

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOSÉ MARCOS DE JESUS SANTOS**

**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO NUMA  
REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO: ANÁLISE DA REALIDADE E PROPOSTA  
DE MATRIZ DE AVALIAÇÃO**

**RIBEIRÃO PRETO  
2022**

**JOSÉ MARCOS DE JESUS SANTOS**

**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO NUMA  
REGIÃO DO NORDESTE BRASILEIRO: ANÁLISE DA REALIDADE E PROPOSTA  
DE MATRIZ DE AVALIAÇÃO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

**RIBEIRÃO PRETO  
2022**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Catálogo da publicação  
Serviço de Documentação de Enfermagem  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo

SANTOS, José Marcos de Jesus

Planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento numa região do nordeste brasileiro: análise da realidade e proposta de matriz de avaliação. Ribeirão Preto, 2022.

307 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

1. Planejamento Familiar. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Parto Normal. 4. Recém-Nascido. 5. Indicadores.

SANTOS, José Marcos de Jesus

Planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento numa região do nordeste brasileiro: análise da realidade e proposta de matriz de avaliação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: 18 / 04 / 2022

Presidente

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

# DEDICATÓRIA

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

---

---

## *Dedicatória*

Aos meus pais, **Ademe** e **Geraldo**. Obrigado por todo apoio, cuidado e paciência. Minha mãe, ou minha rainha como costume chamá-la, sempre foi e será o meu porto seguro, meu maior exemplo de amor verdadeiro, resiliência, força, humildade e humanidade. Não há palavras que expressem a minha gratidão por ser seu filho. Sua simplicidade na vida me inspira. Essa conquista é nossa! Te amo de forma incondicional, minha rainha!

Ao meu noivo, **Micael**, pelo amor, cuidado diário, compreensão e companheirismo. Obrigado por acreditar em mim, por estar comigo desde a seleção do presente doutorado, nas alegrias e nos mais diversos desafios. Obtive êxito nesta caminhada porque sempre estive ao meu lado, nos momentos bons e igualmente nos desafiadores/ruins. Sinto orgulho da nossa história, da nossa família! Ps: Quero casar!

Aos meus sobrinhos, **Evelyn, Livia, Sara, Felipe, Ewerton, Júlia e Manú**, que me dividiram com a vida acadêmica desde a graduação. Obrigado pela alegria e simplicidade de viver, pela pureza no olhar e todo amor e carinho com o tio. Amo cada um de vocês!

Aos meus irmãos, **Aérica, Lucas, Everaldino, Uelison e Robson**, pela vibração e apoio nesta caminhada. Vocês sempre estarão em meu coração!

Aos meus **tios e tias, primos e primas e avô materno**, pela felicidade com a minha aprovação no Doutorado Direto da EERP-USP. Me sinto amado e verdadeiramente em família com vocês! Agradeço, especialmente, à minha **Tia Iracema**, por ser tão presente em nossas vidas!

À minha saudosa avó materna, **Dona Izabel** (in memoriam), por me fazer sentir capaz de voar alto, por todo amor, cuidado, carinho e sabedoria de vida. Obrigado por cada palavra que me disse antes de descansar no paraíso, por ter me incentivado a lutar pelos meus sonhos. Eu sinto muito a sua falta, saudade do seu cheiro, do seu mimo e da sua comida. Sempre te amarei, minha eterna “Vó Zabé”!

---

---

A **todo(a) brasileiro(a) de família humilde**, em especial àqueles que, assim como eu, estudou somente em escolas públicas, e ainda criança e/ou adolescente neste Brasil de desigualdades e de dimensões continentais, precisou conciliar sua Educação Básica com trabalhos remunerados para contribuir com as despesas da casa. Ademais, sou também nordestino, da zona rural do interior sergipano, pardo, gay, filho de merendeira e carpinteiro, primeiro e, in(felizmente), ainda único membro da família a ingressar no Ensino Superior, e contrariando as estatísticas sociais, aqui estou: apresentando uma Tese de Doutorado Direto à EERP-USP, considerada uma das melhores universidades públicas da América Latina, em um PPG nota máxima pela CAPES! Por isso, e muito mais, devo dizer: Acredite no seu potencial e persevere na busca de seu(s) sonho(s)! Essas são as melhores reações a este sistema (...)!

A **todo(a) profissional de saúde** – aqui, em especial, àqueles que atuam na saúde materno-infantil do Brasil –, e que, à luz dos princípios bioéticos, possuem uma das missões mais bonitas e especiais: cuidar do planejamento reprodutivo, gestação, parto e nascimento, isto é, do princípio de tudo! Da geração e início da vida humana! Que as boas práticas assistenciais e a humanização deste cuidado representem, cada vez mais, a sua atuação profissional em nosso país!

Por último, e não menos importante, dedico também essa tese a você, **caro(a) leitor(a)**. Espero que o presente estudo possa contribuir em seu processo de construção de conhecimento na saúde materno-infantil! Boa leitura!

---

---

# AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

---



---

## *Agradecimentos especiais*

A **Deus**, por me presentear com a vida e a saúde, pela sua infinita bondade, destinada a mim e àqueles que amo, e pelas oportunidades de realizar meus sonhos.

À estimada **Profa. Dra. Adriana Moraes Leite**, minha orientadora no presente Doutorado Direto (DD) da EERP-USP, que me acolheu em agosto/2018 na USP Campus Ribeirão Preto (SP), antes mesmo de ingressar no DD, ensinou os primeiros passos da Pós-graduação e me incentivou de forma muito prazerosa em todo o processo, visando sempre o meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal. Agradeço pelo amplo conhecimento teórico e prático compartilhado comigo, além do respeito, credibilidade, cuidado e carinho em mim depositados. É admirável o seu amor e trajetória acadêmica/profissional na saúde materno-infantil, em especial na Enfermagem Neonatal, bem como a sua didática, que tive o privilégio de presenciar durante o Estágio PAE, a forma como inspira seus alunos e orientandos da graduação e pós-graduação. Respeito e admiro muito você, Profa. Dri! Obrigado por dividir comigo as suas conquistas, e sobretudo pela relação de amizade verdadeira que construímos, desde o princípio. Ressalto que você é uma mãe de coração para mim, presente de Deus que nem sei como agradecer. Guardarei com muito afeto cada chamada de “*Meu filhoto*”, “*Meu lindo*” e “*Meu querido*”, e cada incentivo de “*Vai dar tudo certo!*” – temos em comum essa doçura e leveza de encarar a vida (...). Finalizo esse agradecimento dizendo que foi uma grande honra para mim ser seu orientando, e também um imenso privilégio! Só tenho mesmo a agradecer-lá por tudo, e espero continuar sendo o seu aprendiz em aspectos acadêmicos/profissionais e humanos! “*Pronto*”, já estou com muita saudade! Amo muito você!

À estimada **Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi**, por ter sido meu primeiro contato remoto para tentar ingressar na Pós-graduação da EERP-USP, ainda em maio/2018. Agradeço pelas trocas de e-mail, chamadas de voz e de vídeo, por me ouvir e orientar no aprimoramento do Projeto de Pesquisa para o Doutorado Direto, e sobretudo, por ter me indicado à Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, que conforme descrevi acima, foi um dos maiores presentes que já recebi. Agradeço por seus

---

---

valiosos ensinamentos, e também por ser uma grande referência acadêmica e profissional para mim. Muito obrigado por tudo!

À estimada **Profa. Dra. Rosemar Barbosa Mendes**, minha professora de saúde materno-infantil e orientadora de TCC na graduação, uma verdadeira amiga e também mãe de coração. Obrigado pelas potencialidades enxergadas em mim entre 2015-2016, pelas oportunidades acadêmicas e profissionais apresentadas desde 2015, pelos estímulos emocionais, e até mesmo apoio material quando realmente precisei no ápice das dificuldades para concluir a graduação. Você foi meu farol no mar de áreas de conhecimento que pensei em trilhar, e serei eternamente grato por isso! Admiro muito o seu amor pela saúde materno-infantil, em especial pela Enfermagem Obstétrica, e a sua forma de ensinar e inspirar seus alunos e orientandos da graduação. Amo muito você!

À **Profa. Dra. Flávia Márcia Oliveira**, por ter me acolhido em 2014, quando ingressei na UFS, ensinado os primeiros passos da metodologia científica, me apresentado à análise estatística e inserido em vários Projetos de Pesquisa e de Extensão Universitária voltados à popularização da ciência em escolas públicas da Região Centro-Sul do Sergipe, saúde do adolescente, educação em saúde sobre IST's, entre outras temáticas. Agradeço pela amizade verdadeira, por ser também uma grande inspiração de tutora/docente e pesquisadora. Obrigado pelas orientações, conselhos e apoios, inclusive materiais, em viagens e produções acadêmicas no início da minha trajetória. Meus primeiros artigos e resumos publicados foram sob a sua orientação, e guardo isso com muito carinho! Serei eternamente grato!

---

---

# AGRADECIMENTOS

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

---

---

## *Agradecimentos*

A presente Tese de Doutorado Direto é resultado de significativas contribuições que recebi durante a minha trajetória acadêmica e profissional. O Poderoso Deus, na sua infinita bondade, concretizou todo esse processo / trajetória de forma material, com este documento.

À Profa. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro (EERP-USP), Profa. Dra. Maria Lúcia Neto de Menezes (UPE) e Profa. Dra. Rosemar Barbosa Mendes (UFS), pelas significativas contribuições à presente tese no Exame de Qualificação. Obrigado pelos ensinamentos na linha de pesquisa e inspiração de atuação no ensino, pesquisa e/ou extensão na saúde materno-infantil brasileira.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Agradeço, especialmente, aos seguintes docentes USP: Adriana Moraes Leite (orientadora), Aline Aparecida Monroe, Carmen Gracinda Silvan Scochi, Cinira Magali Fortuna, Claudia Benedita dos Santos, Débora Falleiros de Mello, Edson Zangiacomini Martinez, Flávia Azevedo Gomes-Sponholz, Ione Carvalho Pinto, Isília Aparecida Silva, Juliana Villela Bueno, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Luciana Mara Monti Fonseca, Lucila Castanheira Nascimento, Marlene Fagundes de Carvalho, Mariana Bueno, Maria Cândida de Carvalho Furtado, Moacyr Lobo da Costa Junior, Pedro Fredemir Palha, Regina Aparecida Garcia de Lima, Ricardo Alexandre Arcêncio e Rosângela Andrade Aukar de Camargo. Em nome dos funcionários da EERP-USP, agradeço, especialmente, a Adriana Pellegrini.

Ao Programa de Pós-Graduação (PPG) Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. Em especial, agradeço à Coordenação e Secretaria pelo carinho e atenção de sempre. De forma afetuosa, agradeço à Secretária Edilene Aparecida Foleto, pela paciência, mediação e disponibilidade para atender aos inúmeros contatos que realizei junto à Secretaria nesta caminhada. Agradeço também à Chefia Administrativa, Flávia Danielly Oliveira Souza, pelos diversos esclarecimentos da Pós-graduação e em outros assuntos acadêmicos correlatos. Não posso deixar de agradecer a Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto e a Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-

---

---

Sponholz, que à época de Coordenação e Vice-Coordenação do PPG, respectivamente, me proporcionaram a participação em comissões técnicas importantes, voltadas à elaboração de Relatórios SUCUPIRA anuais e quadrimestral, além de outras atividades. Muito obrigado!

Aos meus companheiros da Pós-graduação na EERP-USP, em especial Paula, Lucas, Laíse, Ellen, Jeniffer, Nayara, Rhyquelle, Carol e Bruna. Obrigado pelos momentos de descontração e de apoio.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela oportunidade de realizar esta qualificação profissional.

Ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA), pelas discussões e aprendizagens. Agradeço, em especial, à estimada Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento, por ter me recebido afetosamente ainda no final de 2018, quando visitei a EERP-USP para a entrevista do Processo Seletivo de Doutorado Direto. És uma grande referência acadêmica, profissional e de liderança para mim, e ressalto que durante o presente doutorado tive a honra e privilégio de aprender muito contigo, em comissões do Relatório SUCUPIRA e demais demandas do DEMISP (atualmente, sob sua chefia) e PPG Enfermagem em Saúde Pública. Te admiro muito, Profa. Lucila!

Aos docentes e Chefia do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio Garcia Filho, pela formação qualificada e ética na Enfermagem e pelas potencialidades acadêmicas e técnicas que em mim foram trabalhadas de 2014 a 2018. Agradeço especialmente ao Prof. Dr. Allan Dantas dos Santos, por ser inspiração e me auxiliar/incentivar neste caminhar acadêmico e profissional, inclusive no processo seletivo de Doutorado Direto na EERP-USP. Também agradeço à Coordenadora do LAPENF, Enf<sup>a</sup> Hellen Daiane Andrade e Siqueira, e aos seguintes professores da UFS: Allan Dantas dos Santos (chefia do DENL), André Sales Barreto, Andréia Centenaro Vaez, Andreia Freire de Menezes, Ana Carla Ferreira Silva dos Santos, Anny Giselly Milhome da Costa Farre, Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César, Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas, Claudiane Mahl, Déborah Danielle Tertuliano Marinho e Albuquerque, Diego Moura

---

---

Tanajura, Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro, Flávia Márcia Oliveira (orientadora), Glebson Moura Silva, Giulianna da Rocha Borges, Hertaline Menezes do Nascimento Rocha, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues, José Ronaldo Alves dos Santos, Lara Franca Vieira, Marcia Schott Souza e Silva, Maria do Socorro Claudino Barreiro, Mariângela da Silva Nunes, Rosemar Barbosa Mendes (orientadora), Simone Otilia Cabral Neves e Shirley Verônica Melo Almeida Lima. Agradeço ao Secretário Administrativo, Edcleiton Fontes Santana, que sempre foi solícito e atencioso. Em nome dos demais funcionários da UFS-Lagarto, agradeço, especialmente, aos queridos Jorge e Marcia! MUITÍSSIMO OBRIGADO!

À equipe de pesquisa e de extensão do Projeto Nascer no Caminho da Humanização da Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio Garcia Filho, em especial aos alunos de graduação em Enfermagem e Medicina que atuaram entre março e julho de 2018 na coleta de dados da presente Tese de Doutorado, sob a supervisão do autor (à época, monitor do Projeto) e da sua orientadora de TCC na graduação (à época, coordenadora do Projeto).

À equipe do Projeto Nascer em Sergipe, que por meio da Profa. Dra. Rosemar Barbosa Mendes, me acolheu e incluiu na elaboração e publicação de estudos científicos sobre a saúde materno-infantil no Estado. Agradeço, especialmente, ao Prof. Dr. Ricardo Queiroz Gurgel, pela coordenação exemplar deste projeto.

À Maternidade Zacarias Júnior, em especial ao Diretor Presidente Edivanilson Lima Rodrigues, e à Coordenadora de Enfermagem e Enfermeira Obstetra Luana Melo Dionízio, por terem apoiado a realização da coleta de dados da presente Tese.

Às mães e seus recém-nascidos, que voluntariamente participaram do presente estudo na Maternidade Zacarias Júnior. Vocês foram fundamentais na concretização deste sonho, e certamente contribuíram na tentativa de garantirmos maior qualidade na assistência pré-natal e maior utilização das boas práticas no processo de parto e nascimento da Região Centro-Sul de Sergipe. Deus abençoe a cada uma de vocês, e também ao(s) seu(s) filho(s), que na presente data estão com mais de três aninhos de vida! Desejo muito amor e saúde para as suas famílias!

---

---

Aos meus ex-alunos de graduação, enquanto atuei em 2020 e 2021 como Professor Colaborador Voluntário do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio Garcia Filho, em disciplinas de saúde da mulher e saúde da criança, além de metodologia e redação científica. Obrigado por entenderem as minhas ausências justificadas por demandas do Doutorado Direto. Vocês me presentearam com a arte da docência, e me permitiram confirmar a minha identificação com tal profissão! Desejo muito sucesso na caminhada de cada um(a)! Sigo aprendendo e me aperfeiçoando nesta arte!

Ao Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2011), sob a coordenação do então Ministro da Educação, Fernando Haddad, e também ao Governo da Presidente Dilma Rousseff (2012-2015), que em similaridade atuaram na expansão e criação de novos *campi* universitários, com foco na interiorização em diferentes Regiões do Brasil. Esse agradecimento se deve, especialmente, ao fato da criação do Campus Prof. Antônio Garcia Filho, da Universidade Federal de Sergipe, que em razão de estar localizado no município de Lagarto (SE), a apenas 55km de Tobias Barreto (SE) - minha cidade natal -, pude ter acesso ao Ensino Superior Público, e assim obter uma formação qualificada, humanizada e ética!

À Fernanda Santana, Mayra Mendonça e Carolina Anunciação, por serem, no Sergipe, as minhas referências práticas de busca e defesa por um SUS de qualidade e de respeito às diferenças, sendo universal, integral e que busca, sobretudo, viabilizar a equidade nos cuidados em saúde no município de São Cristóvão (SE). Obrigado por me apoiarem nesta caminhada de crescimento profissional! Admiro muito vocês!

À Ilustradora Canadense, Thalita Dol Essinger, por autorizar a utilização de uma de suas obras, construída em 2012 numa Marcha pela Humanização do Parto, nas indicações de seções estruturais da presente Tese de Doutorado.

À Fernanda Peres, pela disponibilização de aulas didáticas sobre análise estatística no SPSS. Parabéns pela iniciativa!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

---

---

**“O mais importante e bonito, do mundo, é isto: (...) as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, (...) elas vão sempre mudando (...).”**

Fragmentos do livro *Grande Sertão: Veredas*, de João Guimarães Rosa, 1956.

---



---

## RESUMO

SANTOS, José Marcos de Jesus. **Planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento numa região do nordeste brasileiro: análise da realidade e proposta de matriz de avaliação.** Tese (Doutorado Direto no PPG Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

No Brasil, a saúde materno-infantil apresentou avanços em ações, programas e políticas públicas a partir da década de 80. Entretanto, indicadores ainda permitem inferir uma assistência com baixa utilização de boas práticas, além de registros de desigualdades. Frente a isso, objetivou-se 1º) Analisar as prevalências de adequações e inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento em uma Região do Nordeste brasileiro e as variáveis associadas às inadequações; e 2º) Elaborar uma proposta de Matriz de Avaliação de Processo relacionada à adequação do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, com aplicação destinada a municípios e/ou estados brasileiros. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e inferencial, usando dados coletados entre março e julho de 2018 em uma maternidade de risco habitual de Lagarto (SE) – referência para seis municípios da Região Centro-Sul do Estado. Foram obtidos dados primários e secundários de 655 puérperas e seus recém-nascidos, sendo o estudo aprovado pelo CEP da UFS (2.553.774) e da EERP-USP (5.111.309). Os resultados mostraram prevalências significativas de inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, e suas respectivas associações, tendo predomínio de mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica. No planejamento reprodutivo, evidenciou-se gravidez não planejada (57,56%); gravidez na adolescência (19,08%); não recebimento de orientações sobre métodos contraceptivos (40,31%) e/ou planejamento familiar (76,34%) e desconhecimento da mulher sobre ligadura tubária (61,98%), vasectomia (60,76%), DIU (48,84%) e métodos hormonais injetáveis (27,02%). No pré-natal, identificou-se início tardio (19,54%); poucas consultas (18,78%); sem pré-natal do(a) parceiro(a) (51,43%); ausência de orientações sobre atividades para facilitar o parto (50,69%), sinais de risco/alerta na gravidez (50,54%), como inicia o trabalho de parto (39,97%), aleitamento materno exclusivo (28,33%) e complementar (47,63%) e baixa realização de exames no primeiro trimestre e, ainda mais grave, no terceiro trimestre gestacional. Na parturição, houve peregrinação no anteparto (25,95%); gestantes de alto risco com parto em maternidade de risco habitual (16,49%); ausência de acompanhante em todos os momentos (25,96%); parturientes de risco habitual em dieta zero (66,98%), sem deambulação (39,62%) e/ou utilização de método(s) não farmacológico(s) para alívio da dor (57,92%) durante o trabalho de parto; ausência de registro de utilização de partograma (99,06%); elevada prevalência de manobra de Kristeller (47,38%), posição horizontalizada (82,64%), episiotomia (43,25%), laceração (23,14%) e posicionamento não escolhido pela mulher (53,44%) no parto vaginal; decisão final pelo tipo de parto não compartilhada com a parturiente (29,77%); operação cesariana em quase metade das participantes (44,27%) e insatisfação materna com a sua participação nas tomadas de decisão (47,18%) e com a clareza das explicações por parte dos profissionais (34,81%). No nascimento, não foram ofertadas orientações às puérperas sobre os procedimentos a serem e/ou realizados no(a) filho(a) logo após o parto (55,11%) e sobre a higiene do recém-nascido (35,27%); além da não implementação de contato pele a pele (28,09%) e de amamentação (54,66%) ainda na primeira hora de vida. Portanto, confirmou-se a hipótese alternativa do estudo, sinalizando a necessidade de reorganizações de processo à luz das boas práticas assistenciais e da humanização, além de melhor viabilizar a equidade; e também foi disponibilizada a matriz de processo supracitada.

**Palavras-chave:** Planejamento Familiar. Cuidado Pré-Natal. Parto Normal. Recém-Nascido. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. Indicadores.

---

---

## ABSTRACT

SANTOS, José Marcos de Jesus. **Reproductive planning, prenatal, delivery and birth in a northeastern region of Brazil: analysis of the reality and proposal of an evaluation matrix.** Thesis (Direct PhD in the Postgraduate Program in Public Health Nursing) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

In Brazil, maternal and child health has shown advances in actions, programs, and public policies since the 1980s. However, indicators still allow inferring an assistance with low use of good practices, in addition to records of inequalities. In view of this, the objectives were 1) To analyze the prevalence of adequacy and inadequacy of reproductive planning, prenatal care, delivery, and birth in a Northeastern Region of Brazil and the variables associated with the inadequacies; and 2) To develop a proposal for a Process Evaluation Matrix related to the adequacy of reproductive planning, prenatal care, delivery, and birth, with application to Brazilian municipalities and/or states. This is a cross-sectional, descriptive, and inferential study, using data collected between March and July 2018 in a usual risk maternity hospital in Lagarto (SE) - a reference for six municipalities in the South-Central Region of the state. Primary and secondary data were obtained from 655 puerperal and their newborns, and the study was approved by the CEP of UFS (2,553,774) and EERP-USP (5,111,309). The results showed significant prevalence of inadequacies in reproductive planning, prenatal care, labor and birth, and their respective associations, with a predominance of women with greater socioeconomic vulnerability. In reproductive planning, unplanned pregnancy (57.56%), teenage pregnancy (19.08%), no contraceptive guidance (40.31%) and/or family planning (76.34%), and women's lack of knowledge about tubal ligation (61.98%), vasectomy (60.76%), IUDs (48.84%), and injectable hormonal methods (27.02%) were evidenced. In prenatal care, we identified late initiation (19.54%); few consultations (18.78%); no prenatal care from the partner (51.43%); no guidance on activities to facilitate childbirth (50.69%), risk/warning signs in pregnancy (50.54%), how labor starts (39.97%), exclusive breastfeeding (28.33%) and complementary breastfeeding (47.63%), and low performance of exams in the first trimester and, even more serious, in the third trimester. In parturition, there was pilgrimage in the antepartum (25.95%); high-risk pregnant women delivered in a usual-risk maternity hospital (16.49%); absence of a companion at all times (25.96%); usual-risk parturient on zero diet (66.98%), without walking (39.62%) and/or using non-pharmacological method(s) for pain relief (57.92%) during labor; absence of record of use of partogram (99.06%); high prevalence of Kristeller maneuver (47.38%), horizontal position (82.64%), episiotomy (43.25%), laceration (23.14%) and positioning not chosen by the woman (53.44%) in vaginal delivery; final decision for the type of delivery not shared with the parturient (29.77%); Cesarean operation in almost half of the participants (44.27%) and the mother's dissatisfaction with her participation in decision making (47.18%) and with the clarity of explanations by professionals (34.81%). **At** birth, no guidance was offered to puerperal women about the procedures to be and/or performed on the child soon after birth (55.11%) and about the hygiene of the newborn (35.27%); in addition to not implementing skin-to-skin contact (28.09%) and breastfeeding (54.66%) within the first hour of life. Therefore, the alternative hypothesis of the study was confirmed, signaling the need for process reorganizations in light of good care practices and humanization, in addition to better enabling equity; and the aforementioned process matrix was also made available.

**Keywords:** Family Planning. Prenatal Care. Natural Childbirth. Infant, Newborn. Process Assessment, Health Care. Indicators.

---

---

## RESUMEN

SANTOS, José Marcos de Jesus. **Planificación reproductiva, prenatal, parto y nacimiento en una región del noreste de Brasil: análisis de la realidad y propuesta de una matriz de evaluación.** Tesis (Doctorado Directo en PPG Enfermería en Salud Pública) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

En Brasil, la salud materno-infantil ha avanzado en acciones, programas y políticas públicas desde la década de 1980. Además, los indicadores también permiten inferir una asistencia con baja utilización de buenas prácticas, además de los registros de desigualdades. Frente a esto, el objetivo fue 1) Analizar la prevalencia de adecuación e inadecuación de la planificación reproductiva, prenatal, parto y nacimiento en una Región del Nordeste brasileño y las variables asociadas a las inadecuaciones; y 2) Desarrollar una propuesta de Matriz de Evaluación de Procesos relacionados con la adecuación de la planificación reproductiva, prenatal, parto y nacimiento, con aplicación a municipios y/o estados brasileños. Se trata de un estudio transversal, descriptivo e inferencial, con datos recogidos entre marzo y julio de 2018 en una maternidad de riesgo habitual de Lagarto (SE) - referencia para seis municipios de la Región Centro-Sur del Estado. Se obtuvieron datos primarios y secundarios de 655 puérperas y sus recién nacidos, y el estudio fue aprobado por el CEP de la UFS (2.553.774) y la EERP-USP (5.111.309). Los resultados mostraron una prevalencia significativa de inadecuación de la planificación reproductiva, prenatal, parto y nacimiento, y sus respectivas asociaciones, con predominio de las mujeres con mayor vulnerabilidad socioeconómica. En planificación reproductiva, se evidenció el embarazo no planificado (57,56%); el embarazo adolescente (19,08%); el no recibir orientación sobre métodos anticonceptivos (40,31%) y/o planificación familiar (76,34%) y el desconocimiento de las mujeres sobre ligadura de trompas (61,98%), vasectomía (60,76%), DIU (48,84%) y métodos hormonales inyectables (27,02%). En la atención prenatal, se identificó la iniciación tardía (19,54%); las pocas consultas (18,78%); la ausencia de atención prenatal por parte de la pareja (51,43%); la ausencia de orientación sobre las actividades para facilitar el parto (50,69%), los signos de riesgo/alerta en el embarazo (50,54%), cómo se inicia el parto (39,97%), la lactancia materna exclusiva (28,33%) y la complementaria (47,63%) y la baja realización de exámenes en el primer trimestre y, lo que es más grave, en el tercer trimestre del embarazo. En el parto, hubo deambulación en el parto (25,95%); gestantes de alto riesgo que dieron a luz en una maternidad de riesgo habitual (16,49%); ausencia de acompañante en todo momento (25,96%); parturientas de riesgo habitual con dieta cero (66,98%), sin andar (39,62%) y/o uso de método(s) no farmacológico(s) para el alivio del dolor (57,92%) durante el parto; ausencia de registro de uso de partograma (99,06%); Alta prevalencia de la maniobra de Kristeller (47,38%), la posición horizontal (82,64%), la episiotomía (43,25%), la laceración (23,14%) y la posición no elegida por la mujer (53,44%) en el parto vaginal; decisión final del tipo de parto no compartida con la parturienta (29,77%); operación de cesárea en casi la mitad de las participantes (44,27%) y la insatisfacción de la madre con su participación en la toma de decisiones (47,18%) y con la claridad de las explicaciones de los profesionales (34,81%). En el nacimiento, no se ofrecieron ninguna orientación a las puérperas sobre los procedimientos que debían realizarse y/o se realizaron en el niño poco después del nacimiento (55,11%) y sobre la higiene del recién nacido (35,27%); además de la no aplicación del contacto piel con piel (28,09%) y la lactancia materna (54,66%) incluso en la primera hora de vida. Por lo tanto, se confirmó la hipótesis alternativa del estudio, que señalaba la necesidad de reorganizar los procesos a la luz de las buenas prácticas de atención y la humanización, además de permitir una mayor equidad; y también se puso a disposición la mencionada matriz de procesos.

**Palabras clave:** Planificación Familiar. Atención Prenatal. Parto Normal. Recién Nacido. Evaluación de Procesos, Atención de Salud. Indicadores.

---

---

## LISTA DE FIGURAS

<b>Quantidade</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b>	Taxa de óbito materno a cada mil nascidos vivos, segundo Unidade Federativa do Brasil, de 2016 a 2020	35
<b>Figura 2</b>	Esquematização do pressuposto de possíveis associações às inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento	47
<b>Figura 3</b>	Síntese histórica da saúde materno-infantil no Brasil, 1937 a março/2022	69
<b>Figura 4</b>	Fluxograma da assistência pré-natal	81
<b>Figura 5</b>	Esquematização do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)	84
<b>Figura 6</b>	Esquematização da Rede Cegonha	86
<b>Figura 7</b>	Classificação de Robson	126
<b>Figura 8</b>	Visão geral das definições para parto prematuro e resultados de gravidez relacionados	135
<b>Figura 9</b>	Distribuição dos 75 municípios sergipanos, segundo Região de Saúde	152
<b>Figura 10</b>	Organização da Rede de Atenção Materno-Infantil do Sergipe	153
<b>Figura 11</b>	Estrutura da Maternidade Zacarias Júnior, em Lagarto (SE)	154
<b>Figura 12</b>	Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas ao planejamento reprodutivo	224
<b>Figura 13</b>	Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas à assistência pré-natal	225
<b>Figura 14</b>	Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas à assistência ao parto	226
<b>Figura 15</b>	Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas à assistência ao nascimento	227

---

---

## LISTA DE QUADROS

<b>Quantidade</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Quadro 1</b>	Síntese dos métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente no Sistema Único de Saúde do Brasil, 2022	70-71
<b>Quadro 2</b>	Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual e estratificação geral do risco ginecológico e obstétrico no pré-natal	74-78
<b>Quadro 3</b>	Modelos nacionais e internacionais de avaliação da adequação/qualidade da assistência pré-natal	88-96
<b>Quadro 4</b>	Sumário de recomendações do Ministério da Saúde na assistência ao parto vaginal	104-118
<b>Quadro 5</b>	Condições clínicas e fatores de alto risco para planejamento do parto em uma maternidade ou avaliação individualizada	118-119
<b>Quadro 6</b>	Vantagens e desvantagens do parto vaginal e da operação cesariana	121
<b>Quadro 7</b>	Sumário de recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) na operação cesariana	121-125
<b>Quadro 8</b>	Sinais para observação durante a amamentação	131-132
<b>Quadro 9</b>	Sugestões de possíveis diagnóstico de enfermagem na saúde materno-infantil a partir da NANDA e CIPE	145-147
<b>Quadro 10</b>	Variáveis obtidas a partir de dados primários (entrevista), excetuando-se apenas o levantamento de exames realizados no pré-natal	159-163
<b>Quadro 11</b>	Variáveis obtidas a partir de dados secundários (prontuários da puérpera e do recém-nascido, além do cartão ou caderneta da gestante)	163-164
<b>Quadro 12</b>	Indicadores de adequação do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento	166-169
<b>Quadro 13</b>	Transformações nas variáveis da análise estatística inferencial	170-174
<b>Quadro 14</b>	Agrupamento dos resultados descritivos em Adequações e Inadequações da Assistência à Saúde Materno-Infantil na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro	195-200
<b>Quadro 15</b>	Consolidado de fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	219-224

---

---

## LISTA DE TABELAS

Quantidade	Título	Página
<b>Tabela 1</b>	Resultados descritivos das variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	179-181
<b>Tabela 2</b>	Resultados descritivos das variáveis relacionadas ao Planejamento Reprodutivo (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	181-183
<b>Tabela 3</b>	Resultados descritivos das variáveis da assistência pré-natal (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	184-186
<b>Tabela 4</b>	Resultados descritivos das variáveis da assistência ao parto (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	187-191
<b>Tabela 5</b>	Resultados descritivos das variáveis da assistência ao nascimento (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	192-195
<b>Tabela 6</b>	Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e variáveis relacionadas às inadequações do planejamento reprodutivo (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	201-203
<b>Tabela 7</b>	Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	204-208
<b>Tabela 8</b>	Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com as inadequações da assistência ao parto (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	209-213
<b>Tabela 9</b>	Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com as inadequações da assistência ao nascimento (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018	214-219

---

---

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Adequado para a Idade Gestacional	<b>AIG</b>
Agência Nacional de Saúde Suplementar	<b>ANS</b>
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	<b>ANVISA</b>
Aleitamento Materno	<b>AM</b>
American College of Obstetricians and Gynecologists	<b>ACOG</b>
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno	<b>ATSCAM</b>
Atenção Ambulatorial Especializada	<b>AAE</b>
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância	<b>AIDPI</b>
Atenção Primária à Saúde	<b>APS</b>
Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher	<b>CAISM</b>
Comissão Intergestores Tripartite	<b>CIT</b>
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS	<b>CONITEC</b>
Comitê de Ética em Pesquisa	<b>CEP</b>
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	<b>CAPES</b>
Coordenação de Proteção Materno-Infantil	<b>CPMI</b>
Coordenação de Saúde Materno-Infantil	<b>CORSAMI</b>
Coordenação-Geral da Saúde da Mulher	<b>CGSM</b>
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	<b>DATASUS</b>
Departamento Nacional da Criança	<b>DNCr</b>
Determinantes Sociais da Saúde	<b>DSS</b>
Dispositivo Intrauterino	<b>DIU</b>
Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil	<b>DINSAMI</b>
Doutorado Direto	<b>DD</b>
equipes de Saúde da Família	<b>eSF</b>
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	<b>EERP</b>
Estatuto da Criança e do Adolescente	<b>ECA</b>
Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas	<b>UNICEF</b>
Grande para a Idade Gestacional	<b>GIG</b>
Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente	<b>GPECCA</b>
Grupo Elaborador das Diretrizes	<b>GED</b>
Hospital Guilherme Álvaro	<b>HGA</b>
Infecções Respiratórias Agudas	<b>IRA</b>
Infecções Sexualmente Transmissíveis	<b>IST</b>
Iniciativa Hospital Amigo da Criança	<b>IHAC</b>
Instituto Materno-Infantil de Pernambuco	<b>IMIP</b>
Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social	<b>INAMPS</b>
Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	<b>MNSL</b>
Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento	<b>MAPSUS-PRPPN</b>
Ministério da Educação e Saúde	<b>MES</b>
Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância	<b>NBCAL</b>
Organização das Nações Unidas	<b>ONU</b>

---

---

Organização Internacional do Trabalho	<b>OIT</b>
Organização Mundial de Saúde	<b>OMS</b>
Organização Pan-Americana da Saúde	<b>OPAS</b>
Pactuação Interfederativa de Indicadores	<b>SISPACTO</b>
Pequeno para a Idade Gestacional	<b>PIG</b>
Planejamento Familiar	<b>PF</b>
Planejamento Reprodutivo	<b>PR</b>
Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica	<b>PNaViD</b>
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	<b>PNAISC</b>
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	<b>PNAISM</b>
Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres	<b>PNAINFO</b>
Pré-parto, Parto e Puerpério	<b>PPP</b>
Programa de Assistência Integral à Mulher	<b>PAISM</b>
Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança	<b>PAISC</b>
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança	<b>PAISMC</b>
Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	<b>PHPN</b>
Programa de Nutrição em Saúde	<b>PNS</b>
Programa de Pós-Graduação	<b>PPG</b>
Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde	<b>PQA-VS</b>
Programa Nacional de Imunizações	<b>PNI</b>
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno	<b>PNIAM</b>
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	<b>PMAQ</b>
Programa Saúde na Escola	<b>PSE</b>
Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia	<b>ApiceOn</b>
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas	<b>PCDT</b>
Razão de Prevalência	<b>RP</b>
Recém-nascido	<b>RN</b>
Recém-Nascido Pré-Termo	<b>RNPT</b>
Resolução da Diretoria Colegiada	<b>RDC</b>
Ruptura Prematura de Membranas	<b>RPM</b>
Síndrome Alcoólica Fetal	<b>SAF</b>
Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres	<b>SINAPOM</b>
Sistema Único de Assistência Social	<b>SUAS</b>
Sistema Único de Saúde	<b>SUS</b>
Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente	<b>SOBRASP</b>
Statistical Package for the Social Sciences	<b>SPSS</b>
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	<b>TALE</b>
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	<b>TCLE</b>
Unidade Básica de Saúde	<b>UBS</b>
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional	<b>UCINCo</b>
Unidade de Cuidados Intermediários Canguru	<b>UCINCa</b>
Universidade de São Paulo	<b>USP</b>
Universidade Federal de Sergipe	<b>UFS</b>

---



---

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO DO AUTOR</b> .....	<b>26-32</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>33-40</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE</b> .....	<b>41-47</b>
<b>3 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	<b>48-147</b>
<b>3.1 Histórico da saúde materno-infantil no Brasil</b> .....	<b>49-69</b>
<b>3.2 Planejamento reprodutivo</b> .....	<b>70-72</b>
<b>3.3 Assistência pré-natal</b> .....	<b>72-81</b>
3.3.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) .....	82-84
3.3.2 Rede Cegonha .....	84-86
3.3.3 Modelos nacionais e internacionais de avaliação do pré-natal .....	87-96
<b>3.4 Assistência ao trabalho de parto e parto</b> .....	<b>96-126</b>
3.4.1 Parto vaginal: diretrizes assistenciais .....	103-119
3.4.2 Cesariana: diretrizes assistenciais .....	120-126
<b>3.5 Assistência à puérpera e recém-nascido</b> .....	<b>127-140</b>
3.5.1 Método Canguru .....	135-137
3.5.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) .....	137-140
<b>3.6 Importância do Monitoramento e Avaliação na saúde materno-infantil</b> .....	<b>140-143</b>
<b>3.7 Autonomia da Enfermagem na saúde materno infantil do Brasil</b> .....	<b>143-147</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>148-150</b>
4.1 Objetivos gerais .....	149
4.2 Objetivos específicos .....	149-150
<b>5 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>151-176</b>
5.1 Delineamento e local de realização do estudo .....	152-154
5.2 Critérios de inclusão e exclusão .....	155
5.3 Cálculo amostral e recrutamento .....	155-156
5.4 Instrumento e sistematização da coleta de dados .....	156-158
5.5 Estudo piloto .....	158
5.6 Descrição das variáveis e critérios de adequação e inadequação .....	158-164
5.6.1 Elaboração de proposta de Matriz de Avaliação de Processo .....	164-169
5.7 Análise estatística .....	169-175
5.8 Benefícios e riscos .....	175
5.9 Considerações éticas .....	176
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>177-235</b>
6.1 Resultados descritivos .....	178-200
6.1.1 Resultados descritivos: variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde .....	178-181

---

---

6.1.2	Resultados descritivos: variáveis relacionadas ao planejamento reprodutivo .....	181-183
6.1.3	Resultados descritivos: variáveis da assistência pré-natal .....	183-186
6.1.4	Resultados descritivos: variáveis da assistência ao parto .....	186-191
6.1.5	Resultados descritivos: variáveis da assistência ao nascimento .....	191-195
6.1.6	Resultados descritivos: agrupamentos de adequações e inadequações .....	195-200
<b>6.2</b>	<b>Resultados inferenciais .....</b>	<b>200-224</b>
6.2.1	Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas às inadequações do planejamento reprodutivo.....	200-203
6.2.2	Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal.....	203-208
6.2.3	Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com as inadequações da assistência ao parto .....	209-213
6.2.4	Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com as inadequações da assistência ao nascimento .....	213-219
6.2.5	Resultados inferenciais: agrupamentos de fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento.....	219-224
<b>6.3</b>	<b>Síntese didática dos resultados descritivos e inferenciais.....</b>	<b>224-227</b>
<b>6.4</b>	<b>Apresentação da proposta de Matriz de Avaliação de Processo no SUS – Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN) .....</b>	<b>228-235</b>
6.4.1	Introdução à MAPSUS-PRPPN.....	228-230
6.4.2	Instruções para utilização da MAPSUS-PRPPN.....	230-231
6.4.3	Apresentação da versão preliminar da MAPSUS-PRPPN.....	231-235
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>236-261</b>
7.1	<b>Discussão: Planejamento reprodutivo .....</b>	<b>237-242</b>
7.2	<b>Discussão: Pré-natal.....</b>	<b>242-250</b>
7.3	<b>Discussão: Parto.....</b>	<b>250-257</b>
7.4	<b>Discussão: Nascimento .....</b>	<b>257-261</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>262-266</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>267-290</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>291-296</b>
	<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFS.....</b>	<b>297-300</b>
	<b>ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP-USP....</b>	<b>301-305</b>
	<b>ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS.....</b>	<b>306</b>

---

## APRESENTAÇÃO DO AUTOR

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## *Apresentação do autor*

Sou José Marcos, 28 anos, natural de Tobias Barreto (SE), cidade com população estimada de 52.861 habitantes (IBGE, 2021) e localizada na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro. Meu nascimento foi auxiliado por uma parteira da Região, na zona rural (“Povoado Barriga”) do município, onde residi até a conclusão do Ensino Fundamental. Sempre estudei em escolas públicas e precisei trabalhar desde a Educação Básica para contribuir com a renda familiar, sendo o quarto filho biológico de pais muito humildes. Fui o primeiro e, in(felizmente), ainda único membro da família a concluir o Ensino Médio, e ainda mais a ingressar no Ensino Superior, seguido por Pós-graduações *lato e stricto sensu*.

Em 2012, ingressei na Licenciatura em Física do Instituto Federal de Sergipe, campus de Lagarto (SE), trancando o curso ainda no segundo semestre letivo. Em 2013, iniciei a graduação numa outra área um tanto oposta, Bacharelado em Enfermagem na Faculdade AGES, campus Paripiranga (BA) – bolsista integral PROUNI. Em 2014, através do SISU, obtive a aprovação em Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Sergipe (UFS), campus de Lagarto (SE), e assim efetuei a transferência externa da Faculdade AGES para a UFS.

Durante a minha graduação em Enfermagem na UFS (de 2014 a 2018), sempre busquei ser dedicado, estudioso e questionador (adjetivos atribuídos por meus professores), e graças ao apoio e orientações de docentes/pesquisadores, realizei diversas atividades voltadas ao ensino, pesquisa, extensão universitária e produção acadêmica, dentre as quais destaco: atuação como monitor de Laboratório Morfofuncional de Anatomia e Histologia por quatro semestres; participação em sete Projetos de Iniciação Científica (bolsista e voluntário), sete Projetos de Extensão Universitária (bolsista e voluntário), três Ligas Acadêmicas, dois Grupos de Pesquisa e 33 eventos científicos (comissão organizadora, ouvinte e ministrante); além de publicação/apresentação de 91 resumos simples, 10 resumos expandidos e 10 artigos publicados em periódicos nacionais, além de mais de 20 submissões de manuscritos. Também obtive premiações e menções honrosas enquanto graduando.

# INTRODUÇÃO

---

As aulas da graduação na UFS ocorriam em tempo integral (manhã e tarde), e devo dizer que só pude cursá-las por ser elegível aos diversos auxílios financeiros estudantis, além de ser aprovado como bolsista em projetos de pesquisa e/ou extensão universitária em todos os anos letivos. Foi um período de muitas dificuldades em casa e na Universidade, e também de aceitação e defesa da minha orientação sexual na família, amigos e sociedade. A resiliência foi uma verdadeira aliada nesse processo, e aos poucos, as conquistas acadêmicas e pessoais foram acontecendo (...). A defesa do meu Trabalho de Conclusão de Curso ocorreu em 26 de novembro de 2018, sob orientação da Profa. Dra. Rosemar Mendes, e intitulado “Qualidade da assistência pré-natal a partir de diferentes modelos nacionais e internacionais de avaliação”. Foi um momento muito significativo (...), inclusive porque, à época da apresentação, eu já estava aprovado no processo seletivo de Doutorado Direto do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública (CAPES 7) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Quanto ao Doutorado Direto, iniciei os contatos prévios com possíveis orientadores da EERP-USP em maio/2018, e sendo aprovado nas etapas do processo seletivo, mudei para Ribeirão Preto (SP) em dezembro/2018 – *Cabe aqui ponderar que, sair da graduação direto para o doutorado sem um devido preparo financeiro e/ou perspectiva de bolsa de estudo, pode ser uma realidade muito difícil de enfrentar (...). Eu passei por isso e confesso que só superei porque recebi ajuda. Fica a lição!*

Voltando ao Doutorado Direto, realizei a minha matrícula no PPG Enfermagem em Saúde Pública em 07 de janeiro de 2019, e a partir desta data, vivenciei oportunidades significativas para a minha formação: cursei disciplinas com referências nacionais e internacionais, participei de vários eventos científicos e publiquei em periódicos nacionais e internacionais de maior impacto/métrica, bem como cursei quatro pós-graduações *lato sensu*: Saúde Pública com ênfase em ESF, Enfermagem em Pediatria e Neonatologia, Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia e Informática na Saúde, cujos TCC também foram na área da saúde materno-infantil.

Considero pertinente mencionar que, previamente ao processo seletivo de Doutorado Direto, eu não conhecia nenhum docente ou aluno USP – incluí a EERP -, seja presencial ou até mesmo virtualmente, e nem tão pouco conhecia a famosa

Ribeirão Preto (SP), ainda assim, quis tentar a vaga na Pós-graduação da EERP-USP, sobretudo, pelo grande reconhecimento/prestígio nacional e internacional da Instituição. Lembro-me que, à época, pesquisei na Plataforma Sucupira quais PPG da Área Enfermagem possuíam nota máxima na avaliação da CAPES, e em todo o Brasil, só haviam três cursos com nota/conceito 7, sendo dois da EERP-USP e um da EE-USP. Assim, sonhador como sou, passei a estudar com afinco somente esses três PPG, as suas linhas de pesquisa e respectivos currículos de docentes vinculados, e muito felizmente, escolhi o PPG Enfermagem em Saúde Pública para me candidatar. Confesso que parecia ser inalcançável, por vários motivos (...), mas preferi não pensar nas dificuldades, e me dediquei da melhor forma possível às etapas da seleção. Após muitas orações enquanto aguardava o resultado, recebi via e-mail a informação de estar “Aprovado”, com as melhores pontuações e também alguns elogios.

Quero aqui convidar você, caro(a) leitor(a), a tentar imaginar a minha felicidade/euforia ao receber esse tão esperado e-mail (“Aprovado”): um rapaz de 24 anos, de uma família humilde do interior sergipano, ainda cursando o último ano de graduação em Enfermagem na UFS de Lagarto (SE), ser aprovado direto para o doutorado em um PPG nota máxima da CAPES na EERP-USP. Acredite, eu pulei MUITO, enquanto agradecia a Deus pela conquista (...). Guardo com bastante carinho aquele momento!

Em relação às minhas experiências acadêmicas e profissionais na saúde materno-infantil, apresento a seguir algumas delas:

- Professor Colaborador Voluntário em quatro semestres letivos (2020 e 2021) no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio Garcia Filho, sendo responsável pelas seguintes disciplinas (turmas): Processo de Cuidar na Saúde da Criança e do Adolescente (3 turmas) e Processo de Cuidar na Saúde da Mulher (3 turmas).
- Coordenador Adjunto de Projetos de Iniciação Científica e de Extensão Universitária voltados à Saúde Materno-Infantil, na Universidade Federal de Sergipe, Campus São Cristóvão.
- Estagiário do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE/CAPES), na etapa Estágio Supervisionado em Docência, vinculado à disciplina "Cuidado Integral à Criança e Adolescente", sob supervisão da Profa. Dra. Adriana

Moraes Leite, com atuação no Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP).

- Projetos de Extensão Universitária durante a graduação voltados à saúde materno-infantil: Grupo Amigo da Mulher (2015-2016: Atuação no Planejamento Reprodutivo em Unidades Básicas de Saúde de Lagarto, Sergipe), Nascer no Caminho da Humanização (2016-2017: Atuação nos Métodos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto na Maternidade Zacarias Júnior, em Lagarto, Sergipe), Nascer no Caminho da Humanização – Expansão (2017-2018: Atuação na Educação em Saúde sobre Pré-Natal e Parto nas Unidades Básicas de Saúde e publicações), Nascer no Caminho da Humanização – Expansão II (2018-2019: Produção científica de resumos e artigos sobre as atividades de extensão universitária em saúde materno-infantil), Fortalecimento de Educação em Saúde Pré-natal – Nascer no Caminho da Humanização (2018-2019: Atuação na Educação em Saúde sobre Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Lagarto, SE).
- Projetos de Pesquisa voltados à saúde materno-infantil: Nascer em Sergipe (Nascer no Brasil) (2016-2018), Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento (2017-2018) e Educação em saúde no pré-natal no município de São Cristóvão, Sergipe (2019-2020).
- Outras atividades de estudo/pesquisa na saúde materno-infantil durante e após a graduação: Liga Acadêmica de Enfermagem Materno-Infantil (2017-2018); Núcleo Transdisciplinar de Estudos em Saúde Coletiva (2017-2018); Grupo de Pesquisa em Fortalecimento da Atenção Integral à Saúde, com abordagem biopsicossocial da linha de pesquisa em saúde da mulher (desde 2018); Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (desde 2018); Membro de comissões técnicas do PPG Enfermagem em Saúde Pública na EERP-USP (desde 2019); Avaliador Ad hoc da Plos One (San Francisco, California, US) (2021-atual), POLIS Revista Latinoamericana (Santiago, Chile) (2021-atual) e Revista Cogitare Enfermagem (Curitiba, Paraná, BR) (2019-atual); e Avaliador do protótipo de aplicativo “Será Prematuro?”, da CHIODI, L. C. (EERP-USP) (2020).
- Reconhecimentos/Premiações na área da Saúde Materno-Infantil: Recebimento de Carta Convite da SOBRASP Sergipe para palestrar no Dia

Mundial da Segurança do Paciente, focado no tema “Cuidado Materno e Neonatal Seguro” (2021); Premiação na Iniciativa Nursing Now Brasil: Fortalecimento de Educação em Saúde Pré-Natal (COFEN e OPAS/OMS) (2021); Premiação de Melhor Trabalho na Modalidade Oral, V Jornada e VII Semana de Enfermagem da UFS (2018); Premiação de 3º Melhor Trabalho, Congresso Nacional de Enfermagem (2018); Premiação de 5º Melhor Trabalho, Congresso Nacional de Enfermagem (2018); e Prêmio Professor Dalmo Melo, XI Congresso Sergipano de Ginecologia e Obstetrícia (2018).

- (Co)Orientações de 12 TCC e 02 IC na Saúde Materno-Infantil na UFS.
- Participação como membro efetivo de 07 bancas examinadoras de TCC da EERP/USP, UFS e UNIT.
- Entrevistas na área da saúde materno-infantil: Projeto da UFS auxilia gestantes com estratégias da Rede Cegonha (2021); Projeto da UFS sobre saúde materno-infantil é apresentado no Japão: ação voltada à humanização do parto e ao direito de escolha das gestantes (2018); Projeto da UFS sobre saúde materno-infantil é destaque no Japão (2018); e Estudantes do campus Lagarto vencem categoria em congresso de Ginecologia (2018).
- Organização de eventos na área da Saúde Materno-Infantil durante a graduação: I Seminário de Humanização do Parto (2016); VI Semana de Enfermagem, com minicursos em Saúde da Mulher (2017); e Boas Práticas no Parto e Nascimento: Ações Integradas de Saúde à Mulher (2018).
- Publicação de resumos na área da Saúde Materno-Infantil em anais de eventos científicos: do total de 106 resumos simples publicados em anais, 66 são na área da saúde da mulher, e os 10 resumos expandidos publicados também são nesta área.
- Publicação de artigos científicos na área da Saúde Materno-Infantil em periódicos científicos: Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. 1-9, 2021; Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciencia & Saude Coletiva**. v. 25, p. 793-804, 2020; How is the communication of bad news being performed in Neonatal Intensive Care Units and how to improve it: a Scoping Review. **Journal of Neonatal Nursing**, v.



26, p. 1, 2020; Manejo da dor neonatal em uma maternidade de risco habitual: perspectivas de profissionais líderes da equipe de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2020; Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto em um município do Nordeste brasileiro. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. 1-12, 2020; Influence in the reproductive planning and the women's satisfaction with the discovery of being pregnant in the quality of prenatal care in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 19, 2019; Amamentação na primeira hora de vida entre mulheres do Nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, p. 1-6, 2020; Perinatal care in a northeastern brazilian state: structure, work processes, and evaluation of the components of essential newborn care. **Revista Paulista de Pediatria**, p. 1-9, 2019; Maternal characteristics and type of prenatal care associated with peregrination before childbirth. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 70, 2019; Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual. **ABCS Health Sciences**, v. 44, p. 52-57, 2019; Qualidade da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, p. 1365-1371, 2018; e Posição da parturiente durante o parto vaginal: divergência entre a prática médica e da enfermagem. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, p. 58-64, 2017.

- Em 07/06/2022: **199 citações e Índice h de 8 e i10 de 6** no Google Scholar.

Frente ao exposto, espero ter conseguido mostrar um pouco da minha trajetória acadêmica e profissional, sobretudo em projetos, produções e atividades relacionadas à saúde materno-infantil. De fato, ainda sou principiante na academia e profissão nesta área (...), e sigo com o desejo de aprender cada vez mais sobre a gestação, parto e nascimento, e de continuar trilhando esse longo caminho de defesa por mais experiências positivas no gestar, parir e lactar em nosso Brasil, à luz da humanização e das boas práticas assistenciais, em especial entre mulheres SUS dependentes!

O SUS é nosso!

A saúde é um direito de todos e dever do Estado!

O respeito à equidade é um dever de gestores e trabalhadores do SUS!

# INTRODUÇÃO

---

# INTRODUÇÃO

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência às gestantes, parturientes e recém-nascidos apresentou avanços significativos em ações, programas e políticas públicas do Ministério da Saúde a partir da década de 80. O primeiro programa com ações para a proteção da maternidade, infância e adolescência do país foi criado em 1937, e até o final da década de 70, este e os demais traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. Felizmente, depois desse período, registrou-se uma série de avanços na integralidade da saúde materno-infantil brasileira, em especial após a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, além de esforços para a qualificação da assistência pré-natal, ao parto e ao nascimento, com destaque ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e, sobretudo, à Rede Cegonha.

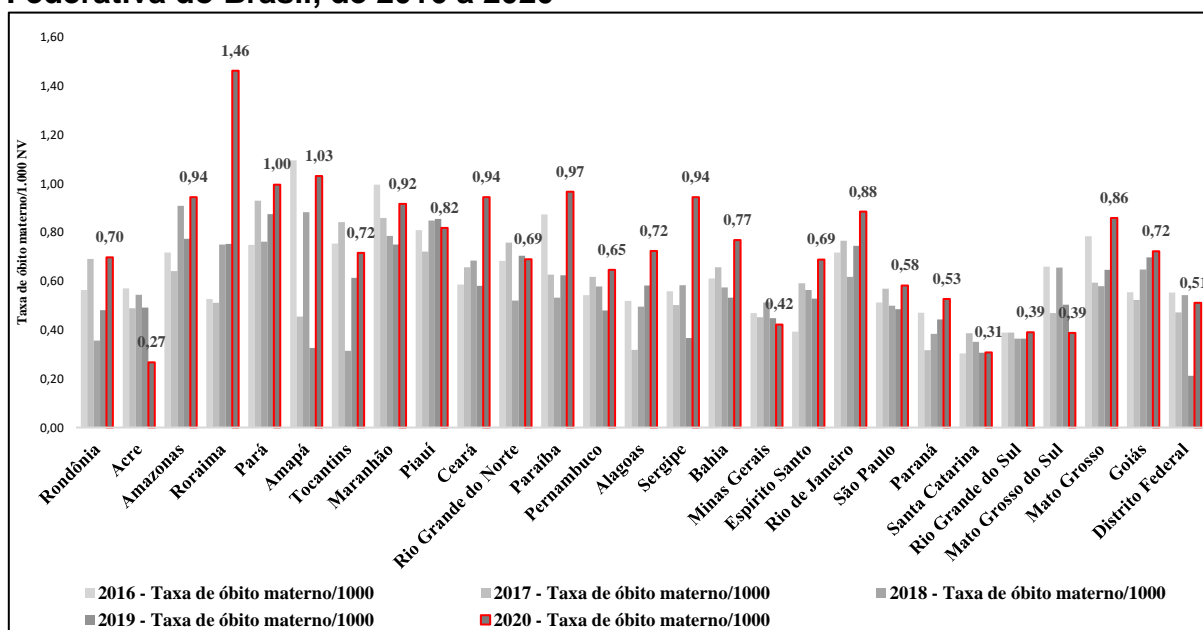
Tais avanços impactaram de forma positiva em indicadores da saúde da mulher e saúde da criança no país, sobretudo na última década. Estudo de abrangência nacional, que comparou os resultados de 136 hospitais públicos e mistos do Brasil incluídos simultaneamente na Pesquisa Nascer no Brasil (realizada em 2011) e na Avaliação da Rede Cegonha (realizada em 2017), evidenciou que a prevalência de utilização das boas práticas aumentou, em média, 150%, e de intervenções reduziu, em média, 30%. As boas práticas avaliadas foram: partograma, acompanhante no trabalho de parto, deambulação, oferta de alimentos, massagem, chuveiro/banheira e parto assistido por enfermeiro obstetra. As intervenções avaliadas foram: venóclise, ocitocina, amniotomia, litotomia, episiotomia e manobra de Kristeller. Os autores reconhecem que, no Brasil, esse resultado mostra ser mais fácil introduzir novos processos do que retirar velhas práticas consolidadas (LEAL *et al.*, 2021).

Entretanto, desde dezembro de 2019, o mundo – aqui, em especial, o Brasil – vivencia o maior desafio à saúde pública dos últimos 100 anos e, possivelmente, do século XXI: a pandemia da COVID-19, que além dos impactos socioeconômicos decorrentes das medidas de restrição, de adoecimentos físicos e mentais e de interações, com registro de mais de seis milhões de óbitos / vidas interrompidas até março/2022 (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2022) e alta mortalidade materna intra-hospitalar (SIQUEIRA *et al.*, 2022), também modificou, na prática assistencial, toda a organização da Atenção Primária à Saúde, e sobrecarregou a Atenção Secundária e

Terciária do país. Considera-se que houve prejuízos significativos em atendimentos programados de pré-natal, puericultura e de doenças crônicas, vacinação infantil de rotina, planejamento reprodutivo, exames preventivos, e em várias outras ações estratégicas e de linhas de cuidado primários e secundários para além da saúde da mulher e saúde da criança.

Cabe aqui destacar que dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) evidenciam aumento significativo, em 2020, nas taxas de óbito materno a cada mil nascidos vivos na maioria dos estados das cinco Regiões do Brasil, conforme pode ser observado na Figura 1. Como exemplo, no Sergipe, estado do Nordeste brasileiro, registrou-se em 2020 as maiores taxas de óbitos maternos e também de óbitos fetais dos últimos cinco anos (DATASUS, 2022).

**Figura 1 – Taxa de óbito materno a cada mil nascidos vivos, segundo Unidade Federativa do Brasil, de 2016 a 2020**



Elaborado pelo autor.

Método de cálculo: Total de óbitos maternos no ano na UF avaliada ÷ Total de nascidos vivos no ano na UF avaliada × 1.000 (nascidos vivos).

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) via Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Outro aspecto que requer atenção diz respeito à recente publicação da Portaria GM/MS nº 715, de 04 de abril de 2022, que instituiu no Brasil a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha – considerada por pesquisadores da saúde materno-infantil como um dos programas mais completos já criados pelo Ministério da Saúde, cujas ações abrangem desde o planejamento

reprodutivo até os dois anos de vida da criança. A referida Portaria nº 715/2022 tem provocado repúdio de importantes organizações, que solicitam a sua revogação. O CONASS e o CONASEMS divulgaram nota informando que essa publicação foi unilateral, dando ênfase à atuação do médico obstetra em detrimento do enfermeiro obstetra, além de não contemplar ações e serviços voltados às crianças e à atuação dos médicos pediatras. A ABENFO nacional também divulgou uma nota de repúdio à Portaria, ressaltando a importância do enfermeiro na garantia das boas práticas assistenciais e da humanização do cuidado à saúde da mulher e da criança. O COFEN publicou uma nota oficial contra o desmonte da Rede Cegonha, pedindo a revogação da Portaria nº 715/2022 e ressaltando a importância da enfermagem nesse processo.

Frente a esse novo cenário, entende-se que há, atualmente, ainda maior necessidade de resgate das boas práticas assistenciais voltadas à saúde da mulher e saúde da criança no país, e para isso, torna-se primordial o fortalecimento da educação na saúde, isto é, da Educação Permanente em Saúde e da Educação Continuada junto aos trabalhadores de saúde, e igualmente da Educação em Saúde junto à população/comunidade. Além do mais, antes mesmo da COVID-19, apesar dos avanços supracitados em ações, programas e políticas públicas do Ministério da Saúde, estudo nacional evidenciou que nascer no Brasil ainda é uma experiência desafiadora para a maioria das mulheres e bebês, tendo em vista o excesso de intervenções praticadas no parto vaginal e cesarianas desnecessárias, tanto no setor público quanto no privado (LEAL *et al.*, 2021). Os indicadores materno-infantis inferem uma assistência à mulher e criança com alta utilização de intervenções obstétricas e neonatais, além de registros de desigualdades raciais e sociodemográficas em serviços de saúde (ALVES *et al.*, 2021; ESPOSTI *et al.*, 2020; LEAL *et al.*, 2021).

Esses desafios requerem atenção especial em todos os níveis de gestão, e devem ser pensados à luz da humanização, que por sua vez relaciona-se à qualidade da assistência oferecida às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos, parceiro(a) da gestante e familiares. A humanização do parto diz respeito ao lugar central da mulher no processo gravídico-puerperal, tendo o direito de estar devidamente informada sobre o desenvolvimento da gravidez, parto e nascimento, para participar efetivamente das tomadas de decisão neste momento ímpar de sua vida, bem como de ser ouvida e respeitada (LEAL *et al.*, 2021).

Nesta perspectiva, dentre as inadequações encontradas em estudos nacionais, cita-se: antes da gravidez, deficiências no planejamento familiar e na

utilização de métodos contraceptivos (CANARIO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2019); na gestação, início tardio do pré-natal, número insuficiente e/ou com distribuição inadequada de consultas, baixa oferta de exames do primeiro e terceiro trimestres, deficiências nas atividades de educação em saúde e na vinculação das gestantes à maternidade de referência para o parto, e conseqüente peregrinação no anteparto (DANTAS *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2019 e 2020); na parturição, predomínio de cesarianas, ausência de alimentação e de deambulação no trabalho de parto, não utilização de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor, não preenchimento do partograma, proibição de acompanhante, uso indiscriminado de ocitocina e episiotomia, parto vaginal em posição horizontal e manobra de Kristeller (PRADO *et al.*, 2017 e 2018; LEAL *et al.*, 2021); e no nascimento, a ausência de contato pele-a-pele entre mãe e bebê e de amamentação ainda na sala de parto e/ou na primeira hora de vida (BEZERRA *et al.*, 2019; PRADO *et al.*, 2018). Isso reforça a indispensabilidade de acompanhamento/atenção às práticas assistenciais voltadas à saúde materno-infantil, no sentido de identificar os eventuais problemas e propor estratégias efetivas para melhorias.

Cabe aqui destacar, entretanto, que a avaliação da assistência oferecida em serviços de saúde é um processo complexo, e de fundamental importância para a garantia da adequação/qualidade do cuidado. Donabedian (2003) sugere que esta avaliação ocorra a partir de três tipos de informação: Estrutura, Processo e Resultado. A estrutura relaciona-se às condições nas quais os cuidados são prestados, incluindo os recursos materiais e humanos, além da organização do trabalho. O processo diz respeito à atenção à saúde propriamente dita, incluindo atividades de diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção, educação e promoção, implementadas pelos profissionais de saúde. Os resultados, por sua vez, referem-se às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) observadas nestes indivíduos, que possam ser atribuídas aos cuidados de saúde recebidos. Essas mudanças podem ser no estado de saúde, no conhecimento adquirido e/ou no comportamento de pacientes e familiares, além da própria satisfação com o atendimento prestado. O autor pressupõe a existência de relação entre Estrutura e Processo, e Processo e Resultado.

Frente a isso, ressalta-se que há vários modelos nacionais (ANVERSA *et al.*, 2012; ARATANI, 2020; BRASIL, 2000; 2011; CIARI JR; SANTOS; ALMEIDA, 1972; COUTINHO *et al.*, 2003; COIMBRA *et al.*, 2003; CARVALHO; NOVAES, 2004; CUNHA, 2017; DOMINGUES *et al.*, 2015; GOUDARD *et al.*, 2016; HOLANDA *et al.*,

2015; LEAL *et al.*, 2015; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; SILVA *et al.* 2013; TAKEDA, 1993; entre outros) e internacionais (ALEXANDER; CORNELLY, 1987; KESSNER *et al.*, 1973; KOTELCHUCK, 1994; ROSEN *et al.* 1991, entre outros) de avaliação da adequação/qualidade do pré-natal, sendo alguns mais robustos (criteriosos) que outros, fato que resulta em diferentes prevalências de adequação/qualidade a depender do modelo utilizado (SANTOS NETO *et al.*, 2013; VALE; ALMEIDA; DE ALMEIDA, 2021). Todavia, em relação ao parto e nascimento, a criação de modelos avaliativos é muito reduzida, e ainda é carente, no país, matrizes globais de avaliação da adequação/qualidade de todo o período gravídico-puerperal.

Entende-se que a avaliação da estrutura e/ou do processo e/ou do resultado da assistência prestada no parto também deve ser reforçada, uma vez que, embora a maioria dos nascimentos aconteça entre mulheres de risco habitual, isto é, sem fatores de risco para complicações ginecológicas e/ou obstétricas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), mais da metade dos partos do país ocorre por via cirúrgica (51,5%), sobretudo de forma eletiva, e muitas vezes, em discordância do desejo materno neste processo de decisão pela via de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2020). Autores defendem que a cesariana possui maior frequência de práticas prejudiciais, piores resultados neonatais e maiores taxas de infecções puerperais (MEDEIROS *et al.*, 2019). Além disso, estudo mostrou que a maioria dos médicos obstetras brasileiros realiza a cesariana como forma de exercer a Medicina Defensiva, com decisões por medo de litígios, e não, essencialmente, para o benefício das mulheres. Trata-se de uma prática moral e eticamente questionável, uma vez que aumenta os custos dos serviços de saúde e representa riscos de morbimortalidade ao binômio mãe-filho. Apontou-se que a obstetrícia é uma das áreas médicas com maior risco de processos judiciais, fato que torna o medo do litígio um dos principais fatores na realização das cesarianas no Brasil (RUDEY; LEAL; REGO, 2021).

Em relação à assistência ao nascimento/recém-nascido, cita-se um estudo de abrangência estadual realizado em Sergipe, no qual evidenciou-se que pouco mais da metade das maternidades (54,5%) realiza a classificação de risco e somente 36,3% possuem protocolos para atendimento das parturientes de alto risco. Apenas 18% das puérperas referiram a presença do acompanhante em todos os momentos do parto, 33,1% amamentaram na primeira hora de vida e 41% implementaram contato pele a pele logo após o parto (BEZERRA *et al.*, 2019). Tais achados permitem inferir que a

coordenação adequada do cuidado à saúde de mulheres e recém-nascidos ainda é um desafio a ser superado, independentemente se serviço público, misto ou privado.

Sabe-se que a amamentação é uma importante prática defendida no mundo. No Brasil, cita-se principalmente a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio da qual foram estabelecidos dez passos prioritários para o sucesso do aleitamento materno, contribuintes no aumento da prevalência e na duração da amamentação (SILVA *et al.*, 2018). O credenciamento de hospitais brasileiros na IHAC aumentou em duas vezes a chance de uma criança ser amamentada na primeira hora (CARVALHO *et al.*, 2016). Todavia, estudos nacionais realizados no Nordeste, inclusive em maternidades credenciadas na IHAC, mostraram uma realidade diferente, com baixo cumprimento do quarto passo desta iniciativa (JESUS *et al.*, 2020; SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

Em relação à peregrinação no anteparto, caracterizada pela busca da parturiente por mais de um serviço de saúde para o parto, faz-se necessária a efetivação do direito das gestantes à vinculação prévia à maternidade de referência (MENDES *et al.*, 2019). Compreende-se que a garantia deste direito no pré-natal da Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil ainda requer ajustes estruturais e de processos de trabalho, com maior investimento por parte do Governo Federal para garantir transportes nas visitas às maternidades, e também o estabelecimento de fluxos/articulações entre os trabalhadores da APS e da assistência à parturição.

A prematuridade é um outro desfecho que requer atenção na saúde materno-infantil, sendo uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. Autores evidenciam que, quanto mais jovem a gestante, maior a chance de ocorrer parto prematuro espontâneo (ALMEIDA *et al.*, 2020). Neste aspecto, estima-se que, a cada ano, no Brasil, cerca de 1,1 milhão de adolescentes engravidam e cerca de 20% de todos os recém-nascidos nascem de mães adolescentes, além de haver uma forte associação entre a gravidez na adolescência e as características ambientais, de forma que adolescentes que vivem em ambientes de alta vulnerabilidade apresentam maior risco de gravidez precoce (MARTINEZ; ROZA, 2020). Desse modo, entende-se que a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública multidimensional, com necessidade de atuação intersetorial e multidisciplinar.

Constata-se também que as taxas de mortalidade infantil vêm diminuindo em muitos países de baixa e média renda, incluindo o Brasil. Entretanto, apesar deste progresso observado em série histórica, as taxas atuais de mortalidade infantil do país



permanecem substancialmente maiores do que as observadas em países de alta renda, e as desigualdades sociais e étnicas persistem (MENEZES *et al.*, 2019). Assim, diante do exposto, as questões de pesquisa da presente Tese de Doutorado Direto foram as seguintes:

1) De que forma pode ser feita uma avaliação de processo da adequação / qualidade do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento em uma única matriz?

2) Qual a prevalência de adequações e inadequações relacionadas ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento entre mulheres e/ou recém-nascidos da Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro?

3) Quais as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas com as inadequações do planejamento reprodutivo?

4) Quais as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal?

5) Quais as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com inadequações da assistência ao parto? e

6) Quais as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com inadequações da assistência ao nascimento?

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

---

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 2 JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

Inicia-se a presente seção com uma citação direta de um Editorial do Nacer no Brasil, de autoria das Professoras Dra. Maria do Carmo Leal e Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama, publicado no Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ):

Nacer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento (LEAL; DA GAMA, 2014, p. 1).

Esta afirmação está pautada em evidências do inquérito nacional “Nacer no Brasil”, publicadas em 2014 no Suplemento 1, Volume 1, do Cadernos de Saúde Pública, e corrobora achados de inadequações no pré-natal, parto e nascimento de outros estudos nacionais na área da saúde da mulher e saúde da criança, inclusive realizados no Sergipe (BEZERRA *et al.*, 2019; DANTAS *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2019 e 2020; PRADO *et al.*, 2017 e 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Ademais, sabe-se que o Brasil não atingiu as metas de redução da mortalidade materna e infantil propostas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 (MENEZES; BEZERRA; BEZERRA, 2015), e segue com esse desafio nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Os ODS são objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030 no Brasil, trazendo metas que incluem a saúde materno-infantil dentre as prioridades, além de outras vertentes da vida humana e meio ambiente.

Nesse contexto de inadequações assistenciais e de desafios no alcance de metas, torna-se pertinente reconhecer que o Brasil tem buscado avançar em ações, programas e políticas públicas do Ministério da Saúde nas últimas décadas. No entanto, considera-se ainda incipientes as atividades de acompanhamento da efetiva implementação destas iniciativas em estados / municípios, com aplicação regular dos processos de monitoramento e avaliação das chamadas “boas práticas de atenção à saúde da mulher e saúde da criança”, no sentido de tornar a teoria cada vez mais real / presente na prática assistencial, e sobretudo de apoiar nas possíveis dificuldades operacionais que venham a ser identificadas nas diferentes localidades.

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

---

Para tanto, é primordial a realização frequente de estudos de avaliação da adequação / qualidade da assistência prestada em todo o período gravídico-puerperal (pré-natal, parto e nascimento), incluindo também o planejamento reprodutivo, nas cinco Regiões do país. Isso permitirá identificar as fragilidades e atuar na revisão de processos de trabalho com base em evidências locais, adotando as recomendações ministeriais e de órgãos competentes vigentes.

Reforça-se, todavia, que apesar de existirem vários modelos nacionais (ANVERSA *et al.*, 2012; ARATANI, 2020; BRASIL, 2000; 2011; CIARI JR; SANTOS; ALMEIDA, 1972; COUTINHO *et al.*, 2003; COIMBRA *et al.*, 2003; CARVALHO; NOVAES, 2004; CUNHA, 2017; DOMINGUES *et al.*, 2015; GOUDARD *et al.*, 2016; HOLANDA *et al.*, 2015; LEAL *et al.*, 2015; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001; SILVA *et al.* 2013; TAKEDA, 1993; entre outros) e internacionais (ALEXANDER; CORNELLY, 1987; KESSNER *et al.*, 1973; KOTELCHUCK, 1994; ROSEN *et al.* 1991, entre outros) de avaliação da adequação / qualidade do pré-natal, sendo alguns mais robustos (criteriosos) que outros, a disponibilidade de instrumentos de avaliação da assistência ao parto e nascimento ainda é principiante no Brasil, e muito mais de matrizes únicas de avaliação da adequação/qualidade de todo o período gravídico-puerperal.

Assim, a presente Tese de Doutorado Direto propõe uma “Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento” (MAPSUS-PRPPN), adaptada ao referencial Donabedian (2003), com indicadores de adequação elaborados a partir de dispositivos legais e recomendações do Ministério da Saúde sobre planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento. A MAPSUS-PRPPN é uma ferramenta original para avaliação global da adequação da assistência à saúde materno-infantil em territórios brasileiros, tendo como público-alvo puérperas de qualquer idade cuja realização do pré-natal, parto e nascimento ocorreram, integral (100%) ou em sua maior parte (51% ou mais), no Sistema Único de Saúde (SUS). Possui um total de 50 indicadores de adequação, distribuídos entre quatro dimensões avaliativas e interligadas: Dimensão I (Planejamento Reprodutivo – 7 indicadores), Dimensão II (Assistência Pré-natal – 23 indicadores), Dimensão III (Assistência ao Parto – 11 indicadores) e Dimensão IV (Assistência ao Nascimento – 9 indicadores), e para cada indicador o seu respectivo método de cálculo. Nesta matriz, estabeleceu-se, para cálculo do Índice Final de Adequação (IFA) (varia de 0 a 10), o mesmo peso (2,5) para as quatro dimensões.

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

---

Além disso, acredita-se, sobretudo, que a pouca disponibilidade de publicações nacionais que analisem fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento pode também ser um fator desfavorável para a minimização destas problemáticas de Processo, e um dos entraves para a formulação e/ou implementação de medidas resolutivas voltadas às diferentes realidades. Nesse aspecto, justifica-se a relevância da presente Tese de Doutorado Direto ao contribuir para o entendimento mais direcionado da prevalência e dos fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento de uma Região do Nordeste brasileiro.

Adotou-se como pressuposto possíveis associações às inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, da seguinte forma:

- Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas (faixa etária, raça/cor da pele, zona de moradia, escolaridade, situação conjugal, total de pessoas que reside na casa – incluindo a mulher -, trabalho remunerado, renda familiar total, número de gestações e abortos) possivelmente associadas às inadequações do planejamento reprodutivo (gravidez na adolescência, gravidez não planejada, não recebimento de orientações sobre métodos contraceptivos e não recebimento de orientações sobre planejamento familiar, entre outras);
- Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo possivelmente associadas às inadequações da assistência pré-natal (início tardio do pré-natal, realização de  $\leq$  cinco consultas, ausência de pré-natal do parceiro, não recebimento de orientações sobre a maternidade de referência para o parto, não recebimento de orientações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e não recebimento de orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida, entre outras);
- Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal possivelmente associadas às inadequações da assistência ao parto (peregrinação no anteparto, não ter acompanhante em todos os momentos da parturição, decisão final pela via de

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

---

parto não compartilhada com a gestante, parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas, entre outras); e

- Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal e ao parto possivelmente associadas às inadequações da assistência ao nascimento (não ser informada sobre os procedimentos realizados no recém-nascido logo após o nascimento, não implementar contato pele a pele na primeira hora de vida do recém-nascido, não amamentar na primeira hora de vida do recém-nascido e não receber orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido, entre outras), conforme esquematizado na Figura 2 (página seguinte).

Portanto, a hipótese alternativa a ser testada é que há inadequações assistenciais (de Processo) relacionadas ao Planejamento Reprodutivo, à Assistência Pré-natal, Assistência ao Parto e Assistência ao Nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, sobretudo entre mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica. Autores discutem que o termo vulnerabilidade foi inserido no léxico das políticas públicas brasileiras de seguridade social não contributiva orientando a abrangência de suas ofertas, e que a imprecisão conceitual do termo ainda permanece, demandando trabalhos mais aprofundados. Todavia, nos estudos levantados na área da saúde, considerar fatores que transcendem o biológico, quando se fala de sujeitos em vulnerabilidade, foi a tônica (CARMO; GUIZARDI, 2018).

No presente estudo, considerou-se como “maior vulnerabilidade socioeconômica” as mulheres que referiram possuir renda familiar de até 1 (um) salário mínimo e com baixa escolaridade (não estudou ou ensino fundamental) à época da pesquisa, além de outros aspectos biossociais associados, cuja análise estatística se deu de forma individualizada a cada característica/variável.

Desse modo, espera-se evidenciar, nos resultados inferenciais, as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas com as inadequações do planejamento reprodutivo; as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal; as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com as inadequações da assistência ao parto; e as associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas,

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

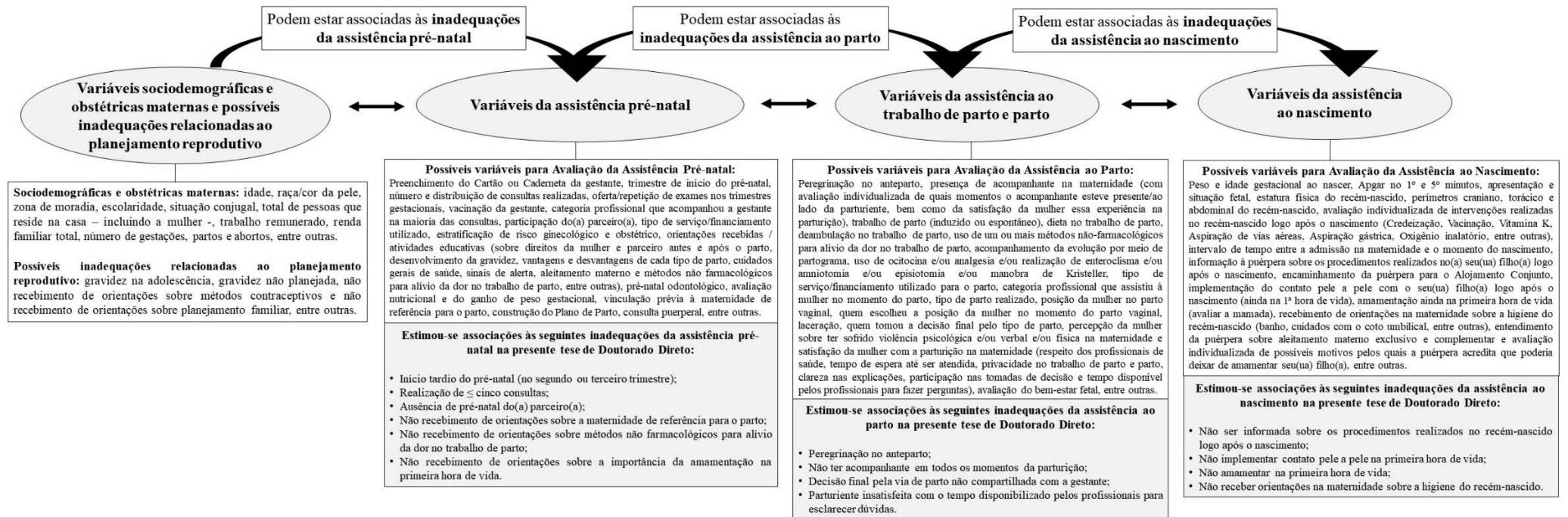
---

relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com as inadequações da assistência ao nascimento.

Por fim, compreende-se que esse conhecimento é importante para que os profissionais de saúde, atuantes na saúde materno-infantil, possam atentar-se aos possíveis perfis de mulheres e/ou de recém-nascidos e de condições assistenciais do pré-natal e/ou do parto e/ou do nascimento que requerem, respectivamente, cuidados especiais na assistência antes e após o parto e ajustes/reorganizações de processos de trabalho.

# JUSTIFICATIVA E HIPÓTESE

Figura 2 – Esquematisação do pressuposto de possíveis associações às inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento



Elaborado pelo autor.



## REVISÃO TEÓRICA

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 3 REVISÃO TEÓRICA

A presente seção foi realizada a partir da busca de estudos em bases da saúde (LILACS, PUBMED/MEDLINE, EMBASE e CINAHL), bases multidisciplinares (SCOPUS, WEB OF SCIENCE e SciELO – Biblioteca Eletrônica) e portais de pesquisa (BVS e Periódicos CAPES – consulta de literatura cinzenta). Realizou-se também buscas em bibliotecas eletrônicas de Instituições de Ensino Superior nacionais e Google Acadêmico, além de consultas aos portais oficiais do Ministério da Saúde.

### 3.1 Histórico da saúde materno-infantil no Brasil

No Brasil, em 1937, durante o Estado Novo, instituiu-se o primeiro programa nacional com ações para a proteção da maternidade, infância e adolescência, sob o Governo de Getúlio Vargas e responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado por Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. Em 1953, garantiu-se o direito à licença maternidade de, no mínimo, 12 semanas, com a convenção nº 103 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (ratificada no Brasil em 1966). Ainda neste ano, houve o desmembramento do MES, sendo o Ministério da Saúde instituído em 25 de julho de 1953, e por sua vez incorporou e assumiu as ações até então de responsabilidade do DNCr – coordenou a assistência materno-infantil no país até o ano de 1969. Em 1970, criou-se a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica. A CPMI tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no Brasil, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que os programas criados nas décadas de 30, 50 e 70 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. A partir da década de 80, registrou-se uma série de avanços na integralidade da saúde materno-infantil brasileira, em especial após o PAISM (na saúde da mulher) e PAISC (na saúde da criança), conforme evolução cronológica apresentada a seguir (BRASIL, 1978; 1986a; 1986b; 1993a;

1993b; 1994; 1995; 1997a; 1997b; 1998; 2000a; 2000b; 2000c; 2000d; 2002a; 2002b; 2004a; 2004b; 2004c; 2004d; ; 2005a; 2005b; 2005c; 2005d; 2007a; 2007b; 2009a; 2009b; 2009c; 2009d; 2009e; 2010; 2011a; 2011b; 2011c; 2012; 2013; GIFFIN, 1991; MACÊDO, 2016):

- **1970:** Publicação do Decreto nº 66.623, de 22 de maio, que definiu a organização administrativa do Ministério da Saúde, e no Art. 26º trouxe que “a **Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI)** dirigida por um Coordenador, tem por finalidade planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência”.
- **1973:** Publicação da Lei 6.259, de 30 de outubro, que do Art. 3º ao 6º dispõe sobre o **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**.
- **1975:** Divulgação da primeira versão do **Cartão da Criança**. Publicação da Lei 6.202, de 17 de abril, que atribui à estudante gestante o regime de exercícios domiciliares. Ainda neste ano, houve também a criação do **Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil**, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O objetivo era concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. O Programa compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do **Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN)**; Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos. Publicação da Lei nº 6.202, que garantiu à estudante grávida o direito à **licença-maternidade sem prejuízo do período escolar**.
- **1976:** A Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) passou a chamar-se **Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI)**. Vinculada à Secretaria

Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente no Brasil.

- **1977:** Publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 452, que definiu **vacinas obrigatórias para menores de um ano** (contra tuberculose, poliomielite, difteria, tétano e coqueluche).
- **1981:** Publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 42, instituiu o Grupo Técnico-Executivo do **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)**.
- **1982:** Publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 298, que instituiu o grupo de trabalho para coordenar as ações dos programas de suplementação alimentar, incentivo ao aleitamento materno e controle de doenças diarreicas.
- **1983:** O Ministério da Saúde, por meio da DINSAMI, elaborou o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)**. O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. Ainda neste ano, com a publicação da Portaria Inamps/MS nº 18, estabeleceu-se normas e se tornou obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24h por dia, através do **Sistema de Alojamento Conjunto** nos hospitais públicos e conveniados do Brasil.
- **1984:** O PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)** e **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)**. Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desses dois grandes grupos populacionais, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS). O PAISM relacionava-se à assistência pré-natal; prevenção

da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário e promoção ao parto normal. O PAISC relacionava-se ao crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações e assistência ao recém-nascido.

- **1986:** Publicação da **Resolução nº 123 do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS)**, de 27 de maio, que incorpora o PAISM na sua política de atendimento e amplia as formulações do Ministério da Saúde, acrescentando à concepção de atenção integral à saúde da mulher a necessidade de um atendimento amplo: "às especificidades da mulher, em todas as fases de sua vida, em todos os níveis institucionais, dos serviços próprios da Instituição (INAMPS), até os contratados e conveniados com terceiros". Foram considerados como riscos às mulheres os "oriundos do processo produtivo, do trabalho doméstico, do exercício da maternidade ou da exposição a quaisquer violências, tendo em vista assegurar a resolutividade do atendimento na sua abrangência médico-social". Ainda neste ano, houve também a publicação da Portaria do Ministério da Educação que instituiu a obrigatoriedade do Alojamento Conjunto em hospitais universitários.
- **1988:** Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da norma para comercialização de alimentos para lactentes (resolução nº 5). Essa norma aprovou o **Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno**. Ainda neste ano, houve a publicação de duas Portarias importantes do Ministério da Saúde (nº 321 e nº 322). A Portaria nº 321 estabeleceu as **normas e padrões mínimos para a construção, instalação e funcionamento de creches**, em todo o território nacional. Previa uma sala de apoio à amamentação, definida como "Elemento destinado à recepção das mães que necessitam amamentar os filhos que se encontram sob a proteção e cuidados da creche, devendo contar com equipamento apropriado". A Portaria nº 322 regulou a instalação e funcionamento dos **Bancos de Leite Humanos** do país. Criação do **Cartão da Gestante**, onde eram anotados as características demográficas maternas, histórico reprodutivo,

realização de alguns exames clínicos e laboratoriais e morbidades pré-existentes. Cita-se ainda um dos marcos históricos mais importantes para a saúde brasileira, a implantação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, em especial a partir dos Art. 196 e Art. 198 da Constituição Federal, sendo por sua vez regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e ainda recentemente atualizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

- **1990:** A DINSAMI passou a ser denominada **Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI)**, que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, compreendendo ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos. A CORSAMI era subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério, e estavam hierarquicamente ligados a ela dois serviços de atenção a esses grupos populacionais: Serviços de Assistência à Saúde da Mulher e Serviço de Assistência à Saúde da Criança. Ainda neste ano, houve a aprovação do código de defesa do consumidor, que trouxe artigos da **Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes**. Foi também publicada a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho, que dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**, e do Art. 7º ao 14º trata do direito da criança e do adolescente à vida e à saúde. Cita-se, por fim, a publicação da Portaria nº 1.390, que instituiu a **Comissão Central de Banco de Leite Humano**.
- **1992:** Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, do novo texto da norma para comercialização de alimentos para lactentes (resolução nº 31), que trazia itens específicos sobre o uso de bicos e mamadeiras. Ainda neste ano, houve também o acordo mundial entre o Unicef e a OMS, com a associação internacional de fabricantes de alimentos, que juntos definiram o **cessar de fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais do Brasil**.

- **1993:** Publicação da Portaria MS/GM nº 1.016, que definiu as **normas básicas para implantação do Alojamento Conjunto**.
- **1994:** Publicação de Parecer nº 62, que redefiniu as penalidades para as infrações à norma de comercialização dos substitutos do leite materno. Ainda neste ano, houve também a publicação de outros quatro documentos legais importantes: Portaria MS nº 1.113, Portaria SAS/MS nº 155, Portaria SAS/MS nº 96 e Resolução CNS/MS nº 146. A Portaria MS nº 1.113 assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao Sistema Único de Saúde. A Portaria SAS/MS nº 155 estabeleceu as **diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança** no Brasil. A Portaria SAS/MS nº 96 definiu o atendimento ao recém-nascido na sala de parto quanto ao pagamento do pediatra e neonatologista. A Resolução CNS/MS nº 146 indicou, aos Conselhos de Saúde, que desenvolvam política para realização do rastreamento neonatal, para diagnóstico precoce da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito, para o alojamento conjunto e utilização do cartão da criança a partir do nascimento.
- **1995:** A Sociedade Brasileira de Pediatria definiu um conjunto de **20 Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados** no Brasil, publicados em Documento Científico do Departamento de Cuidados Hospitalares e do Departamento de Defesa dos Direitos da Criança.
- **1996:** Sancionou-se a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro, que trata do **Planejamento Familiar**, estabelecendo as penalidades e outras providências correlatas, a exemplo da proibição de utilização de ações para qualquer tipo de controle demográfico. Houve também a publicação da Portaria GM/MS nº 2.415, que determinou as **medidas para prevenção da contaminação pelo HIV por intermédio do aleitamento materno**. Além disso, ainda neste ano, a CORSAMI foi extinta por meio da Portaria nº 2.179, de 1º de novembro, dando lugar à **Coordenação de Saúde da Mulher** e à **Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente**, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

- **1997:** Implantação da **Estratégia AIDPI** (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), com início nos estados do Ceará, Pará, Pernambuco e Sergipe, e adesão gradativa dos demais Estados brasileiros a partir de então. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle dos agravos à saúde: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros. A operacionalização dessa estratégia vem sendo efetivada principalmente pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e capilarizada em todo território nacional. Ainda neste ano, houve também a publicação da Lei nº 9.534, de 10 de dezembro, que garantiu a **Gratuidade do Registro Civil de Nascimento** (Primeira Certidão de Nascimento).
- **1998:** As coordenações de Saúde da Mulher e de Saúde da Criança e do Adolescente foram substituídas pelas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Neste mesmo ano, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi extinto, e suas ações incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a designar-se “**Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM)**”. Ainda neste ano, houve também a publicação de duas Portarias importantes (nº 3.016 e nº 3.432). A Portaria GM/MS nº 3.016 instituiu o **Programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco**. A Portaria GM/MS nº 3.432 estabeleceu **critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Terapia Intensiva**. Além disso, a Constituição Federal trouxe no Art. 226º, parágrafo 7, que “(...) o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.
- **1999:** Em evento realizado no dia 08 de dezembro no Rio de Janeiro, no auditório do BNDES, a **Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru** foi lançada e apresentada pelo então Ministro da Saúde



à comunidade científica brasileira. Ainda neste ano, houve a publicação de três Portarias importantes (MS nº 50 e nº 812, e GM nº 1.091). A Portaria MS nº 50 instituiu a Comissão Nacional de BLH na Secretaria de Políticas de Saúde, com finalidade de prestar assessoramento técnico na direção e coordenação federal das ações de BLH em todo o território nacional. A Portaria MS nº 812 aprovou o Plano de Trabalho que tinha como objetivo a implantação do “**Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano**”. A Portaria GM nº 1.091 criou a **Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal** no âmbito do SUS para atendimento ao recém-nascido de médio risco.

- **2000:** Publicação da Portaria GM/MS nº 569, que instituiu o **Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN)**, e das Portarias GM/MS nº 570, 571 e 572, que instituíram os componentes do PHPN: I - Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS (nº 570), II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS (nº 571), e III – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto (nº 572), além de garantir a presença de pediatra/neonatalogista na sala de parto. Houve também a publicação Portaria GM nº 072, que incluiu na tabela de procedimentos do SIH/SUS o atendimento ao recém-nascido de baixo peso, além da Portaria GM/MS nº 693, que aprovou a **Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru**, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.
- **2001:** Publicação de três Portarias importantes do Ministério da Saúde (nº 822, nº 1.968 e nº 2.051). A Portaria MS nº 822 criou o **Programa Nacional de Triagem Neonatal**. A Portaria MS nº 1.968 tratou da **comunicação de casos suspeitos de maus tratos contra crianças**. A Portaria MS nº 2.051 estabeleceu os **novos critérios da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras**.
- **2002:** Publicação de seis dispositivos legais importantes: Portaria GM/MS nº 698, que definiu a estrutura e as **normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano**; Portaria GM/MS nº 2.104, que instituiu no âmbito do SUS o **Projeto Nascer Maternidades**, mais relacionado ao enfrentamento da transmissão

vertical do HIV e sífilis; Portaria GM/MS nº 938, que incluiu na tabela de procedimentos do SIH/SUS o incentivo ao registro civil de nascimento; Portaria GM/MS nº 1.069, que definiu mecanismos de ampliação do acesso dos portadores triados no Programa de Triagem Neonatal ao tratamento e acompanhamento das doenças diagnosticadas; Portaria GM/MS nº 1.343, que incluiu na tabela de procedimento do SIH/SUS o atendimento da gestante de alto risco em hospitais de referência; e por fim, das RDC ANVISA nº 221 e 222, que complementam a Portaria nº 2.051/2001, sobre normas para comercialização de alimentos para lactentes.

- **2003:** Publicação de três dispositivos legais importantes: Portaria GM/MS nº 728, que instituiu o **Prêmio Fernando Figueira**, que por sua vez é destinado ao reconhecimento de estabelecimentos hospitalares com atendimento pediátrico e incentivo ao aleitamento materno; Portaria GM/MS nº 1.893, que instituiu o dia 1º de outubro como o **Dia Nacional de Doação do Leite Humano**; Portaria GM/MS nº 1.930, que qualificou estados para o recebimento de recursos adicionais para disponibilização da **fórmula infantil às crianças expostas ao HIV verticalmente**.
- **2004:** Publicação de quatro dispositivos legais importantes: Portaria MS nº 1.117, que definiu valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança; Portaria MS nº 1907, que instituiu o **Prêmio Nacional Bibi Vogel** destinado ao reconhecimento de municípios com ações inovadoras na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; Portaria SAS/MS nº 756, que estabeleceu normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança; e Portaria GM/MS nº 1.258 que instituiu o **Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal**. Ainda neste ano, houve a criação da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**, o **Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal** e o **Programa Brasil Sem Homofobia**. A PNAISM foi concebida em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde, e com segmentos do movimento de mulheres. Os documentos da PNAISM incorporam, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de

violência doméstica e sexual, além de outras vertentes. O Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado pelo presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, e aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite. A previsão deste Pacto era reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006, e em 75% até 2015. O Programa Brasil Sem Homofobia, por sua vez, foi lançado a partir de uma série de discussões entre o Governo Federal e a sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a cidadania e os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação. Cita-se ainda a criação do **Prêmio ODM Brasil**, que incentiva ações, programas e projetos que contribuam efetivamente para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que por sua vez inclui a saúde da mulher e saúde da criança.

- **2005:** Publicação de dispositivos legais importantes: Portaria GM/MS nº 427, que instituiu a **Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**; Lei Federal nº 11.108, que alterou a Lei nº 8.080, de 1990, para garantir às parturientes o **direito à presença de acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**, no âmbito SUS; Portaria MS nº 386, que aprovou o regimento interno da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Portaria GM/MS nº 2.418, que regulamentou a presença do acompanhante para mulheres gestantes; Portaria GM/MS nº 964, que aprovou a resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo “Informação básica comum para Caderneta de Saúde da Criança”; Portaria GM/MS nº 1.058, que instituiu a disponibilização gratuita da **Caderneta de Saúde da Criança**; Portaria nº 1.449, que instituiu o grupo de trabalho com o objetivo de estabelecer critérios para o primeiro monitoramento oficial da NBCAL; Portaria GM/MS nº 2.261, de 23 de novembro, que estabeleceu as **Diretrizes de Instalação e Funcionamento das Brinquedotecas nas Unidades de Saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação**; e Portaria GM/MS nº 1.067, de julho, que instituiu **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**, que seria organizada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as secretarias de Saúde dos Estados,

dos Municípios e do Distrito Federal, e por sua vez inclui ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde estão no escopo dessa política. Ademais, em 22 de março deste ano, o Ministério da Saúde lançou a **Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos**, que dentre as diretrizes e ações propostas estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS, capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva, ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS, implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento, entre outras ações. Cita-se também a Portaria nº 426, que instituiu a **Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**, sendo constituída por três componentes fundamentais – Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade, e definindo que apenas serviços de referência de Alta Complexidade estão habilitados a realizar os procedimentos de fertilização in vitro no Brasil.

- **2006:** Publicação de dispositivos legais importantes: Lei 11.265, que regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância; Resolução RDC nº 171, que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano; Portaria MS nº 618, que instituiu o **Comitê Nacional de Aleitamento Materno** do Ministério da Saúde; Portaria GM/MS nº 1.602, que instituiu os calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso; Portaria GM/MS nº 2.193, que definiu a estrutura e funcionamento dos Bancos de Leite Humano; e Lei 11.340, de 7 de agosto, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (**Lei Maria da Penha**). Ainda neste ano, houve o **Pacto pela Saúde**, cuja implementação se deu pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substituiu os processos de habilitação das várias formas de gestão

anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Entre as prioridades definidas estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras.

- **2007:** Publicação de dispositivos legais importantes: Lei nº 11.340, que garantiu à gestante o **direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto** e de visitar o serviço antes do parto; Lei nº 11.474, que alterou a Lei nº 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância; Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho, que aprovou a **norma para implantação do Método Canguru**; e Portaria GM/MS nº 2.160, que alterou a composição do Comitê Nacional de Aleitamento Materno. Ainda neste ano, houve a criação da **Política Nacional de Planejamento Familiar** e o **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e outras DST**. A Política Nacional de Planejamento Familiar incluiu a oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos e também a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular. O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e Outras DST foi uma proposta de ação intersetorial visando reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, pautada pelo conceito de vulnerabilidade. Cita-se também a criação do **Programa Saúde na Escola (PSE)**, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 05 de dezembro pelo Decreto nº 6.286. O objetivo do PSE é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino no Brasil.
- **2008:** Publicação de dispositivos legais importantes: Lei nº 11.770, que estabeleceu a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei – **Programa Empresa Cidadã**; Portaria

GM/MS nº 2.799, que instituiu a **Rede Amamenta Brasil**; Portaria SAS/MS nº 9, que alterou o critério 8 das normas para habilitação da IHAC; Portaria GM/MS nº 2.800, que instituiu a **Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal**; e RDC Anvisa nº 36, que regulamentou o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Ainda neste ano, houve a criação da **Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias**, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e também do “**Mais Saúde: Direito de Todos**”, que por sua vez apresentou propostas de evolução formal nos processos de gestão do Sistema Único de Saúde, e definiu medidas específicas na saúde materno-infantil.

- **2009:** Publicação de dispositivos legais importantes: Portaria MS nº 116, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os **Sistemas de Informações em Saúde** sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde; Portaria MS nº 364, que constituiu o Grupo Ministerial com a finalidade de elaborar plano de ação em parceria com os gestores do SUS visando à redução da mortalidade infantil nos estados que compõem a Amazônia Legal e a região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas; Portaria MS nº 2.394, que instituiu a **Semana Mundial da Amamentação no Brasil**, tendo como data 1º a 7 de agosto, e estabelece parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria; e Portaria nº 2.395, de 7 de outubro, que instituiu a **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis** e criou o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação, sendo tal estratégia destinada à atenção integral à saúde da criança até dez anos, destacando a importância dos cuidados com a Primeira Infância.
- **2010:** Publicação da Portaria Anvisa nº 193, que orientou a instalação de **salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas** e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais.
- **2011:** Publicação da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho, que institui a **Rede Cegonha** no âmbito do SUS, tendo a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Ainda neste ano, houve também a criação da **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**, cujo objetivo é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Ademais, cita-se também a realização do **Nascer no Brasil**, um importante estudo coorte de abrangência nacional realizado entre fevereiro/2011 e outubro/2012 com 23.894 puérperas em 266 estabelecimentos de saúde públicos do país, sob coordenação da Profa. Dra. Maria do Carmo Leal (Fiocruz), e cujos resultados permitiram evidenciar o panorama da assistência à gestação, parto e nascimento nas cinco Regiões brasileiras. O Ministério da Saúde também publicou alguns documentos pertinentes: *Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde*, com foco nas intervenções comuns, icterícia e infecções (Volume 2) e *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*; e lançou o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**, que dentre as linhas de cuidado de atuação, a saúde da mulher e saúde da criança foram incluídas na avaliação de indicadores, e a **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**, que trouxe os conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.

- **2012:** Criação do **Programa Brasil Carinhoso**, que consiste na transferência automática de recursos financeiros para custear despesas com manutenção e desenvolvimento da educação infantil, contribuir com as ações de cuidado integral, segurança alimentar e nutricional, além de garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil. Publicação de manual técnico sobre *Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para profissionais de saúde*, com enfoque nos problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos (volume 3). Publicação da Lei 12.764, de 27 de dezembro, que instituiu a **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com**

**Transtorno do Espectro Autista.** Publicação da 5ª edição do Manual Técnico “Gestação de Alto Risco”.

- **2013:** Publicação do **Cadernos de Atenção Básica nº 32**, que trata da **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco** (Risco Habitual), orientando o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, tendo em vista a realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade assistencial na gravidez. Houve também a publicação da Portaria GM/MS nº 1.378, de 08 de julho, que instituiu o **Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)**, que dentre os indicadores avaliados, a saúde da mulher e saúde da criança também estão incluídos.
- **2014:** Publicação de alguns documentos pertinentes: **Cadernos HumanizaSUS**, cujo volume 4 tratou da Humanização do parto e do nascimento; Manuais técnicos sobre **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para profissionais de saúde**, com enfoque nos cuidados gerais (volume 1), cuidados com o recém-nascido pré-termo (volume 4); e edição eletrônica da **Caderneta da Gestante**, que por sua vez trouxe explicações em linguagem acessível sobre os seguintes assuntos: direitos antes e depois do parto, cartão de consultas e exames (com espaço para anotar dúvidas), dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta, informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, cuidados de saúde, cuidados no parto e pós-parto, informações e orientações sobre amamentação, e Certidão de Nascimento de seu filho. Houve também a publicação da Portaria GM/MS nº 1.153, de 22 de maio, que redefiniu os critérios de habilitação da **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. O Art. 7º desta Portaria traz a necessidade de cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo UNICEF. E também institui o **Cuidado Amigo da Mulher**.
- **2015:** Publicação da Portaria GM/MS nº 1.139, de 5 de agosto, que instituiu a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)** no âmbito do SUS. A PNAISC objetiva promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento



materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Ainda neste ano, houve também a criação do **Projeto Parto Adequado**, em resposta à ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra a ANS, impelindo-a a agir de forma mais efetiva para a redução do elevado percentual de cesarianas desnecessárias no Brasil. Cita-se também a aprovação, em 02 de abril, na 34ª reunião, pelo Plenário da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), das **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**, que compõem um esforço para a qualificação do modo de nascer no Brasil, apresentando questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e conduta, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

- **2016:** Publicação do **Guia do Pré-Natal do Parceiro** para Profissionais de Saúde, que estabeleceu: a) incentivo à participação do homem nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas; b) realização de testes rápidos e exames de rotina no parceiro (tipagem sanguínea e fator RH, HBsAg, teste treponêmico e/ ou não treponêmico para detecção de sífilis, pesquisa de anticorpos anti-HIV e anti-HCV, hemograma, lipidograma, dosagem de glicose, eletroforese da hemoglobina, aferição de pressão arterial, verificação de peso e cálculo de IMC); c) atualização do cartão de vacina do parceiro; d) abordagens de temáticas voltados ao público masculino; e e) orientações sobre o papel do homem na gestação, pré-parto, parto, puerpério imediato e cuidados com a criança. Cita-se também a publicação dos **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**, que contempla desde temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Contempla, ainda, a abordagem dos problemas/queixas e a prevenção dos cânceres que mais acometem a população feminina. Houve ainda a publicação da Resolução nº 08 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 24 de novembro, que instituiu o processo de **Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO)** para os anos de 2017-2021, estabelecendo um rol de 23 indicadores (20 universais/obrigatórios e 3 específicos) relacionados às prioridades nacionais

em saúde, incluindo a saúde da mulher e da criança, para os quais deverão ser pactuadas metas anuais para os estados, municípios e regiões de saúde.

- **2017:** Criação do **Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn)**, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSERH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. O ApiceOn propõe a qualificação nos campos de atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual, de abortamento e aborto legal, em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e / ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. Ainda neste ano, criou-se também a **Estratégia QualiNEO**, que visa reduzir as taxas de mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades brasileiras. A QualiNEO lançou “Os 10 passos para o Cuidado Neonatal”, que concentra uma série de recomendações que tem por objetivo melhorar e qualificar a atenção ao recém-nascido e sua família. Cita-se ainda a publicação da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro, que aprovou as **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**, as quais contêm as recomendações de caráter nacional para o parto normal, devendo ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. O Ministério da Saúde também disponibilizou um manual técnico intitulado “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru”. Publicação da Resolução COFEN nº 546, que atualizou **normas para utilização do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela Equipe de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada**.
- **2018:** Publicação da Portaria GM/MS nº 2.234, de 23 de julho, que instituiu a “**Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres**” e definiu o repasse no exercício financeiro de 2018, de recursos de custeio para Fundos Municipais de Saúde, mediante cumprimento de requisitos estabelecidos em edital de chamada pública. A “Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres” objetivou ampliar e fortalecer a

atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres, em todos os ciclos de vida, com ou sem deficiência, e a inclusão de ações estratégicas que envolvam os homens na sua trajetória reprodutiva e sexual, visando a redução de agravos. Ainda neste ano, houve a publicação do Decreto nº 9.586, de 27 de novembro, que instituiu o **Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres (SINAPOM)** e o **Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (PNaViD)**. O SINAPOM objetiva ampliar e fortalecer a formulação e a execução de políticas públicas de direitos das mulheres, de enfrentamento a todos os tipos de violência e da inclusão das mulheres nos processos de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País. O PNaViD é o conjunto de princípios, diretrizes e objetivos que norteia a estratégia de combate à violência doméstica a ser implementada pelos três níveis de governo, de forma integrada e coordenada, com vistas à preservação da vida e à incolumidade física das pessoas, à manutenção da ordem pública, ao enfrentamento à violência doméstica e à sua prevenção e ao apoio às mulheres vitimadas. Houve também a publicação do Decreto 9.579, de 22 de novembro, que consolidou atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal, que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente. Publicação de recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.

- **2019:** Publicação da Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro, que instituiu o **Programa Previne Brasil**, sendo o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. O Previne Brasil garante repasses, sobretudo, por cadastros individuais válidos no eSUS-APS (captação ponderada) e resultados alcançados pelas equipes em um conjunto de sete indicadores (desempenho), dentre os quais, cinco estão relacionados à saúde da mulher e da criança: I - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; II - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; e V - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche,

Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada. Ainda neste ano, houve também a publicação do **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**, que trouxe recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida, tendo em vista a promoção da saúde, do crescimento e desenvolvimento para que elas alcancem todo o seu potencial.

- **2020:** Publicação da atualização do **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Neste PCDT foi incluído um novo capítulo sobre saúde sexual, que contempla a abordagem centrada na pessoa com vida sexual ativa. E quanto à sífilis, foi elaborado um algoritmo de decisão clínica para manejo da sífilis adquirida e da sífilis em gestantes (seção 5.11), que se encontra dividido em seis lâminas, com a síntese das recomendações para testar, diagnosticar, tratar, notificar e monitorar os casos de sífilis adquirida e em gestantes. Publicação da Portaria nº 2.282, de 27 de agosto, que tratou do procedimento de **Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em Lei**, no âmbito do SUS.
- **2021:** A Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) tomou a iniciativa de articular a **Aliança Nacional para o Parto Seguro e Respeitoso**, e conclamou gestores, lideranças, profissionais de saúde, gestantes, puérperas e familiares, e toda a Sociedade Civil brasileira para o engajamento nas ações pelo Dia Mundial da Segurança do Paciente, cujo tema foi Cuidado Materno e Neonatal Seguro. Houve também a publicação do Decreto nº 10.906, de 20 de dezembro, que instituiu o **Plano Nacional de Enfrentamento ao Femicídio**, cujo objetivo é enfrentar todas as formas de feminicídio por meio de ações governamentais integradas e intersetoriais. Publicação da Lei nº 14.151, de 12 de maio, que garantiu o **afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial** durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Publicação da Lei nº 14.214, de 6 de outubro, que instituiu o **Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual**, cujo objetivos são: I - combater a precariedade menstrual, identificada como a falta

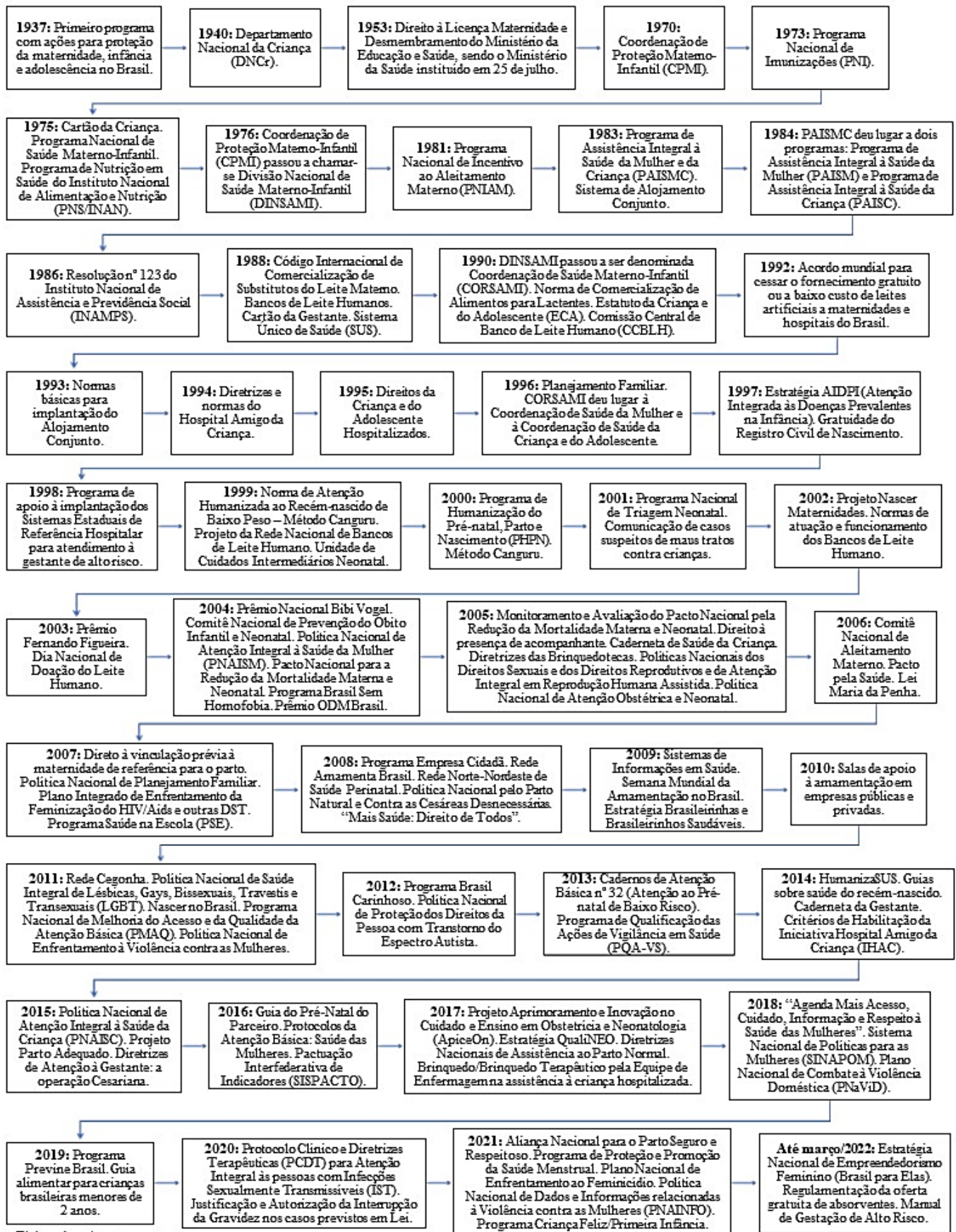
de acesso a produtos de higiene e a outros itens necessários ao período da menstruação feminina, ou a falta de recursos que possibilitem a sua aquisição; e II – oferecer garantia de cuidados básicos de saúde e desenvolver meios para a inclusão das mulheres em ações e programas de proteção à saúde menstrual. Publicação da Lei nº 14.232, de 28 de outubro, que instituiu a **Política Nacional de Dados e Informações relacionadas à Violência contra as Mulheres (PNAINFO)**, com a finalidade de reunir, organizar, sistematizar e disponibilizar dados e informações atinentes a todos os tipos de violência contra as mulheres. Publicação da Portaria GM/MC nº 664, de 2 de setembro, que consolidou os atos normativos que regulamentam o **Programa Criança Feliz/Primeira Infância** no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

- **Até março/2022:** Publicação de Decreto nº 10.988, de 8 de março, que instituiu a **Estratégia Nacional de Empreendedorismo Feminino (Brasil para Elas)** e o **Comitê de Empreendedorismo Feminino**. Publicação de Decreto nº 10.989, de 8 de março, que regulamentou o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual, instituído pela Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021, para assegurar a **oferta gratuita de absorventes higiênicos femininos** e outros cuidados básicos relativos à saúde menstrual. Houve também o lançamento, pelo Ministério da Saúde, da **6ª edição do Manual de Gestação de Alto Risco**, uma obra que mais se assemelha a um tratado da especialidade, atualizando a edição anterior, lanç ada há uma década no Brasil.

Frente ao exposto, fica evidente o aprimoramento do olhar direcionado à saúde da mulher e saúde da criança no Brasil, sobretudo nas últimas décadas, com grandes conquistas e avanços à luz da integralidade. Ressalta-se, entretanto, que ainda há importantes desafios a serem superados, principalmente relacionados à implementação, operacionalização, monitoramento e avaliação destas ações/atividades estabelecidas em políticas e programas ministeriais. A Figura 3, disposta na página seguinte, sintetiza a evolução histórica de ações, programas e políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil brasileira, de 1937 a março/2022, sendo elaborada pelo autor a partir das publicações oficiais do Ministério da Saúde que foram consultadas na presente subseção do Referencial Teórico.

# REVISÃO TEÓRICA

**Figura 3 – Síntese histórica da saúde materno-infantil no Brasil, 1937 a março/2022**



Elaborado pelo autor.  
Fonte: Ministério da Saúde.

## 3.2 Planejamento reprodutivo

No Brasil, o planejamento familiar foi definido no Art. 2º da Lei nº 9.263/1996 como um conjunto de ações de regulação da fecundidade, que visa garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal. Consiste em atividades preventivas e educativas com abordagem dos meios, métodos e técnicas disponíveis pelo Ministério da Saúde para a regulação da fecundidade. Em relação à terminologia, passou-se a adotar o termo Planejamento Reprodutivo (PR) em ampliação do olhar voltado ao Planejamento Familiar (PF), tendo em vista a sua maior abrangência quanto aos direitos sexuais e reprodutivos. Com isso, o PF passou a ser entendido como um destes direitos sexuais e reprodutivos do PR, mantendo seu papel de assegurar a livre decisão da pessoa sobre aspectos da anticoncepção e sobre ter ou não ter filho(s) (BRASIL, 2009; SANTOS *et al.*, 2019).

A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, dentre outros aspectos, ações de educação em saúde, aconselhamentos, oferta e orientações acerca de métodos contraceptivos e demais atividades clínicas que contribuam para uma prática sexual mais saudável, com possibilidade de espaçamento de nascimentos e de recuperação adequada do organismo feminino após um parto (BRASIL, 2010).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde em 2022.

**Quadro 1 – Síntese dos métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente no Sistema Único de Saúde do Brasil, 2022**

<b>Métodos contraceptivos definitivos (esterilização)</b>		
Feminino (ligadura tubária)		Masculino (vasectomia)
<b>Métodos contraceptivos temporários (reversíveis)</b>		
<b>Métodos de barreira</b>		
Diafragma (60 a 85 mm de diâmetro)	Dispositivo intrauterino plástico com cobre, modelo T 380 mm <sup>2</sup>	Preservativo (masculino e feminino)
<b>Métodos hormonais</b>		
Vias de administração	Tipos	Apresentação
Hormonais orais	Combinado (monofásico) – AOC	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg
	Minipílulas	Noretisterona 0,35 mg
	Pílula anticoncepcional de emergência (AHE)	Levonorgestrel 0,75 mg ou 1,5 mg
Hormonais injetáveis	Mensais (combinado)	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg

	Trimestrais (progestágeno)	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg
--	----------------------------	---------------------------------------

Elaborado pelo autor.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2016, p. 164), CONITEC (2016, p. 10) e BRASIL (2022, p. 40).

Notações:

- A Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021, também incorporou o implante subdérmico de etonogestrel no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos. Trata-se de um método contraceptivo de longa duração e que pode permanecer no corpo da mulher por um período de até três anos. Ademais, acrescenta-se que esta Portaria recebeu, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a seguinte avaliação "(...) fere, frontalmente, a universalização do acesso aos métodos anticoncepcionais, além de reificar discriminações e violar direitos".
- Existem outros métodos de barreira, hormonais e modelos de dispositivos intrauterinos que não estão listados no Quadro 1 em razão de não serem disponibilizados gratuitamente no SUS.

Entende-se, que para aumentar a possibilidade de os contraceptivos serem bem sucedidos, mulheres, homens e casais devem estar devidamente informados sobre a eficácia, a efetividade, a segurança, a disponibilidade, a aceitabilidade e modo de uso de cada método contraceptivo. O fornecimento de educação sexual abrangente, o aconselhamento profissional e o apoio efetivo em planejamento reprodutivo (inclui o planejamento familiar) são fundamentais para a prevenção da gravidez não planejada e de infecções sexualmente transmissíveis.

Todavia, ainda há uma distância considerável entre o que é preconizado e o que é vivenciado pela população brasileira em idade reprodutiva, uma vez que estudo de abrangência nacional mostrou que mais da metade dos nascimentos ocorre de forma não planejada nas cinco Regiões do país (VIELLAS *et al.*, 2014), sendo tal planejamento gestacional e a satisfação com a descoberta da gravidez variáveis que interferem nos indicadores de qualidade do pré-natal (SANTOS *et al.*, 2019). Cita-se, dentre outras deficiências, a oferta limitada de métodos contraceptivos, espaço físico inadequado dos serviços de saúde para a realização de orientações e ausência ou poucas atividades de educação permanente sobre anticoncepção voltadas aos profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

Torna-se pertinente mencionar que essa situação não é restrita aos países em desenvolvimento, tendo em vista que uma proporção considerável das unidades de saúde internacionais não possui e/ou não segue protocolos de planejamento reprodutivo (ROBBINS *et al.*, 2017). Nos Estados Unidos, a exemplo, estima-se que 51% dos 6 milhões de nascimentos por ano ocorram de forma não planejada (ACOG, 2018). Em 28 estados e no distrito da Columbia, mais da metade das gestações



também ocorre sem planejamento. As maiores taxas de gravidez não planejada no mundo foram observadas em Delaware (62%) e no Havaí (61%) (KOST, 2015).

Frente a isso, o American College of Obstetricians and Gynecologists reforça a importância do acesso precoce das mulheres ao planejamento reprodutivo, e incentiva obstetras, ginecologistas e outros profissionais da área da saúde a usarem quaisquer atendimentos na saúde da mulher como oportunidades de conversa e aconselhamento sobre anticoncepção (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2016). Ademais, faz-se necessário que as consultas de pré-natal sejam vistas, pelos profissionais de saúde, como momentos estratégicos para incentivo ao protagonismo da mulher em relação à prevenção da recorrência da gravidez não planejada e/ou indesejada, tendo assim o controle de sua fertilidade (MAEDA *et al.*, 2014). Tais condutas de promoção à saúde podem ser adotadas, de fato, no atendimento de qualquer pessoa com vida sexual ativa, independentemente do sexo biológico, identidade de gênero e/ou de orientação sexual.

Acrescenta-se, por fim, que o Ministério da Saúde também discute a importância da avaliação pré-concepcional, sendo entendida como a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Sabe-se que, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional, sobretudo entre adolescentes. Assim, recomenda-se a implementação da atenção em planejamento reprodutivo em todas as consultas de pessoa com vida sexual ativa, num contexto de escolha livre e informada, e com incentivo à dupla proteção (BRASIL, 2013).

### **3.3 Assistência pré-natal**

O pré-natal é um cuidado continuado de grande importância na gravidez e puerpério, devendo ser iniciado o mais precocemente possível (a UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde) e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta puerperal deverá ter sido realizada, com a incorporação de condutas profissionais qualificadas e acolhedoras, baseadas em recomendações atualizadas da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. O objetivo do acompanhamento é assegurar o desenvolvimento natural e fisiológico da gestação, assistindo de forma integral à mulher, parceiro(a) e família em

todo o período gravídico-puerperal, de modo a favorecer, desta forma, experiências positivas na parturição, com a garantia do bem-estar materno e neonatal, e tendo abordado os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas preconizadas neste processo.

O início precoce do pré-natal favorece, em tempo oportuno, o diagnóstico e tratamento/manejo de eventuais agravos e/ou fatores de risco no desenvolvimento da gestação e/ou parturição, que por sua vez representariam complicações para o binômio mãe-filho, tais como a hipertensão arterial, diabetes, anemia, infecção por sífilis e/ou HIV, entre outros (VAICHULONIS *et al.* 2021). Ademais, não é incomum que o pré-natal represente o primeiro contato destas mulheres com os serviços de saúde, o que reforça a necessidade de uma organização assistencial à luz da integralidade, considerando suas necessidades além da gestação, e tendo a humanização como fundamento destas atividades (MENDES *et al.*, 2020).

No Brasil, para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria Unidade Básica de Saúde da área de abrangência da mulher, acelerando o processo para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal. Chama-se atenção, também, aos sinais de presunção, de probabilidade e de certeza da gravidez, e após a confirmação da gestação, em consulta médica ou de enfermagem, deve dar início ao pré-natal, realizando as orientações necessárias referentes ao acompanhamento: sequência de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos. Ademais, é importante fornecer a Caderneta da Gestante ou Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional de Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre o documento, além do calendário de vacinas e suas orientações, a solicitação dos exames de rotina, orientação e convite para participação do parceiro(a), e orientações sobre a participação nas atividades educativas, dentre outros aspectos (BRASIL, 2013).

Acrescenta-se que o pré-natal pode ser classificado em “Pré-natal de risco habitual”, “Pré-natal de médio risco ou risco intermediário” e “Pré-natal de alto risco”, tendo como locais preferenciais de acompanhamento a Atenção Primária à Saúde; a Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório pré-natal de alto risco; e Ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado, respectivamente. Essa classificação depende

da avaliação de condições e situações clínicas que representam maior probabilidade de evolução desfavorável na gravidez e/ou parturição. O Ministério da Saúde compreende tal processo como sendo uma estratificação do risco gestacional e obstétrico no pré-natal, permitindo que cada gestante receba o cuidado necessário às suas demandas, por equipes com nível de especialização e de qualificação apropriados. O objetivo da estratificação de risco é predizer quais mulheres têm maior probabilidade de apresentar eventos adversos à saúde, sendo importante para otimização dos recursos em busca de equidade no cuidado, de maneira que se ofereça a tecnologia necessária para quem precisa dela (BRASIL, 2022).

As condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual e a classificação do pré-natal a partir da estratificação do risco ginecológico e obstétrico estão dispostas no Quadro 2, conforme a 6ª edição do Manual da Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde.

**Quadro 2 – Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual e estratificação geral do risco ginecológico e obstétrico no pré-natal**

<b>Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual</b>	
<b>Características individuais e condições sociodemográficas</b>	Idade <15 anos e >40 anos Obesidade com IMC >40 Baixo peso no início da gestação (IMC <18) Transtornos alimentares (bulimia, anorexia) Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas
<b>História reprodutiva anterior</b>	Abortamento espontâneo de repetição (três ou mais em sequência) Parto pré-termo em qualquer gestação anterior (especialmente <34 semanas) Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores Óbito fetal de causa não identificada História característica de insuficiência istmocervical Isoimunização Rh Acretismo placentário Pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas), eclâmpsia ou síndrome HELLP
<b>Condições clínicas prévias à gestação</b>	Hipertensão arterial crônica Diabetes mellitus prévio à gestação Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico) Cirurgia bariátrica Transtornos mentais Antecedentes de tromboembolismo Cardiopatias maternas. Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias) Nefropatias Neuropatias Hepatopatias Doenças autoimune Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas grandes) Câncer diagnosticado Transplantes

# REVISÃO TEÓRICA

	Portadoras do vírus HIV		
<b>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual</b>	<p>Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia)            Diabetes mellitus gestacional com necessidade de uso de insulina            Infecção urinária alta            Cálculo renal com obstrução            Restrição de crescimento fetal            Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia            Oligoâmnio/polidrâmnio            Suspeita atual de insuficiência istmo cervical            Suspeita de acretismo placentário            Placenta prévia            Hepatopatias (colestase gestacional ou elevação de transaminases)            Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento            Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal            Isoimunização Rh            Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal)            Suspeita ou diagnóstico de câncer            Transtorno mental</p>		
<b>Estratificação geral do risco ginecológico e obstétrico no pré-natal</b>			
<b>Classificação</b>	<b>Risco habitual</b>	<b>Médio risco ou risco intermediário</b>	<b>Alto risco</b>
<b>Local preferencial de acompanhamento</b>	Atenção Primária à Saúde	Atenção Primária à Saúde com apoio de equipe multiprofissional ou com apoio de ambulatório pré-natal de alto risco	Ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de pré-natal especializado
<b>Características individuais e condições sociodemográficas</b>	Idade entre 16 e 34 anos. Aceitação da gestação.	Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos. Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse. Índícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero. Situação conjugal insegura. Insuficiência de apoio familiar. Capacidade de autocuidado insuficiente. Não aceitação da gestação. Baixa escolaridade (<5 anos de estudo). Uso de medicamentos teratogênicos. Altura menor que 1,45 m.	Etilismo com indicativo de dependência (segundo escores). Tabagismo com indicativo de dependência elevada (segundo escores). Dependência e/ou uso abusivo de drogas. Agravos alimentares ou nutricionais: IMC $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup> , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).

# REVISÃO TEÓRICA

		<p>IMC &lt;18,5 ou 30 kg/m<sup>2</sup> a 39 kg/m<sup>2</sup>.          Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.          Uso ocasional de drogas e ilícitas.          Etilismo sem indicativo de dependência (segundo escores).          Tabagismo com baixo grau de dependência (segundo escores).          Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.          Gestante negra (cor de pele preta ou parda).          Outras condições de saúde de menor complexidade.</p>	
<b>História reprodutiva anterior</b>	<p>Ausência de intercorrências e/ou complicações no histórico reprodutivo anterior.</p>	<p>Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos).          Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior.          Insuficiência istmo-cervical.          Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrossomia).          Malformação fetal.          Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos).          Diabetes gestacional.          Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade.          Infertilidade.          Cesáreas prévias (2 ou mais).          Intervalo interpartal &lt;2 anos.</p>	<p>Abortamento habitual / recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).          Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada.          Isoimunização Rh em gestação anterior.          Acretismo placentário.          Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP.          Prematuridade anterior.          Isoimunização Rh em gestação anterior.          Cesariana prévia com incisão clássica/corporal</p>
<b>Condições clínicas prévias à gestação</b>	<p>Ausência de condições clínicas especificadas no médio e alto risco.</p>	<p>Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso.          Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.          Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.</p>	<p>Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras.          Hipertensão arterial crônica.          Diabetes mellitus 1 e 2.          Doenças genéticas maternas.          Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar).          Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio.</p>

# REVISÃO TEÓRICA

			<p>Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica – doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística).</p> <p>Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos).</p> <p>Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo).</p> <p>Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.</p> <p>Histórico de tromboembolismo.</p> <p>Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves).</p> <p>Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo – SAAF, artrite reumatoide, outras collagenoses).</p> <p>Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação.</p> <p>Neoplasias (qualquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento.</p> <p>Transplantes.</p> <p>Cirurgia bariátrica.</p> <p>Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal).</p> <p>Diagnóstico de HIV.</p>
<p><b>Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual</b></p>	<p>Ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez atual.</p>	<p>Gestação resultante de estupro.</p> <p>Gestação gemelar dicoriônica-diamniótica.</p> <p>Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal.</p> <p>Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem</p>	<p>Infecção urinária de repetição: <math>\geq 3</math> episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou <math>\geq 2</math> episódios de pielonefrite.</p> <p>Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de</p>

# REVISÃO TEÓRICA

		<p>sinal de gravidade materno-fetal. Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite. Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo). Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples. Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático). Restrição de crescimento fetal suspeita. Feto acima do percentil 90%. Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/dl).</p>	<p>repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação. Restrição de crescimento fetal confirmada. Desvios da quantidade de líquido amniótico. Isoimunização Rh. Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual. Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual. Anemia grave (hemoglobina &lt;9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento. Hemorragias na gestação atual. Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas). Acretismo placentário. Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente). Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal. Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado. Outras condições de saúde de maior complexidade</p>
--	--	--	---

Elaborado pelo autor.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2022, p. 13-15; p. 18-21)

Esse manual também listou situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar: Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento; Anemia grave (Hb  $\leq 7$  g/dL); Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão; Crise hipertensiva (PA  $\geq 160/110$  mmHg); Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria); Eclâmpsia/convulsões; Hipertermia (Temperatura axilar  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores; Suspeita de trombose venosa profunda; Suspeita/diagnóstico de abdome agudo; Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar; Prurido gestacional/icterícia; Hemorragias na

gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia); e Idade gestacional de 41 semanas ou mais (BRASIL, 2022).

Desse modo, faz-se necessário que se identifique as condições e situações clínicas de maior risco ginecológico e obstétrico o mais precocemente possível, ainda na primeira consulta de pré-natal, e esta deverá ser uma avaliação dinâmica e contínua, ou seja, revista em todas as consultas posteriores. As gestantes em situações de alto risco, além do suporte no seu território – com consultas na Unidade Básica de Saúde (porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde) e visitas domiciliares mais frequentes pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, exigirão cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, eventualmente até em serviço de referência secundário ou terciário, com instalações obstétricas e neonatais que ofereçam cuidados específicos (BRASIL, 2022). Assim, fica evidente que o intuito do pré-natal de alto risco é auxiliar no curso de uma gestação que possui maior probabilidade de resultados desfavoráveis, de maneira a reduzir ao mínimo possível os eventuais efeitos adversos no binômio mãe-filho.

Habitualmente, o acompanhamento da gestante de risco habitual ocorre na Atenção Primária à Saúde (APS), com a totalidade ou maioria das consultas realizada por enfermeiro e/ou médico da Estratégia Saúde da Família, tendo apazamentos mensais (até a 28ª semana), quinzenais (da 28ª a 36ª semana) e semanais (da 36ª a 41ª semana). As gestantes de médio e alto risco, por sua vez, requerem um acompanhamento compartilhado entre profissionais da APS e especialistas da ginecologia, obstetrícia e/ou neonatologia e outras áreas, com intervalos de tempo menores entre as consultas, sobretudo no terceiro trimestre.

Ressalta-se que a maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse período, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e até óbito fetal. De modo que, quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2013).

Reforça-se, portanto, que uma vez encaminhada para um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, deve-se manter o vínculo desta gestante com a sua equipe da Estratégia Saúde da Família, sendo importante também que esta equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos



implementados por meio da contrarreferência – com registros qualificados e completos na Caderneta ou Cartão da Gestante.

Além disso, independentemente da classificação do risco gestacional, é também pertinente, durante o pré-natal, a construção do plano de parto, um instrumento de comunicação entre gestantes e profissionais de saúde que visa a autonomia e participação da gestante e/ou casal frente às tomadas de decisões da equipe na parturição/nascimento, em relação ao trabalho de parto e parto. Por meio deste documento, construído pela gestante e parceiro(a) em conjunto com o profissional de saúde responsável pelo acompanhamento de pré-natal, a equipe de saúde da maternidade conhecerá as preferências e expectativas sobre o cuidado que gostariam de receber nesse processo (MEDEIROS *et al.*, 2019).

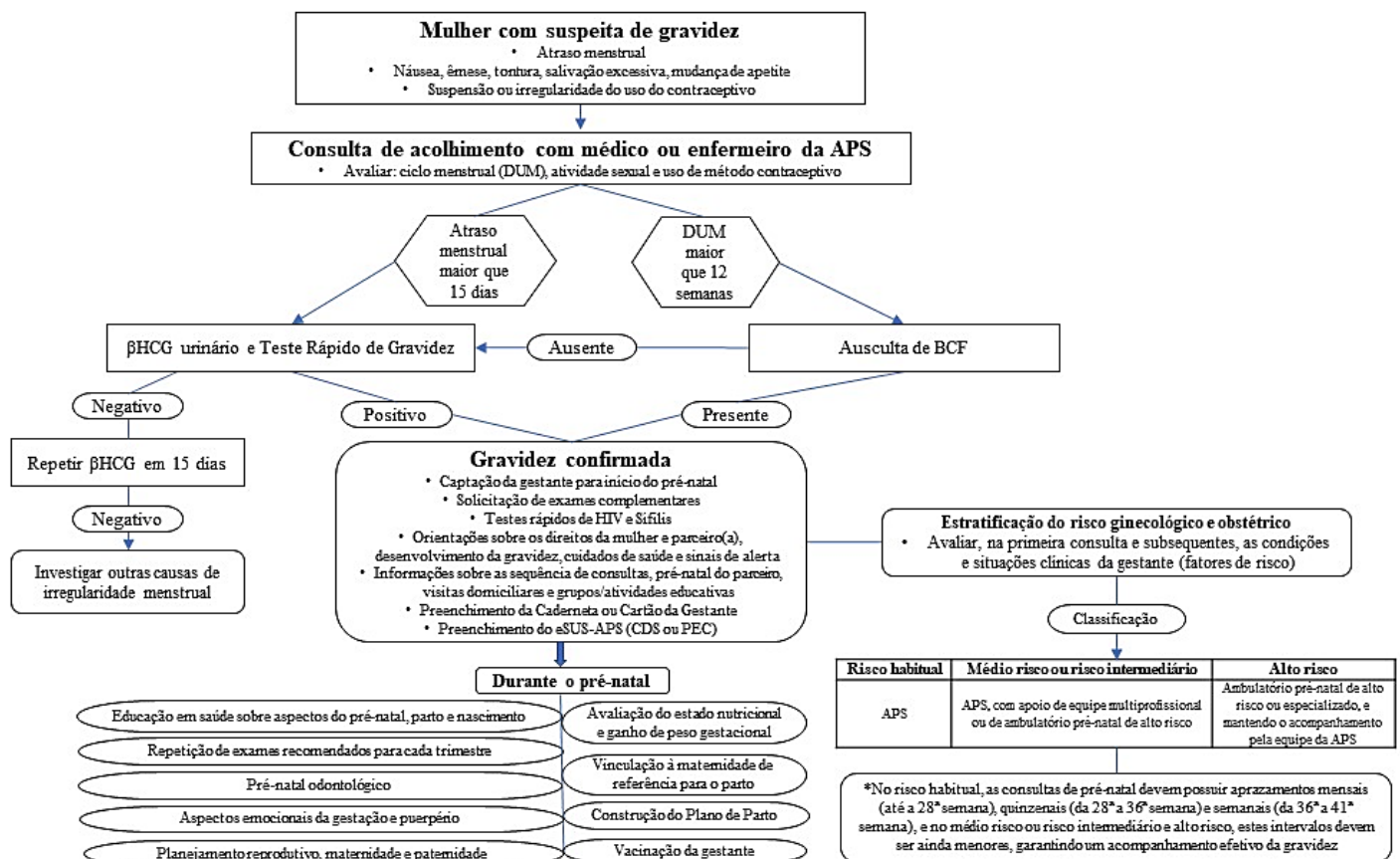
Em relação aos exames complementares de rotina no pré-natal, recomenda-se: na 1ª consulta ou 1º trimestre (Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto – se Rh negativo; Glicemia em jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV, Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Urocultura e Urina tipo I – sumário de urina; Ultrassonografia obstétrica; Citopatológico de colo de útero – se necessário; Exame da secreção vaginal – se houver indicação clínica; e Parasitológico de fezes – se houver indicação clínica); no 2º trimestre (Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco – realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana; e Coombs indireto – se Rh negativo); e no 3º trimestre (Hemograma, Glicemia em jejum, Coombs indireto – se Rh negativo; VDRL; Anti-HIV; Sorologia para hepatite B; Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente; Urocultura e urina tipo I – sumário de urina; e Bacterioscopia de secreção vaginal – a partir de 37 semanas de gestação) (BRASIL, 2013).

Por fim, o Ministério da Saúde traz que estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal da população adscrita, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, e garantindo-se 10 passos para um pré-natal de qualidade: 1º) Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce); 2º) Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; 3º) Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal; 4º) Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes,

considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes"; 5º) Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário; 6º) É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)"; 7º) Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário; 8º) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto"; 9º) Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação); e 10º) As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

A Figura 4 apresenta uma síntese da assistência pré-natal no Brasil, desde a suspeita de gravidez até as atividades e procedimentos a serem realizados.

**Figura 4 – Fluxograma da assistência pré-natal**



Elaborado pelo autor.  
 Fonte: Adaptado de BRASIL (2013, p. 56) e BRASIL (2022, p. 18-21).

## 3.3.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

No Brasil, o Art. 1º da Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação na saúde pública do país (BRASIL, 2000). Essa Portaria estabeleceu os princípios e diretrizes para a estruturação do Programa, os componentes e recursos para o seu desenvolvimento e as competências/atribuições para cada nível de gestão, além de trazer dois anexos que apresentam os princípios gerais e condições necessárias para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência ao parto.

Outras Portarias GM/MS correlatas ao PHPN foram as de nº 570, 571 e 572, que por sua vez instituíram os componentes I - Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS (nº 570), II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS (nº 571), e III – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto (nº 572), respectivamente.

Em relação ao pré-natal, o PHPN determinou nas cinco Regiões do país um conjunto de atividades e procedimentos que devem ser oferecidos a todas as gestantes brasileiras: a) Primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; b) Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; c) Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; d) Realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; e HB/Ht, na primeira consulta; e) Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta – no caso de municípios com população acima de 50 mil habitantes; f) Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; g) Realização de atividades educativas; e h) Classificação de risco gestacional, a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes, com garantia às gestantes classificadas como

de risco, do atendimento ou acesso à unidade de referência ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

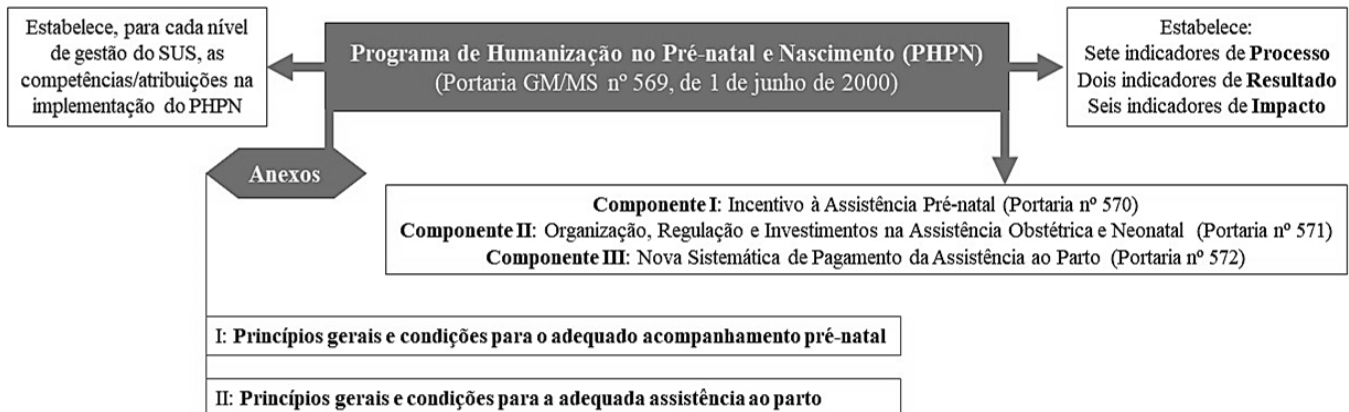
Ademais, tendo em vista a necessidade de avaliar a efetividade da assistência pré-natal em nível municipal e/ou estadual, o PHPN também listou um total de sete indicadores de processo e dois indicadores de resultado, que poderiam ser calculados a partir de consulta aos dados do SISPRENATAL – sistema de informação em saúde não mais utilizado após a implantação do eSUS-APS no Brasil; além de seis indicadores de impacto para avaliação municipal: 1º) Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior; 2º) Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior; 3º) Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior; 4º) Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior; 5º) Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior; e 6º) Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

Os indicadores de processo são: 1) Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município); 2) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal; 3) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; 4) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos; 5) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos; 6) Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e 7) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica. Já os indicadores de resultado foram: 1) Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município; e 2) Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Desse modo, o PHPN constituiu-se como um importante avanço nacional de atenção ginecológica e obstétrica no país, planejado e discutido à luz da humanização

e dos direitos sexuais e reprodutivos. A Figura 5, disposta na página seguinte, apresenta uma esquematização do PHPN.

**Figura 5 – Esquematização do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**



Elaborado pelo autor.  
Fonte: BRASIL (2000a).

### 3.3.2 Rede Cegonha

Onze anos após a criação do PHPN, a saúde materno-infantil brasileira alcançou um outro importante avanço nacional nesta área: a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), instituída pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde a partir da publicação da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Trata-se de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, assim denominada “Rede Cegonha”. Essa Portaria apresentou sete princípios, três objetivos, cinco diretrizes, quatro componentes (pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, referente ao transporte sanitário e regulação) e cinco fases da Rede Cegonha, além de definir as competências/responsabilidades para cada nível de gestão e outros aspectos de recursos/financiamentos. Possui também seis anexos importantes: I) Matriz Diagnóstica, composta por quatro grupos de indicadores (Mortalidade e Morbidade, Indicadores de Atenção, Situação da Capacidade Hospitalar Instalada, e Indicadores de Gestão); II) Memória de cálculo dos novos investimentos e custos da Rede

Cegonha; III) Novos exames de pré-natal; IV) Kit para Unidades Básicas de Saúde; V) Kit para gestantes; e VI) Kit para parteiras tradicionais.

A Rede Cegonha para a população de determinado território deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde, a partir das seguintes diretrizes: I) garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV) garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e V) garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Compreende-se a Rede Cegonha como um dos programas mais completos já criados pelo Governo Federal na saúde materno-infantil do país (MARQUES, 2016.). Isso pode ser justificado, de fato, em razão de ter estabelecido atividades e procedimentos que abrangeram desde o planejamento reprodutivo – incluindo a confirmação da gravidez, pré-natal, parto e cuidados neonatais – até os dois primeiros anos de vida da criança. Autores defendem, inclusive, que a implementação efetiva dos componentes estruturais da Rede Cegonha (pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico referente ao transporte sanitário e regulação) tem potencial de reduzir, de forma significativa, os índices de morbimortalidade materno-infantil (GUERRA *et al.*, 2016). Nesse sentido, a sua implementação adequada por municípios/estados deve ser estimulada.

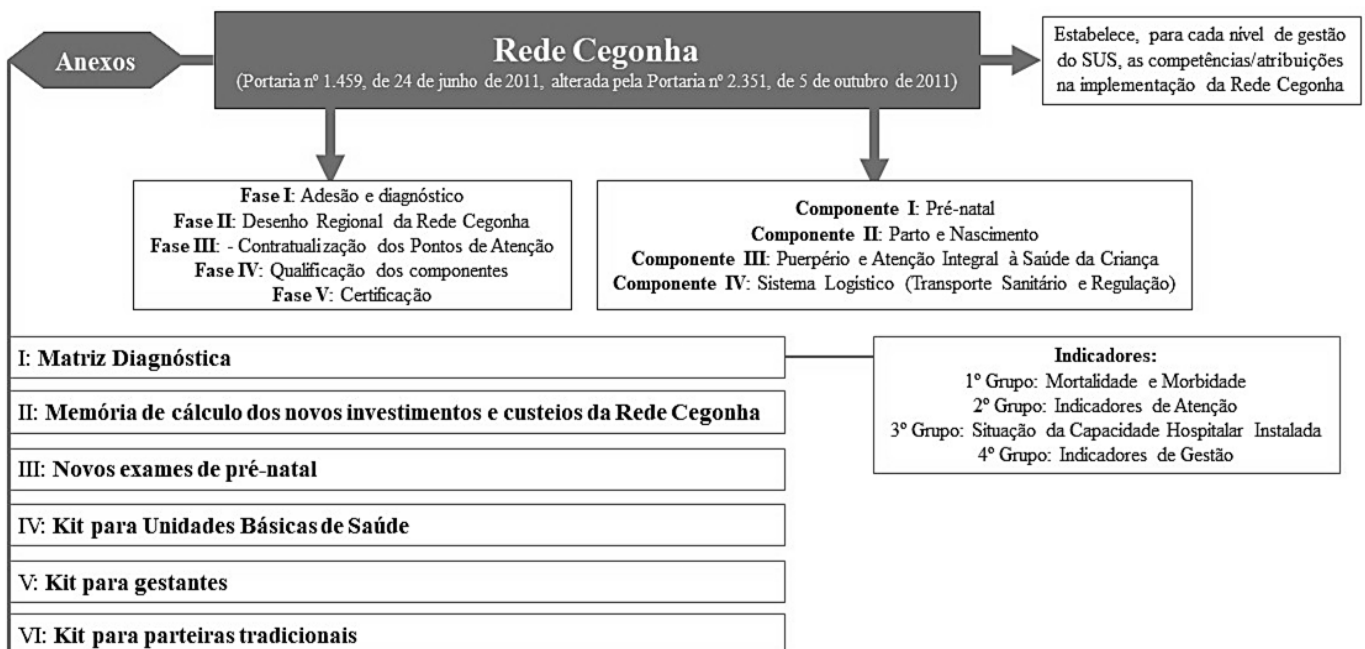
Em relação ao componente pré-natal, a Rede Cegonha listou um conjunto de nove ações de atenção à saúde: a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das

DST/HIV/Aids e Hepatites; e i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Houve também a inclusão de novos exames financiados pelo Ministério da Saúde, a partir da adesão à Rede Cegonha: Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematócrito e hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteinúria (teste rápido); e Teste indireto de antiglobulina humana para gestantes que apresentarem RH negativo. E exames adicionais para gestantes de alto risco: Contagem de plaquetas; Dosagem de proteínas (urina 24 horas); Dosagens de ureia, creatinina e ácido úrico; Eletrocardiograma; Ultrassom obstétrico com Doppler e Cardiotocografia anteparto. Cita-se, por fim, a distribuição de kit às gestantes, e de equipamentos e materiais às Unidades Básicas de Saúde.

A Figura 6 apresenta uma esquematização da Portaria nº 1.459, de 24 de junho 2011, que instituiu a Rede Cegonha no Brasil.

**Figura 6 – Esquematização da Rede Cegonha**



Elaborado pelo autor.  
Fonte: BRASIL (2011b).

### 3.3.3 Modelos nacionais e internacionais de avaliação do pré-natal

A avaliação do pré-natal favorece melhorias da assistência às gestantes e possui potencial de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, uma vez que os resultados permitem a identificação das fragilidades assistenciais e a implementação de estratégias específicas pautadas em evidências locais.

Os primeiros modelos de avaliação quantitativa do pré-natal datam de 1972 (no Brasil) e 1973 (nos Estados Unidos da América), sendo o nacional proposto por Ciari Jr, Santos e Almeida (1972) na Faculdade de Saúde Pública da USP, e o internacional, conhecido como Índice de Kessner, proposto por Kessner *et al.* (1973) no Institute of Medicine. O Índice de Kessner recebeu críticas de pesquisadores devido a algumas limitações do próprio algoritmo (KOTELCHUCK, 1994; KOGAN *et al.*, 1998). Em 1987, foi criado o Revised Graduated Prenatal Care Utilization Index (R-GINDEX) por Alexander e Cornely (1987), e em poucos anos depois, o Adequacy Prenatal Care Utilization Index (APNCUI), ambos com critérios de adequação/qualidade do pré-natal à luz de recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Ainda em nível internacional, houve o modelo proposto por Rosen *et al.* (1991).

Acrescenta-se que outros modelos/critérios de adequação/qualidade da assistência pré-natal foram criados no Brasil e no mundo, e dentre os nacionais, cita-se o Takeda (1993); Brasil [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento] (2000); Silveira, Santos e Costa (2001); Coutinho *et al.* (2003); Coimbra *et al.* (2003); Carvalho e Novaes (2004); Brasil [Rede Cegonha] (2011); Anversa *et al.* (2012); Silva *et al.* (2013); Leal *et al.* (2015); Holanda *et al.* (2015); Domingues *et al.* (2015), Goudard *et al.* (2016), Cunha (2017) e Aratani (2020).

Neste aspecto, torna-se pertinente mencionar que há modelos mais robustos (mais criteriosos) que outros, fato que resulta na obtenção de diferentes prevalências de adequação/qualidade do pré-natal, a depender dos critérios avaliativos do modelo utilizado. Ademais, modelos que consideram o início do pré-natal até o quarto mês, e o número de consultas de acordo com o trimestre gestacional, possuem maior poder discriminante e precisão (SANTOS NETO *et al.*, 2013), fato também apontado em outro estudo nacional, que cita o APNCU como tendo melhor poder discriminatório (VALE; ALMEIDA; DE ALMEIDA, 2021). Portanto, na análise de resultados de estudos nesta linha de pesquisa (avaliação da qualidade/adequação do pré-natal), faz-se



necessário conhecer com profundidade o modelo de avaliação utilizado, buscando, assim, evitar vieses de interpretação e distorções das reais evidências encontradas.

Sabe-se que há outros modelos de avaliação da adequação/qualidade do pré-natal que poderiam ser citados, a exemplo do mais recente Programa Previne Brasil (2019), que considera o início do pré-natal até a 12ª semana gestacional, com número mínimo de seis consultas realizadas, exames para sífilis e HIV e atendimento odontológico da gestante. Todavia, na presente subseção, optou-se por descrever, no Quadro 3, somente 20 modelos, sendo 16 nacionais e 4 internacionais.

**Quadro 3 – Modelos nacionais e internacionais de avaliação da adequação/qualidade da assistência pré-natal**

Programa ou Autoria	Critérios de adequação/qualidade da assistência pré-natal
Nacional: Ciari Jr., Santos e Almeida (1972)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Início do pré-natal no primeiro trimestre e realização de cinco ou mais consultas.</li><li>• Os autores propõem também sete indicadores para avaliação quantitativa dos serviços prestados: 1) média de consultas por médico; 2) proporção entre consultas dadas e possíveis; 3) média de idade de gestação na matrícula; 4) média de consultas por gestante; 5) proporção entre matrículas e consultas em continuação; 6) número teórico de consultas; e 7) facilidades oferecidas pelo serviço.</li></ul>
Internacional: Kessner <i>et al.</i> (1973)	<p>Denominado “Índice de Kessner”.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adequado: Gestante com até 13 semanas de gestação e uma ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 14 a 17 semanas de gestação e duas ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 18 a 21 semanas de gestação e três ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 22 a 25 semanas de gestação e quatro ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 26 a 29 semanas de gestação e cinco ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 30 a 31 semanas de gestação e seis ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 32 a 33 semanas de gestação e sete ou mais consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 34 a 35 semanas de gestação e oito ou mais consultas de pré-natal realizadas; e, por fim, gestantes com 36 ou mais semanas de gestação e nove ou mais consultas de pré-natal realizadas.</li><li>• Inadequado: Gestantes com 14 a 21 semanas de gestação e nenhuma consulta de pré-natal realizada; gestantes com 22 a 29 semanas de gestação e apenas uma ou nenhuma consulta de pré-natal realizada; gestantes com 30 a 31 semanas de gestação e até duas consultas de pré-natal realizadas; gestantes com 32 a 33</li></ul>

	<p>semanas de gestação e até três consultas de pré-natal realizadas; e, por fim, gestantes com 34 ou mais semanas de gestação e até quatro consultas de pré-natal realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermediário: Demais situações.</li> </ul>
<p>Internacional: Alexander e Cornely (1987)</p>	<p>Denominado “Revised Graduated Prenatal Care Utilization Index (R-GINDEX)”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Início do pré-natal antes do 4º mês de gestação, e com número de consultas distribuídas de acordo com a duração da gravidez, de modo que, a partir de 36 semanas gestacionais, ocorra uma consulta de pré-natal a cada semana até o parto.</li> </ul>
<p>Internacional: Rosen <i>et al.</i> (1991)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início do pré-natal até a 8ª semana de gestação, com um total de nove consultas para mulheres primigestas e sete consultas para múltiparas.</li> </ul>
<p>Nacional: Takeda (1993)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em relação ao número de consultas combinado com o início do pré-natal: Adequado, quando o pré-natal iniciou antes da 20ª semana de gestação e teve a realização de cinco ou mais consultas</li> <li>• Em relação às semanas gestacionais nas quais as consultas foram realizadas: Adequado, quando houve a realização de, no mínimo, uma consulta de pré-natal a cada período gestacional avaliado (&lt; 20 semanas de gestação; 20 a 26 semanas de gestação; 27 a 32 semanas de gestação; 33 a 37 semanas de gestação; e 38 a 42 semanas); ou Intermediário, quando houve a realização de consultas de pré-natal em somente três ou quatro dos cinco períodos de gestação avaliados; ou Inadequado, quando houve a realização de consultas de pré-natal em somente um ou dois dos cinco períodos de gestação avaliados.</li> <li>• Em relação ao conteúdo das consultas: Adequado, quando os parâmetros pesquisados foram realizados pelo menos uma vez para cada período gestacional em que houveram consultas; ou Intermediário, quando foram realizados em 80% das vezes; ou Inadequado, para as demais situações.</li> </ul>
<p>Internacional: Kotelchuck (1994)</p>	<p>Denominado “Adequacy Prenatal Care Utilization Index (APNCUI)”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado Plus: Pré-natal iniciado até o 4º mês de gestação e com 110% ou mais de realização das consultas recomendadas.</li> <li>• Adequado: Pré-natal iniciado até o 4º mês de gestação e com 80 a 109% de realização das consultas recomendadas.</li> <li>• Intermediário: Pré-natal iniciado no 4º mês de gestação e com 50 a 79% de realização das consultas recomendadas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inadequado: Pré-natal iniciado após o 4º mês de gestação ou com menos de 50% de realização das consultas recomendadas.</li></ul> <p>Esse índice adota a recomendação do American College of Obstetricians and Gynecologists em relação à distribuição das consultas de pré-natal, da seguinte forma: uma consulta por mês até a 28ª semana de gestação; uma consulta a cada 2 semanas até a 36ª semana de gestação; e uma consulta por semana a partir da 36ª semana de gestação.</p>
Nacional: Brasil (2000a)	<p>Denominado “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)”</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Critérios individualizados: a) Primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; b) Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; c) Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; d) Realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; e HB/Ht, na primeira consulta; e) Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta – no caso de municípios com população acima de 50 mil habitantes; f) Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; g) Realização de atividades educativas; e h) Classificação de risco gestacional, a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes, com garantia às gestantes classificadas como de risco, do atendimento ou acesso à unidade de referência ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.</li><li>• Indicadores de Processo: 1) Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município); 2) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal; 3) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério; 4) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos; 5) Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos; 6) Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica; e 7) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06)</li></ul>

	<p>consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de Resultado: 1) Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município; e 2) Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.</li> <li>• Indicadores de Impacto: 1º) Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior; 2º) Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior; 3º) Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior; 4º) Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior; 5º) Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior; e 6º) Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.</li> </ul>
<p>Nacional: Silveira, Santos e Costa (2001)</p>	<p>A adequação do pré-natal é avaliada de três formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª forma: adequado = seis ou mais consultas e início pré-natal antes de vinte semanas; inadequado = início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas; intermediário = demais situações.</li> <li>• 2ª forma: adequado = seis ou mais consultas, início pré-natal antes de vinte semanas e um mínimo de dois registros de cada um dos três exames; inadequado = início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas, ou nenhum exame registrado; intermediário = demais situações.</li> <li>• 3ª forma: adequado = quando foram verificados cinco ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e dois ou mais registros da apresentação fetal; inadequado = quando foram verificados dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíofetais, edema e peso, sem qualquer registro da apresentação fetal.</li> </ul>
<p>Nacional: Coutinho <i>et al.</i> (2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado: início do pré-natal antes da 14ª semana gestacional, com seis ou mais consultas, e número mínimo dos exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Ht: um registro; glicemia, VDRL e urina tipo 1: dois registros) e dos procedimentos clínico-obstétricos obrigatórios (AU, IG, PA, edema e peso: cinco ou mais registros; BCF: quatro ou mais registros; apresentação fetal: dois ou mais registros).</li> <li>• Inadequado: a) início do pré-natal após a 27ª semana de gestação; ou b) duas ou menos consultas de pré-natal realizadas; ou c) nenhum registro de exame laboratorial;</li> </ul>

	<p>ou d) duas ou menos anotações de AU, IG, PA, edema, peso e BCF ou nenhum registro da apresentação fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermediário: Demais situações.</li> </ul>
Nacional Coimbra <i>et al.</i> (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado: Pré-natal começando até o quarto mês e a gestante realizando um mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, ou menor número de consultas de acordo com a idade gestacional.</li> <li>• Intermediário: Pré-natal começando até o sexto mês e realizando cinco consultas para uma gestação a termo e menor número de consultas de acordo com a idade gestacional.</li> <li>• Inadequado: Pré-natal começando após o sexto mês de gestação ou realização de número de consultas abaixo do mínimo recomendado para a idade gestacional.</li> <li>• Pré-natal ausente: Incluem todas as mulheres que não realizaram o pré-natal.</li> <li>• Casos ignorados: Incluem as mulheres que não souberam informar o mês de início ou o número de consultas realizadas.</li> </ul>
Nacional: Carvalho e Novaes (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequação geral: a) realização de sete ou mais consultas de pré-natal, sendo, no mínimo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e quatro no terceiro trimestre; b) proporção de registros de pressão arterial, de medidas do peso materno, da altura uterina e dos batimentos cardíacos fetais, ponderados pelo número de consultas realizadas, sendo adequados se estivessem presentes em no mínimo 70% das consultas; e c) presença do registro de pelo menos quatro dos procedimentos previstos: exame laboratorial de tipagem sanguínea, exame de VDRL, dosagem de hemoglobina, teste simplificado de tolerância à glicose ou glicemia de jejum, avaliação da apresentação fetal e vacinação antitetânica.</li> </ul>
Nacional: Brasil (2011b)	<p>Denominado “Rede Cegonha”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matriz diagnóstica (2º Grupo: Indicadores de Atenção): Percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; e Percentual de gestantes com todos os exames preconizados.</li> <li>• Critérios individualizados: a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e</li> </ul>

	<p>programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Novos exames de pré-natal: Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematócrito e hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteinúria (teste rápido); e Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo. E exames adicionais para gestantes de alto-risco: Contagem de plaquetas; Dosagem de proteínas (urina 24 horas); Dosagens de ureia, creatinina e ácido úrico; Eletrocardiograma; Ultrassom obstétrico com Doppler e Cardiotocografia anteparto</li> </ul>
<p>Nacional: Anversa et al. (2012)</p>	<p>A qualidade do pré-natal é avaliada em quatro níveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível 1: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas e o início do pré-natal antes de 20 semanas); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas); intermediária (nas demais situações).</li> <li>• Nível 2: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de 20 semanas de gestação, cinco ou mais registros de cada um dos seguintes procedimentos: pressão arterial, peso, idade gestacional, registros da altura uterina, e quatro ou mais registros dos batimentos cardíacos e movimentos fetais); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas de gestação, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíacos e movimentos fetais); intermediária (nas demais situações).</li> <li>• Nível 3: adequada [quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas, início do pré-natal antes de vinte semanas de gestação e um registro dos exames: tipagem sanguínea e fator RH (ABO/RH), hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), exame de sífilis (VDRL), exame qualitativo de urina (EQU), glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV, além de um exame HBsAg (antígeno de superfície do vírus da hepatite B)]; inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28</li> </ul>

	<p>semanas ou menos de três consultas e nenhum registro dos exames); intermediária (em todas as demais situações).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível 4: adequada (quando no cartão da gestante estavam registradas seis ou mais consultas de pré-natal e início do pré-natal antes de vinte semanas, cinco ou mais registros dos procedimentos de aferição da pressão arterial, peso, idade gestacional, altura uterina e quatro ou mais registros dos batimentos cardíacos e movimentos fetais e pelo menos um dos exames: ABO/RH, Ht/Hb, VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e toxoplasmose na primeira consulta, e nova realização dos exames próximo à 30ª semana de gestação: VDRL, EQU, glicemia de jejum, teste anti-HIV e um exame HBsAg); inadequada (quando no cartão da gestante estava registrado o início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas, dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, peso, batimentos cardíacos, movimentos fetais e nenhum registro dos exames; intermediária (nas demais situações).</li> </ul>
<p>Nacional: Silva et al. (2013)</p>	<p>Denominado “Índice IPR/Pré-Natal”, com IPR correspondente às seis questões relacionadas à Infraestrutura (I), às seis questões relacionadas ao Processo (P) e às 11 questões relacionadas aos Resultados (R). Para cada questão de cada um dos componentes, atribui-se o valor 1 para adequado, quando em conformidade com os critérios estabelecidos, e 2 para inadequado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado superior: quando 100% das questões receberam o valor 1 (adequado).</li> <li>• Adequado: quando os itens adequados representarem 75% ou mais das respostas.</li> <li>• Intermediário: quando as respostas adequadas representarem 51 a 74%.</li> <li>• Inadequado: quando 50% ou menos das respostas são adequadas.</li> </ul>
<p>Nacional: Leal et al. (2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado: início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional, número de consultas igual ou maior que seis; aferição da pressão arterial e do peso em todas as consultas e exame de mamas em pelo menos uma consulta; realização de hemograma, glicemia e exame de urina; realização de teste para sífilis (VDRL-venereal disease research laboratory) e Aids (HIV-human immunodeficiency virus) com entrega do resultado em até 15 dias; recebimento de orientação sobre aleitamento materno e sobre o local do parto.</li> <li>• Parcialmente adequado (se houve pelo menos uma das seguintes ocorrências): início do pré-natal no segundo trimestre gestacional, número de consultas entre três e cinco; aferição da pressão arterial, do peso e exame das mamas em pelo menos uma consulta; ter realizado pelo</li> </ul>

	<p>menos três dos cinco exames laboratoriais acima listados, podendo não ter recebido orientação sobre aleitamento ou local do parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadequada (se houve pelo menos uma das seguintes ocorrências): início do pré-natal no terceiro trimestre gestacional, número de consultas menor que três e ter realizado menos de três dos cinco exames recomendados.</li> </ul>
Nacional: Holanda <i>et al.</i> (2015)	<p>Denominado “Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério (IAAPPP)”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A qualidade da assistência prestada no pré-natal, no parto e após o parto, na visão das usuárias, é definida pelo número de respostas "Concordo", de modo que, quanto maior o número de aquiescências, mais adequada a assistência frente às necessidades das mulheres.</li> </ul>
Nacional: Domingues <i>et al.</i> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início do pré-natal até a 12ª semana gestacional; número adequado de consultas para a idade gestacional no parto, considerando o calendário de seis consultas; o registro de pelo menos um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de pré-natal: glicemia, urina, sorologia para sífilis, sorologia para HIV e ultrassonografia; e o recebimento da orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto.</li> </ul>
Nacional: Goudard <i>et al.</i> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequado: quando a gestante iniciou o pré-natal até o quarto mês de gestação; realizou, no mínimo, seis consultas para uma gestação a termo (<math>\geq 37</math> semanas) ou um menor número de acordo com a idade gestacional ao parto (três consultas até 29 semanas; quatro consultas de 30 a 33 semanas e cinco consultas de 34 a 36 semanas); confirmou solicitação dos exames básicos de rotina (exame de sangue para hematócrito/hemoglobina e glicemia, exame do tipo sanguíneo, exame de sífilis, exame de urina, anti-HIV); realizou vacinação antitetânica anterior ou vacinação na gestação atual; confirmou ter sido aferida sua pressão arterial, seu peso e a medida da altura do fundo uterino; cálculo da idade gestacional por meio da data da última menstruação e exame das mamas.</li> <li>• Inadequado: Demais situações.</li> </ul>
Nacional: Cunha (2017)	<p>Denominado “Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) da Atenção ao Pré-Natal na APS”, que conta com 2 dimensões, 6 subdimensões, 19 indicadores e 30 medidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A dimensão Aspectos Estruturais analisa condições de Infraestrutura, Recursos Humanos e Padronização da Atenção que dão condições para as equipes realizarem suas atividades. A dimensão Aspectos Operacionais analisa as atividades realizadas pelas equipes, com foco na Organização da Atenção, Promoção e Prevenção e Seguimento.</li> </ul>



	A MAJ permite classificar o pré-natal em “Adequado”, “Pouco adequado”, e “Inadequado”, a partir de parâmetros definidos pela autora.
Nacional: Aratani (2020)	Denominado “Matriz avaliativa para análise do comportamento da atenção ao pré-natal”, elaborado a partir das premissas da Rede Cegonha. <ul style="list-style-type: none"><li>• Avalia as dimensões Processo, Resultado e Estrutura, com a determinação de indicadores e respectivos parâmetros de adequação. A matriz apresenta também a forma de cálculo de cada indicador e a fonte de dados.</li></ul>

Elaborado pelo autor.

### 3.4 Assistência ao trabalho de parto e parto

A assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto passou por importantes configurações no decorrer do tempo, sobretudo com a transição do nascimento do ambiente doméstico para o hospitalar. Sabe-se que, historicamente, tal atenção era de responsabilidade exclusivamente feminina, marcada pela presença singular das parteiras tradicionais em todo o processo de parturição. Entretanto, a partir do século XX, com a intensificação da hospitalização, outros sujeitos e tipos de parto passaram a ser registrados (BRASIL, 2014; SANTOS *et al.*, 2017).

Como consequência destas mudanças, a taxa de cesarianas no Brasil tem apresentado um crescimento contínuo, sendo ainda considerada uma das maiores do mundo. Para melhor compreensão do cenário brasileiro, destaca-se que a proporção de cesáreas nos países nórdicos é de cerca de 17% (PYYKÖNEN *et al.* 2017), e os últimos dados disponíveis (2010–2018) de 154 países que cobrem 94,5% dos nascidos vivos no mundo mostraram que 21,1% das mulheres deram à luz por cesariana em todo o mundo, com médias percentuais que variaram de 5% na África Subsaariana a 42,8% na América Latina e no Caribe. O Brasil alcançou a maior prevalência de cesarianas (58,1%) das Américas e a segunda maior do mundo, ligeiramente depois da República Dominicana (58,1%), e seguido por Chipre (55,3%), Egito (51,8%) e Turquia (50,8%). Os cinco países com as menores prevalências de cesariana em todo o mundo pertencem à África: Chade (1,4%), Níger (1,4%), Etiópia (1,9%), Madagáscar (2%) e Camarões (2,4%). As menores prevalências em outras regiões foram: Timor-Leste (3,5%) na Ásia, Papua Nova Guiné (3,0%) na Oceania, Holanda (14,9%) na Europa e Haiti (5,4%) na América Latina (BETRAN *et al.*, 2021).

Ainda nesse contexto, estudo de abrangência nacional realizado com 11.074 puérperas brasileiras mostrou que, embora 72,3% delas tenham referido o desejo pelo parto vaginal no início da gravidez, a operação cesariana ocorreu em 55,4% das entrevistadas (DOMINGUES *et al.*, 2014). Isso é altamente questionável, ao se considerar as específicas indicações clínicas para a cesárea no país (BRASIL, 2013; CONITEC, 2015). Inclusive, para a OMS, não existem motivos que justifiquem proporções de cesarianas superiores a 15% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Esse cenário reforça a afirmação de que a cesariana, cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo como principal via de parto no Brasil (LEAL; DA GAMA, 2014), apesar dos riscos aumentados e das recomendações vigentes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; 2013; 2015; 2018).

Torna-se pertinente mencionar a recente Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.284, de 22 de outubro de 2020, que dispõe ser ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal. De acordo com a Resolução, é ético o médico realizar a cesariana a pedido e, se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, encaminhar a gestante a outro profissional. Traz que é direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e o cesariano, seus respectivos benefícios e riscos, e sendo tal decisão registrada em termo de consentimento livre e esclarecido. Todavia, para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo haver o registro em prontuário (CFM, 2020).

Acrescenta-se uma outra problemática da parturição brasileira, a peregrinação no anteparto, que diz respeito à busca da gestante por internação para o parto em mais de um serviço de saúde, aumentando significativamente os riscos de intercorrências/complicações e até de morte materna e/ou fetal (MENDES *et al.*, 2019). A Lei nº 11.634/2007 assegura o direito a toda gestante a ter conhecimento prévio e à vinculação à maternidade de referência na qual será realizado seu parto,

porém estudos nacionais evidenciam prevalências em torno de 30% de mulheres que peregrinam no anteparto (MENDES *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2018).

Para analisar a qualidade da assistência recebida no parto em relação à problemática da peregrinação e da necessidade de humanização no atendimento, Leal *et al.* (2015) propõem a utilização do seguinte modelo: Adequada, se realização do parto na maternidade indicada durante o pré-natal, no primeiro serviço procurado, espera para internação menos de uma hora e acompanhante em todos os momentos do parto; Parcialmente adequada, se realização do parto no local indicado, no primeiro serviço procurado, espera para internação menos de uma hora e acompanhante em um ou dois momentos; e Inadequada, se não ser atendida no primeiro serviço que procurou, ou esperar mais de uma hora para internação, ou parir em outro município, ou não ter tido acompanhante em nenhum momento do parto.

Cabe aqui destacar também o consolidado Índice de Bologna, a primeira ferramenta concreta para quantificar e avaliar a qualidade de assistência ao parto e nascimento no mundo, possibilitando a sua comparação nos diferentes territórios (SANDIN-BOJÖ; KVIST, 2008). Foi criado pela Organização Mundial de Saúde em uma reunião intitulada Força Tarefa Perinatal, na cidade de Bologna, no ano de 2000, visando avaliar como o Trabalho de Parto é manejado dentro de uma instituição de saúde, por meio de algumas variáveis (CHALMERS; PORTER, 2001; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). O Índice de Bologna compreende três indicadores da assistência ao parto e nascimento: Indicador A - porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva; Indicador B - porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde; e, comumente mais utilizado, Indicador C, que por sua vez apresenta cinco variáveis avaliativas: 1) presença de acompanhante durante o parto; 2) presença de partograma; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino/manobra de Kristeller, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórceps e/ou vácuo extrator); 4) parto em posição não supina; e 5) contato pele a pele entre mãe e filho por um período mínimo de 30 minutos na primeira hora de vida. Assim, a cada variável do Indicador C é atribuída a nota “1”, se presente, e “0”, se ausente, e o valor do índice é obtido por meio do somatório dos resultados obtidos neste Indicador. A pontuação máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e a pontuação “0” corresponde a um parto mal conduzido (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SANDIN-BOJÖ; KVIST, 2008).

Ademais, ainda sobre o parto vaginal, entendido como o mais seguro para a mulher e criança, ressalta-se que, até o aumento da atuação médica (especialmente no ambiente hospitalar), as mulheres utilizavam, predominantemente, as posições verticais na parturição (BRASIL, 2014). Porém, na contemporaneidade, estudos nacionais evidenciam que a maioria delas permanece em posição horizontal durante o parto vaginal (66,8%) (SOUSA *et al.*, 2016) (81,5%) (SANTOS *et al.*, 2017). Nesse aspecto, pontua-se que, desde 1996, a Organização Mundial de Saúde recomenda às mulheres adotarem a posição que melhor lhes agrada para o parto, mas que evitem longos períodos em posição horizontal (WHO, 1996). As principais vantagens da posição verticalizada no parto vaginal são: menor duração do parto, redução do desconforto e dificuldade nos puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais e perineais e de infecções (BRASIL, 2001; LAWRENCE *et al.* 2011; 2013).

Quanto à episiotomia, é importante pontuar que sua utilização é indicada somente para situações de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e quando houver risco de laceração de terceiro grau (WHO, 1996). Entretanto, apesar destas restrições, estudo nacional mostrou que seu uso ocorre de forma indiscriminada pelos profissionais de saúde, chegando a 90% do total de partos instrumentados (parto vaginal com a ajuda de vácuo, fórceps ou espátulas). A primiparidade, a indução do trabalho de parto e a utilização da posição horizontal durante a expulsão fetal são algumas das principais variáveis clínicas associadas à episiotomia (BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016).

Pesquisadores ressaltam que a intenção original da episiotomia era de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal e proteger o neonato do trauma do parto. Todavia, com a instrumentalização do parto e uso indiscriminado de intervenções, suas restrições acabaram perdendo a devida importância por parte dos profissionais de saúde que a realizam. Ademais, trata-se de uma prática incorporada à rotina da assistência obstétrica no início do século passado, sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado (LEAL *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2017).

Outro aspecto importante a ser mencionado no contexto de parturição diz respeito aos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde recomenda a utilização destes métodos não invasivos / não farmacológicos durante o trabalho de parto, sugerindo inicialmente a deambulação e/ou adoção de qualquer posição que a mulher preferir, com a liberdade

de posturas eretas, como sentar, ficar em pé ou caminhar, sem que haja a interferência de cuidadores, especialmente durante a primeira fase do trabalho de parto. Cita ainda o uso de um chuveiro ou banheira, o toque e massagem por um acompanhante, além de técnicas de atenção como respiração padronizada, treinamento e relaxamento, de modo a desviar a sua atenção da dor. Ademais, tais métodos podem ser aplicados em combinação com outras estratégias, incluindo a hipnose, música, *biofeedback*, uso de calor e frio superficial, acupuntura, ervas e aromaterapia com óleos perfumados. Em síntese, são métodos inofensivos e recomendados, uma vez que são úteis para a maioria das mulheres (OMS, 1996).

Estudo nacional mostrou que a principal motivação para o uso dos métodos não farmacológicos pelas mulheres em trabalho de parto foi a redução da dor, e ainda referiram alto grau de satisfação na utilização desta prática. Os autores reforçam a importância de informar às gestantes, às parturientes e aos seus acompanhantes sobre as estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o trabalho de parto, para que, nesse momento, possam, em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método (MIELKE; GOUVEIA; GONÇALVES, 2019).

Além disso, ainda no contexto de trabalho de parto, torna-se importante também mencionar o partograma, um instrumento que representa em gráfico a evolução do trabalho de parto. A utilização desta ferramenta no acompanhamento da parturiente em fase ativa do trabalho de parto contribui para uma assistência adequada, indicando desvios neste processo, e se necessário, permitindo intervenções em tempo oportuno para garantia da saúde materna e fetal (LUCENA; SANTOS; MORAIS, 2019).

Destaca-se que, no Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) apresentou um conjunto de princípios gerais e de condições para a adequada assistência ao parto. De acordo com a Portaria GM/MS nº 569/2000, receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação dos serviços de saúde, e a adoção de práticas humanizadas e seguras implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como na incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas. Ademais, o PHPN listou 10 responsabilidades para todos os serviços de saúde no âmbito do SUS, no sentido de garantir a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto:

1ª) Atender a todas as gestantes que as procurem;

- 2ª) Garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
- 3ª) Estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
- 4ª) Transferir a gestante e/ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- 5ª) Estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
- 6ª) Garantir a presença de pediatra na sala de parto;
- 7ª) Realizar o exame de VDRL na mãe;
- 8ª) Admitir a visita do pai sem restrição de horário;
- 9ª) Garantir a realização das seguintes atividades: a) realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento às intercorrências obstétricas; b) recepcionar e examinar as parturientes; c) assistir as parturientes em trabalho de parto; d) assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos; e) proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos; f) assistir a partos normais; g) realizar partos cirúrgicos; h) assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita; i) assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intrauterina (AMIU); j) prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido; k) elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto; l) registrar a evolução do trabalho de parto em partograma; m) proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto; e n) garantir o apoio diagnóstico necessário.
- 10ª) Dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.

A Rede Cegonha, também instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, traz em seu componente Parto e Nascimento a necessidade de haver: a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; d) garantia

de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde orienta que, no caso de parto vaginal de risco habitual, não devem ser implementadas intervenções de rotina, e sim a observação atenta por parte de profissionais treinados e qualificados para a detecção precoce de possíveis complicações. Estes, por sua vez, deverão atuar no encorajamento e apoio desta mulher, ofertando orientações em todo o trabalho de parto e nascimento, à luz das melhores evidências disponíveis e da humanização, para o desenvolvimento saudável e seguro do parto, e consequente redução da morbimