha determina, a captação precoce, para que o pré-natal tenha início em até 12 semanas de gestação. Faz-se necessário que a equipe trace estratégias de busca ativa dessas mulheres, para que o pré-natal inicie o mais cedo possível, proporcionando assim melhor assistência ao binômio mãe/conceito.

Quanto ao número de gestações, apresenta-se a Tabela 4, onde 50% das mulheres vivenciavam a sua primeira gestação, 30% estavam na segunda gestação e 20% na terceira.

Tabela 4- Frequência absoluta e relativa das participantes quanto ao número de gestações – 2019.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	Nº	%
Primigesta	5	50,0
Secundigesta	2	20,0
Tercigesta	3	30,0
Total	10	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No estudo de Dias (2018), sobre o Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais, houve predomínio de mulheres com gravidez secundigesta.

Na avaliação dos prontuários, constatou-se quanto ao número de consultas 20% das gestantes realizaram 10 consultas, 10% 9 consultas, 50% realizaram 8 consultas, 10% 7 consultas e 10% 6 consultas. Resultado similar foi encontrado no estudo de Pedraza (2016), onde a proporção de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal foi de 79,2%.

Esses achados vão de encontro ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que toda gestante deve passar por 6 (seis) ou mais consultas, na assistência pré-natal. Podemos perceber que a maioria das mulheres neste estudo obteve um número bem superior de consultas, sendo um excelente indicativo, refletindo o comprometimento dos profissionais da ESF em estudo na cidade do Crato-CE.

Quanto à realização dos testes rápidos, 100% das mulheres foram contempladas. Resultado que difere do estudo de Lopes *et al.* (2016), onde avaliou a Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará, em 24 unidades primárias de saúde, sendo que desse quantitativo somente realização dos testes em 37,5% e, destas, 55,6% fazendo estes procedimentos na rotina do pré-natal. Esse fato, dos profissionais da ESF realizarem os testes rápidos em 100% das gestantes, valida o que é preconizado na Portaria nº 77 de 2012, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis.

No tocante a visita puerperal dessas mulheres, 70% ocorreram, sendo que desse quantitativo de 70%, apenas 30% das visitas ocorreram na primeira semana pós-parto, se distanciando do que é preconizado pela Rede Cegonha, a qual orienta que a visita domiciliar puerperal para a mãe e recém nascido deve ocorrer na primeira semana pós parto. As outras 3 visitas não ocorreram, onde os motivos descritos nos prontuários foram:

- I. Puérpera estava com sono, cansada e recusou a visita naquele momento.
- II. Domicílio fechado.
- III. Sem transporte para equipe se deslocar até o domicílio.

A visita puerperal é fator determinante para o bem-estar da puérpera e recém-nascido, onde Gomes (2014); Vasconcelos (2009); Santos (2016) reafirmam que a mulher tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, onde também é determinado na Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, em seu Art. 2º, onde estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

A indisponibilidade de transporte para a realização da visita puerperal desta mulher, mesmo que em percentual baixo de 10%, é indicativo de fragilidade na gestão, necessitando de avaliação do setor dos transportes, para que assim os princípios da PHPN sejam vivenciados na prática e a equipe da ESF tenha condições de prestar melhor assistência e garantia da integralidade do cuidado. Esse achado da pesquisa contrapõe-se ao pensamento de Castro, Moura e Silva (2010) a qualidade na assistência pré-natal é entendida como a disponibilidade de infraestrutura adequada, no que se referem aos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros.

5.3 Processos de atendimento do pré-natal

A seguir, será apresentado a qualidade da assistência percebida a partir das respostas das participantes à entrevista. Foram aplicadas 10 perguntas descritas em anexo. A análise e a interpretação dos dados fundamentaram-se na técnica de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin (2016).

5.4 Quanto ao acesso ao pré-natal

O acesso ao pré-natal foi efetivo, onde 100% das mulheres relataram que não tiveram dificuldade de acesso às consultas. Resultado similar foi encontrado no estudo de SILVA *et al* (2019). Este resultado de 100% de acesso vai de encontro ao que preconiza a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher do Ministério da Saúde lançada em 2004, onde descreve que para “atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção deve-se contemplar o elemento de acesso da população às ações e aos serviços de saúde”.

No que concerne à atenção pré-natal, esta deve ser de fácil acesso e realizada mediante condutas acolhedoras que integrem ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do bebê em todos os níveis de atenção (SILVA *et al*,2019).

5.5 Quanto à realização dos exames

No aspecto de realização dos exames em tempo adequado somente uma mulher relatou que não conseguiu realizar os exames do terceiro trimestre no tempo oportuno, sendo que 100% realizaram todos os exames em tempo adequado do primeiro trimestre e 90% realizaram do terceiro trimestre.

Esse achado dialoga com o pensamento de Santos & Araujo (2016) onde dizem que a política de humanização da assistência ao pré-natal deve garantir à mulher o fácil acesso a consultas e aos exames. A Rede Cegonha objetiva que a gestante realize todos os exames em tempo oportuno, impactando positivamente na qualidade da assistência ofertada a essas mulheres.

5.6 Quanto à oferta de atividades educativas coletivas

Durante assistência na gestação, encontramos as seguintes situações:

1. Existência de palestra sobre alimentação, prevenção da hipertensão, cuidados com o baby, para 40% das entrevistadas
2. Não lembrar da existência foi a manifestação de 10% das entrevistadas
3. Não saber se existiu foi a manifestação de mais 10%
4. Não existência foi a manifestação de outros 10 %

No estudo de Silva *et al.* (2015) sobre atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas, apresentou resultado com alguma semelhança, onde entrevistadas afirmaram que o serviço de saúde não investe na divulgação das atividades educativas e muitas não sabiam da existência dessas, por isso deixaram de participar, por falta de informação. A Educação em Saúde deve fazer parte da assistência ao pré-natal, visto que é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde das mulheres em todo o seu ciclo gestacional.

Para que as gestantes tenham um pré-natal qualificado é necessário haver, além das consultas, as atividades educativas, sejam elas individuais ou em grupo, visando favorecer o compartilhamento das informações entre usuárias e profissionais de saúde (SILVA *et al.* 2015).

Percebemos pelo evidenciado nas falas das mulheres, que se faz necessário um olhar diferenciado para a divulgação e efetivação das atividades educativas durante o pré-natal nessa ESF e assim contemplar todas as gestantes com tais atividades.

5.7 Quanto à disponibilidade dos medicamentos

Na disponibilidade dos medicamentos de rotina Sulfato Ferroso e Ácido Fólico no pré-natal, apenas 10% referenciou que algumas vezes comprou o sulfato ferroso. Esse dado é compatível com o que foi encontrado no estudo de SILVA *et al.* (2019). Sendo que, as demais - 90% - tiveram disponibilidade dos medicamentos. A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é muito importante na assistência da gestante, sendo recomendada para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro. Todas relataram também que sempre houve vacinas disponíveis, o que foi constatado pela observação dos prontuários.

5.8 Quanto à informação da maternidade para o parto e oferta de visita a maternidade

Quando questionadas se os profissionais orientaram em qual maternidade seria seu parto, 90 % das mulheres foram informadas e 10% não foram informadas, porém, justificou-se que estas já conheciam a maternidade, acreditando-se ser desnecessário o profissional informar. No tocante a oferta de realizar visita prévia à maternidade 43% das participantes relatou ter sido informada dessa possibilidade, sendo que 57% não foram orientadas para a possibilidade de visitar a maternidade antes do seu parto.

Resultado oposto foi encontrado no estudo de Livramento *et al.* (2019), sobre as percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal, na atenção primária à saúde do município de Florianópolis-SC, no qual relata que em relação à maternidade de referência, nenhuma das gestantes entrevistadas foi orientada sobre o local do parto, tampouco foram orientadas a visitar a maternidade.

Percebemos aqui, neste estudo, que o serviço de pré-natal necessita intensificar a informação do direito da mulher conhecer a maternidade e promover visitas das gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto. Estas passam a ter o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberão assistência no âmbito do SUS, conforme lei 11.634 de 2007 (SANTOS, 2016).

5.9 Quanto à satisfação com o atendimento dos profissionais

Quando questionadas quanto ao aspecto de se sentirem satisfeitas com o atendimento dos profissionais que realizaram as consultas do pré-natal, 100% das mulheres referiram ser excelente o atendimento da enfermeira, 90% excelente para o médico e 10% optou por ser bom o atendimento médico. Resultado aproximado foi evidenciado no estudo de Silva *et al.* (2019), onde relata que percebeu-se que o bom atendimento dos profissionais configurou-se como potencialidade para o relacionamento interpessoal.

No estudo de Livramento *et al.* (2019), sobre percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde, foi relatado que:

O profissional enfermeiro ganha destaque na preferência das gestantes nas consultas de pré-natal por julgarem este profissional mais humanizado e que permitiu às gestantes compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados; muitas relataram que

consideram este profissional plenamente capacitado para tal função, preferindo, muitas vezes, o atendimento por enfermeiros do que por outros profissionais, como o médico; Para elas, o enfermeiro, de forma geral, explica e escuta mais, tem mais empatia, além de realizar todos os procedimentos rotineiros das consultas de pré-natal, transmitindo segurança.

As falas das mulheres evidenciaram um aspecto importantíssimo, que foi a alta satisfação com o atendimento ofertado pelo os dois profissionais responsáveis pelas consultas do pré-natal na ESF do bairro seminário em Crato-CE, dialogando com um dos objetivos fundamentais do PHPN que é aprimorar as relações entre usuários e profissionais, e estabelecer interações sócio comunitárias, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por instituições aos usuários (BRASIL, 2000).

5.10 Quanto à informação do direito ao acompanhante no parto

Todas as participantes relataram terem sido informadas durante o pré-natal do direito ao acompanhante no momento de seu parto e na maternidade 100% das mulheres vivenciaram a efetivação deste direito. Esse achado está de acordo com o que preconiza a Lei nº 11.108, a qual garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Porém, vale ressaltar que segundo informações colhidas na maternidade, em se tratando de acompanhante do sexo masculino, somente é permitido que seja o esposo, companheiro da gestante. Essa determinação se distancia do que é preconizado na referida Lei nº 11.108, pois, esta determina que seja o acompanhante de escolha da parturiente.

Resultado que se distanciou dos achados nesta pesquisa, foi encontrado no estudo de Pedraza (2016), onde somente 31,1% das mulheres tiveram acompanhante durante o parto.

Possibilitar que a mulher tenha um acompanhante, de sua livre escolha, no trabalho de parto, parto e pós-parto, é considerada uma prática benéfica que deve ser encorajada e está amparada pelas evidências científicas (HODNETT, 2011).

5.11 Quanto à orientação e incentivo dos benefícios do parto normal

Quando questionadas se os profissionais orientaram acerca dos benefícios do parto normal durante as consultas do pré-natal, 90% das mulheres relataram que sim e somente 10% não foram

orientadas. O incentivo ao parto vaginal vai de encontro ao que é preconizado pela rede cegonha, que estabelece também no sentido de os profissionais aconselharem as gestantes sobre os benefícios do parto normal, enfatizando que o parto cesariano deverá ser realizado somente quando for necessário.

5.12 Quanto à preferência e motivo do tipo de parto

No aspecto de preferência ao tipo de parto, 90% das participantes relataram preferir o parto normal e somente 10% optou por parto cesariano, visto ter medo de parto vaginal. 30% das mulheres que tinham preferência por parto vaginal vivenciaram o parto cesariano, por indicação médica. Abaixo, os depoimentos dos motivos da escolha do tipo de parto:

- **Girassol:** “ normal porque você sente a dor só na hora e o cesáreo é mais diferente; normal para não tá dependendo de ninguém”.

- **Jasmim:** “ a cesariana você não sente dor até então, mais depois a recuperação é muito lenta, você sente dor, passa 12 horas sem poder comer, tem que ter alguém em casa para lhe ajudar e o normal não, você tem a dor para ter, mais depois é melhor que a cesárea.

- **Flor Sena:** “ Por que o parto normal é um parto mais sadio, é mais rápido e não deixa você sofrer tanto após ter o bebê”

- **Flor de algodão:** “ Eu preferi parto cesáreo porque tinha medo de ter parto normal”

- **Flor de Cacto:** “ Por que diz o povo que no outro dia você já fica melhor que cesárea, que cesárea são muitos dias *pra* se recuperar “.

- **Jurema D'água:** “ Por que eu acho que é o natural da mulher ter parto normal e porque há vários benefícios para a mãe e o bebê.

- **Xanana:** “ Prefiro por causa que a recuperação é muito melhor, não tem nem comparação com o parto cesáreo”

Resultado aproximado foi encontrado no estudo de KOTTWITZ *et al.* (2018) sobre via de parto preferida por puérperas e suas motivações, onde foi identificado que 77,6% das mulheres preferiram o parto vaginal, e o motivo, para 81,8% destas puérperas, foi melhor recuperação pós-parto.

As preferências da gestante sobre as vias de parto se constroem a partir de seu autoconhecimento, de suas experiências anteriores e do conhecimento que transita entre ela e a comunidade onde vive, de suas expectativas e do acesso às informações que ela terá durante a gestação (KOTTWITZ *et al.* 2018).

5.13 Quanto ao atendimento durante as consultas do pré-natal

Quando solicitado que as participantes narrassem como foi o atendimento delas nas consultas do pré-natal, 100% das mulheres verbalizaram grande satisfação para com o fazer profissional do médico e da enfermeira, como se pode verificar nos depoimentos abaixo. Representamos as participantes, por flores que ocorrem no nordeste:

–**Girassol:** “ Eu adorei, sinto falta do meu pré-natal, das consultas, porque é bom, eles orientam, principalmente a enfermeira orienta bem a pessoa, explica como é que a pessoa vai *pra* maternidade, explica também como cuidar do bebê. Eu gostei do meu pré-natal, porque a enfermeira e o doutor ajudam muito, explicam direitinho como a pessoa deve cuidar do bebê:

- **Jasmin:** “O atendimento do meu pré-natal foi muito bom, os profissionais são excelentes, tiram todas as dúvidas da paciente, eles dão o melhor para que *nós se sintam* bastante segura, porque mesmo que não queira a pessoa sente medo, e você vai confiante. Eu gostei bastante”.

O depoimento de Jasmin corrobora com o pensamento de Souza (2013) onde afirma que o principal papel dos profissionais que participam deste tipo de atendimento é a escuta atenta das

clientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos.

- **Flor Sena:** “Meu atendimento das *duas gravidez* foram sempre *bom*, tudo que eu precisei tive: orientações, medicamento, nunca fui maltratada por ninguém. Aqui o posto é muito bom, tem médico”.

- **Flor de algodão:** “Foi ótimo, a enfermeira e o médico foram excelentes”

- **Flor de Cacto:** “Foi bom, não tive nenhuma queixa, nem reclamação de nada”

- **Jurema D'água:** “O acompanhamento do pré-natal foi muito bom com a Enfermeira, acho que por conta de ‘sermos mulher’ ela abre mais espaço para a gente falar, mas com o médico era uma coisa mais fechada, ele só informava sobre exames, remédios e não abria momento para a gente tirar dúvidas sobre o parto, essas coisas. O pré-natal foi um momento em que a gente ‘tava’ se preparando para um parto e o acompanhamento deve ter para todas as mulheres, porque é uma ajuda bem importante”.

- **Xanana:** “ Foi muito bom, eles são atenciosos e *explica* direito”

Resultado aproximado foi encontrado no estudo de Livramento *et al.* (2019), onde as usuárias ao serem abordadas quanto a satisfação do cuidado recebido, a maioria (83%) referiu satisfação com os atendimentos.

Os depoimentos descritos em nosso estudo apontam para quantitativo de 100% de participantes satisfeitas com a qualidade da assistência ofertada nas consultas do pré-natal em uma ESF na cidade de Crato-CE, sendo um indicativo excelente, demonstrando o compromisso e respeito desses profissionais para com as gestantes, onde corrobora com o objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que é 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 (BRASIL, 2002).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre o processo de construção dessa dissertação, foram vivenciados muitos desafios e hoje percebe-se que este produto é resultado de um processo de aprendizagem coletiva e de desconstrução/reconstrução pessoal de muitos aspectos colonizadores, que foram sendo desconstruídos no decorrer do mestrado e no decorrer desta pesquisa.

O estudo permitiu identificar pontos relevantes, que nos remete em sua maioria uma crítica positiva sobre a humanização nas consultas do pré-natal de risco habitual na ESF do bairro Seminário, em Crato-CE.

As questões sobre a humanização no atendimento das mulheres no período gravídico apontaram olhares para o acolhimento humanizado, vínculo e relações horizontais entre usuárias e os profissionais, e isto é motivo de alegria, pois esse é o SUS que queremos.

As consultas da enfermagem e médica apresentou avaliação excelente. As facilidades de acesso para a realização das consultas, a disponibilidade permanente das vacinas, a realização dos testes rápidos, exames laboratoriais foram verbalizados pelas gestantes como uma qualidade da assistência.

Foi possível constatar que a maioria das mulheres preferia o parto vaginal, inclusive, aquelas que já tinham vivenciado parto cesáreo e vaginal, enfatizaram fortemente a preferência por parto normal. Os profissionais de saúde orientaram os benefícios do parto vaginal para essas mulheres no seu pré-natal e isso reflete, consideravelmente, na escolha dessas usuárias pela preferência da via do parto.

Outro ponto relevante foi em relação à informação nas consultas do pré-natal para todas as mulheres sobre o direito ao acompanhante no momento do seu parto e na maternidade esse direito se efetivou a todas as gestantes.

Ficam ressaltadas as dificuldades de acesso à medicação básica (sulfato ferroso), indisponibilidade em tempo oportuno dos exames do terceiro trimestre e indisponibilidade de transporte para a equipe realizar a visita domiciliar puerperal, embora tenha sido em percentual de apenas 10% de todos os depoimentos.

Outros aspectos que necessitam de estratégias para melhorar a humanização da assistência das usuárias, é quanto a realização da visita puerperal das mulheres na primeira semana pós-

parto; aumentar a disponibilização de visitas das gestantes à maternidade de referência para o parto e divulgar/intensificar as atividades educativas no pré-natal.

Como um todo, se percebeu que o pré-natal realizado nessa ESF encontra-se em um patamar de boa qualidade, com profissionais comprometidos e com usuárias satisfeitas com as vivências e tratamento humanizado durante seu pré-natal. Esse resultado gratificante entre colegas de profissão, contribuindo para o SUS que queremos, ofertando atenção em saúde de qualidade, humanizada para os usuários.

Os dados deste estudo podem contribuir para que os profissionais da ESF norteiem sua assistência durante as consultas do pré-natal com base nas expectativas e necessidades das gestantes, como também para a gestão municipal, visto que algumas fragilidades identificadas dependem diretamente de recursos estruturais, que devem ser ofertados pela gestão, como disponibilidade de transporte para a equipe e medicamentos para as gestantes.

Esta pesquisa poderá também auxiliar gestores e os profissionais de saúde a direcionar ações de promoção da saúde que amenizem os riscos identificados. Esse conhecimento contribui para se pensar práticas para a integralidade do cuidado a saúde das gestantes e de sua família, à luz da sustentabilidade.

Espera-se que o presente estudo auxilie novas pesquisas científicas e estimule novos pesquisadores a adentrarem nessa temática da humanização da assistência no período gravídico, das usuárias do serviço de saúde ofertado pelo SUS.

Para humanizar e qualificar a atenção em saúde no SUS, precisamos aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, respeitar os sujeitos em suas peculiaridades sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. A humanização da atenção em saúde deve ser um processo contínuo e demanda autoreflexão permanente sobre as condutas profissionais ofertadas. É preciso autoconhecimento para melhor compreender o outro com suas especificidades, e ajudar os usuários sem imposição de opiniões e julgamentos. E, assim, estreitar laços entre profissionais e usuários, procurando proporcionar um atendimento humanizado pautado na sustentabilidade social, corroborando para os princípios do SUS.

Todo cidadão tem direito à igualdade de condições de acesso a serviços de saúde de qualidade, humanizados, onde a dimensão social da sustentabilidade se fez perceber através das falas das entrevistadas referentes às práticas assistenciais ofertadas pelos profissionais de saúde desta ESF durante o pré-natal. A sustentabilidade social se relaciona às necessidades das pessoas,

dos direitos humanos nos mais diversos cenários e no contexto da nossa pesquisa percebemos que as necessidades e direitos das mulheres gestantes foram bem acolhidos, corroborando para uma prática assistencial sustentável, inclusiva e proporcionando melhor qualidade de vida a estas mulheres.

REFERÊNCIAS

_____. Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 2. Brasília, Distrito Federal; 2007. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acesso em 24/10/2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa, Brasília, DF, 20. Set.1990.

_____. Portaria GM Nº 2488/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília- DF, 21 de Outubro de 2011.

_____. Portaria Nº 569/MS de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 2001.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: outubro de. 2019.

AGUIAR, F. A. R.; MOURA, E. R. F.; COSTA, F. B. C.; MIRANDA, F. R.; ALBUQUERQUE, R. A. S.; SILVA, R. M.; CATRIB, A. M. F. Técnica de entrevista na pesquisa qualitativa. In.: Bezerra, Indara; Silva, Raimunda; Brasil, Christina; Moura, Escolástica. **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Ebook. (2018). Editora UVA: Sobral, 2018.

ALCANTARA, L. C. S.; SAMPAIO, C. A. C. Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível?. **Desenvolvimento e Meio ambiente**, v. 40, 2017.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersectorial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 715-729, 2011.

BARACAT, Maria Matilde Zraik; NOBRE, Farley Simon. Participação social como elemento de análise da sustentabilidade: estudo do Programa Brasileiro de DST/AIDS. **Cadernos EBAPE**. BR, v. 11, n. 1, p. 41-64, 2013.

BARBIERI, J. C.; VASCONCELOS, I. F. G.; ANDREASSI, T.; VASCONCELOS, F. C. Inovação e sustentabilidade: novos modelos e proposições. **Revista de Administração de Empresas**, v. 50, n. 2, p. 146-154, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, M. N. C; FERREIRA, A. G. N; OLIVEIRA, M. T. B. Rede Cegonha: promoção da saúde no pré-natal humanizado e de qualidade. In: **VIII Fórum Internacional de Pedagogia**, 2015. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/TRABALHO_EV057_MD1_SA31_ID4613_30092016163455.pdf> Acesso em 28/03/19.

BOFF, L. **Sustentabilidade: o que é: o que não é**. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2013.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E. M. S.; ALMEIDA, P. F. D.; MARTINS, C. L.; MOTA, P. H. D. S; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; PAULA, D. B. D. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL, C. C. P. ; CALDAS, J. M. P. ; SILVA, R. M. ; BEZERRA, I. C. . Considerações Introdutórias. Reflexões Sobre a Pesquisa Qualitativa na Saúde. In: Raimunda Magalhães da Silva et al.. (Org.). Estudos Qualitativos: **Enfoques Teóricos e Técnicas de Coletas de Informações**. 1ed.Sobral: Edições UVA, 2018, v. 1, p. 21-26.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Humanização do parto. Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília – DF, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> acesso em 02/11/19

BRASIL. Assistência Pré-natal: Manual técnico. Janine Schirmeret *al* (Org). 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde SPS/Ministério da Saúde, 2000b. 66p. ISBN: 85-334-0138-8

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Panorama, 2017 Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama> > Acesso em 22/10/19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e Desenvolvimento Sustentável: Saúde na Rio + 20. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/omsambiental/media/SaudeRio20documorientadorMS.pdf>.> Acesso em: outubro de. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção a Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Editora MS; 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: outubro de 2019.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.

BUTZKE, A.; PONTALTI, S. A sustentabilidade planetária. Instrumentos de desenvolvimento e sustentabilidade urbana. Caxias do Sul: Educus, 2014.

CAMPOS, Gastão. Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em debate**, São Paulo, p. 16-19, dezembro, 1992.

CARNEIRO, M. D. G. D.; PINTO, J. R.; PEDROSA, K. A.; SANTOS, P. F.; CATANIO, P. A. G. Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do Ceará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 2, 2014.

CARVALHO, B. L.; FREIRE J. C.; BOSI, M. L. Alteridade radical: implicações para o cuidado em Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. VASCONCELOS, L. D. P. G. **Representações Sociais das Mulheres Grávidas sobre o Cuidado Pré-Natal**. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará. 2009.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASTRO, M.E; MOURA, M.A.V; SILVA, L.M.S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puéperas egressas. **Rev RENE**, v. 11. Número especial. p.73-81. 2010.

CEARÁ, Secretaria de Saúde. . Coordenadorias Regionais de Saúde, 2018. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>> Acesso em 25/11/2019.

CECAGNO, Susana. Gestão da qualidade na assistência do pré-natal: atenção às infecções urinárias gestacionais. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços da Saúde. Natal, RN, 2016.

CHACON, S. S. **O Sertanejo e o caminho das águas: políticas públicas, modernidade e sustentabilidade no semi-árido**. Fortaleza: BNB, 2007

COELHO, E. D. A. C.; Silva, C. T. O.; Oliveira, J. F. D.; Almeida, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de apoio-Projeto: Apoio às SES no processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde. 2019. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/pri/Guia_Apoio_OficinaPRI_v090919_ajuste_parametro_geral_HASeDM_2.docx> Acesso em 22/11/2019.

CORRÊA, R. L. Estudos Sobre a Rede Urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010.

DALMOLIN, B. B.; BACKES, D. S.; ZAMBERLAN, C.; SCHAURICH, D.; COLOMÉ, J. S.; GEHLEN, M.H. Significados do Conceito de Saúde na Perspectiva de Docentes da Área da Saúde. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery. **Revista de Enfermagem**; v.15, n.2, p. 389-394, 2011.

DIAS, E.; ANJOS, G.; ALVES, L.; PEREIRA, S. N.; CAMPOS, L. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 12, n. 10, p. 284-297, 2018.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, P.F.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em saúde - Módulo Núcleo de educação em Saúde da faculdade de medicina** (NESCON)- Universidade federal de Minas Gerais, 2ª Edição, Editora Coopmed, 2009.

FERRER, Gabriel Real; CRUZ, Paulo Márcio. Direito, sustentabilidade e a premissa tecnológica como ampliação de seus fundamentos. In: SOUZA, Maria Cláudia da Silva Antunes de; REZENDE, ElcioNacur. **Sustentabilidade e meio ambiente: efetividades e desafios**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2017.

FILHO, David Antonio dos Santos. Qualidade da Assistência Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família em Duque de Caxias - RJ. **Universidade Aberta do SUS**, 2015.

FONTANA, Felipe. Técnicas de pesquisa. P. 59-77, 2018. In.: ZAMBELLO, A. V.; SOARES, A. G.; TAUIL, C. E.; DONZELLI, C. A.; FONTANA, F.; CHOTOLLI, W. P.. Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. (Org.) Thiago Mazucato. Penápolis: FUNEPE, 2018. Ebook. ISBN 97885-93683-03-9. Disponível em: <<http://funepe.edu.br/arquivos/publicacoes/metodologia-pesquisa-trabalho-cientifico.pdf>>. Acesso em 03/04/2019.

FONTENELE, S. K.; BARROS, L. P.; LOPES, H. R. F.; BITTENCOURT, A. L. A.; BATISTA, D. N. Programa pet-saúde Rede Cegonha: relato de experiência. **Revista Baiana de saúde pública**, v. 41, n. 2, p. 524-536, 2017.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 909-917, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, A. R. M.; DE SOUSA PONTES, D.; PEREIRA, C. C. A.; BRASIL, A. D. O. M.; MORAES, L. D. C. A. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n. 11, p. 23-27, 2014.

HODNETT E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. Apoio contínuo às mulheres durante o parto. **Base de dados Cochrane de revisões sistemáticas**, n. 7 de 2013.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades e Estados. Crato - CE. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/municipio/230420>> Acesso em 20/03/2019.

IPECE- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil básico das regiões de planejamento. Cariri, 2017. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/estatistica/perfil_regional/2017/PR_Cariri_2017.pdf> Acesso em 20/03/2019.

JACOBI, Pedro. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e sociedade**, v. 8, n. 1, p. 31-48, 1999.

JARA, Carlos Julio. **As dimensões intangíveis do desenvolvimento sustentável**. IICA Biblioteca Venezuela, 2001.

JUNIOR SÁ, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, p. 15-16, 2004.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018.

KUSCHNIR R, CHORNY A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Cien. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

LEAL, M. D. C.; AYRES, B. V. D. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; SÁNCHEZ, A. R.; LAROUZÉ, B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2061-2070, 2016.

LEAL, M. D. C.; GAMA, S. G. N. D.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N. D.; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

LEITE, Mirlane Gondim. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014.

LEMOS, Felipe Diemer. A questão epistemológica do pesquisador que pesquisa dentro da sua organização. In: **Anais do InterprogramasSecomunica**, v. 2, 2018.

LIVRAMENTO, D. D. V. P. D.; BACKES, M. T. S.; DAMIANI, P. D. R.; CASTILLO, L. D. R.; BACKES, D. S.; SIMÃO, A. M. S. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, Porto Alegre, 2019.

LOPES, A. C. M. U.; ARAÚJO, M. A. L. D.; VASCONCELOS, L. D. P. G.; UCHOA, F. S. V.; ROCHA, H. P.; SANTOS, J. R. D. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza-Ceará. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 62-66, 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

MELERE, C.; HOFFMANN, J. F.; NUNES, M. A. A.; DREHMER, M.; BUSS, C.; OZCARIZ, S. G. I.;... CAMEY, S. A. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 20-28, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. **Ciencia&saude coletiva**, v. 23, p. 431-436, 2018.

MENDES, J.M.G. Dimensões da sustentabilidade. **Revista das Faculdades Santa Cruz**, v. 7, n. 2, 2009.

MENDES. E. V.. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec. **Saúde em debate**, v. 145, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde**. São Paulo (SP): Hucitec, 2014. 393p.

Ministério dos Direitos Humanos. Portaria nº 306, de 18 de setembro de 2018. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/41782325/do1-2018-09-21-portaria-n-306-de-18-de-setembro-de-2018-41782163> Acesso em: outubro de 2019.

MONGIOV, V. G.; LEITE, R. D. C. C. B.; SOARES, S. B. H.; LAGO-FALCÃO, T. M. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.

NASCIMENTO, E.P. do. Trajetória da sustentabilidade: do ambiental ao social, do social ao econômico. **Estudos Avançados**. v.26 n.74, 2012.

NUNES, M. D. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. D. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. D. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, F.S. **Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de PósGraduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

OLIVEIRA, R. R. D.; MELO, E. C.; NOVAES, E. S.; FERRACIOLI, P. L. R. V.; MATHIAS, T. A. D. F. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 733-740, 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina grande, Paraíba. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2016.

PINTO, A. G. A. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.70, n.5, p. 920-927. Brasília, 2017.

RIBEIRO, Carlos Dimas. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.4, p. 1109-1118, 2015.

ROCHA, R. P. B; LOPES, V. S.; VIEIRA, M.S. **A Interface Saúde e Ambiente e Suas Implicações no Saber e Agir Cotidiano Dos Agentes Comunitários de Saúde**. Virtual Books Editora, 1. Ed. Pará de Minas - MG: 2016.

RODRIGUES, Maria José. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia (MG): Uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Instituto de Geografia, 2007.

SACHS, I. **Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SAGAZ, S. M; KNEIPP, J. M; LUCIETTO, D. A; MADRUGA, L. R. R. G. Dimensão Social da Sustentabilidade e Saúde Pública: Um Levantamento Bibliométrico. **Rev. Gestão de Sistemas em Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 73-91, 2018.

SANTOS, H. F. L; ARAUJO, M. M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v.1, n.2, 2016.

SANTOS, R.P; NEVES, E.T; CARVENALE, F. Qualitativemethodologies in healthresearch: interpretivereferentialofPatriciaBenner. **RevBrasEnferm** [Internet]. v.69, n.1, p.178-82, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEN, Amartya K. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SEN, Amartya K. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SILVA, A. A.; JARDIM, M. J. A.; RIOS, C. T. F.; FONSECA, L. M. B.; COIMBRA, L. C. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 15, 2019.

SILVA, A. A.; JARDIM, M. J. A.; RIOS, C. T. F.; FONSECA, L. M. B.; COIMBRA, L. C. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 15, 2019. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

SILVA, A. C. A.; ANDRADE, M. S.; DA SILVA, R. S.; EVANGELISTA, T. J.; BITTENCOURT, I. S.; NASCIMENTO PAIXÃO, G. P. Fatores de Risco que Contribuem para a Ocorrência da Gravidez na Adolescência: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Cuidarte**, v. 4, n. 1, p. 531-539, 2013.

SILVA, D.G. **A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e sua interface com o Desenvolvimento Sustentável: o território como campo de prática**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Cariri, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável. Crato-CE, 2019.

SILVA, L. A.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; VIEIRA, B. D. G.; MARCHIORI, G. R. S; Santos, M. V. A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. **RevFunCare Online**. v.10, n.4, p.1014-1019, 2018.

SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.

SILVA, M. Z. N; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SOUZA, N. A.; QUEIROZ, L. L. C.; DA SILVA QUEIROZ, R. C. C.; RIBEIRO, T. S. F.; FONSECA, M. D. S. S. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, 2013.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3505-3516, 2018.

VEIGA, J. E da. **Para Entender o Desenvolvimento Sustentável**. São Paulo: Editora 34, 2015.

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, v.17, n.4, p.24-35, 2017. ISSN 2447-2131

WIESENFELD, E. La psicología ambiental y el desarrollo sostenible. ¿Cuál psicología ambiental? ¿Cuál desarrollo sostenible? **Estudios de Psicología**, Natal, v. 8, n. 2, p. 253-261, 2003.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, p. 137-149, 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AS GESTANTES

PARTE I

1. Idade _____
2. Estado Civil _____
3. Profissão _____
4. Escolaridade _____
5. Renda _____
6. Etnia _____

PARTE II

1. Você teve dificuldade de acesso para realizar o pré-natal?
2. Você conseguiu realizar pelo SUS em tempo adequado todos os exames solicitados durante as consultas do pré-natal?
3. Além dos momentos nas consultas do pré-natal foi realizado atividades educativas coletivas durante assistência ao pré-natal? Quais?
4. Houve disponibilidade na unidade de saúde durante todo o pré-natal dos medicamentos (ácido fólico, sulfato ferroso) e vacinas prescritos?
5. Os profissionais que realizaram o pré-natal lhe orientaram sobre qual maternidade seria o seu parto? Disponibilizaram a oportunidade de realizar visita na maternidade?
6. Você se sente satisfeita com o atendimento dos profissionais que realizaram as consultas do pré-natal na ESF?

Enfermeira

() Excelente () Bom () Razoável () Péssimo

Médico

() Excelente () Bom () Razoável () Péssimo

7. É previsto em Lei que a gestante tem direito a um acompanhante de sua escolha no momento do parto. Você foi informada deste direito durante o pré-natal ou na maternidade?

() Sim () Não () Não lembro

8. Na maternidade você teve o direito de ter um acompanhante?

9. É previsto que durante o pré-natal os profissionais orientem a gestante dos benefícios do parto normal. Você recebeu incentivo ao parto normal em suas consultas?

() Sim () Não () Não lembro

10. Qual tipo de parto da sua preferência?

Normal () () cesáreo

Qual o motivo da sua preferência?

11. Narre como foi o seu atendimento durante a assistência ao pré-natal.

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado Sr.(a).

Maria Anelice de Lima, portadora de CPF 473.145.323-20 da Universidade Federal do Cariri-UFCA está realizando a pesquisa intitulada: Humanização no Pré-Natal e Dimensão Social da Sustentabilidade: vivências do feminino em uma Estratégia Saúde da Família, na cidade do Crato-CE, que tem como objetivo geral Identificar o processo de humanização durante as consultas do pré-natal e suas relações com a dimensão social da sustentabilidade tomando como *locus* as vivências das gestantes nas ações da Estratégia Saúde da Família.

Por esta razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder entrevista sobre o atendimento nas consultas do pré-natal. Os riscos da pesquisa são do tipo mínimo de constrangimento que será minimizado através de uma entrevista de forma individual e garantido todo sigilo das informações fornecidas.

Os benefícios esperados com o estudo são à projeção de conhecimento para a comunidade científica através dos resultados obtidos, a possibilidade de novas descobertas sobre a temática em questão. Como também se configuram pela importância de se avaliar a humanização na assistência às gestantes nas consultas do pré-natal, e conseqüentemente contribuir para melhor qualidade no pré-natal, bem como subsidiar futuras pesquisas.

Os dados obtidos serão utilizados na elaboração da dissertação do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri (UFCA). Eu

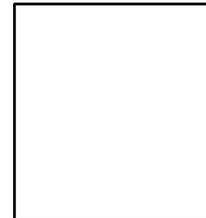
_____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, declaro que, após leitura minuciosa do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Afirmando que a pesquisa manterá o meu sigilo e anonimato, não me trará ônus ou danos enquanto participante da pesquisa. Ciência de que serão evitados desconfortos e riscos associados à exposição da minha participação no estudo, assegurando assim a segurança do anonimato e o sigilo das informações. Ciência de que para garantia do anonimato, os participantes serão identificados através de pseudônimos. Bem como está ciente dos serviços e

procedimento aos quais serei submetido (entrevista), da garantia de recusar-me a participar da pesquisa em qualquer fase, sem penalização nenhuma. Ciência dos benefícios advindos da pesquisa e de que toda informação fornecida será utilizada somente para esta pesquisa, e serão consideradas as determinações contidas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

O pesquisador responsável estará à disposição para dúvidas e esclarecimentos na Rua Vicente Francisco Alves,104 bairro Lameiro, cidade Crato Ceará ou ainda no seguinte telefone: 088 9.94426451. O voluntário também poderá ter esclarecimentos da pesquisa com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UFCA localizado à Rua Divino Salvador,284 na cidade de Barbalha Ceará ou no seguinte telefone 32219606 .Caso esteja de acordo em participar da pesquisa , deve preencher e assinar o termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia domesmo.

Crato-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante



ou Impressão dactiloscópica

Maria Anelice de Lima Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

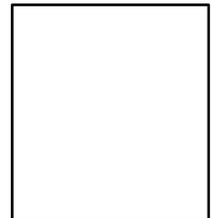
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu

_____, portador (a) do
Cadastro de Pessoa Física(CPF)número_____, declaro que, após
leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que
foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer
dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-
NATAL E DIMENSÃO SOCIAL DA SUSTENTABILIDADE: VIVÊNCIAS DO FEMININO
EM UMA ESF, NA CIDADE DO CRATO-CE, assinando o presente documento em duas vias
de igual teor e valor.

Crato, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante legal



Ou Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador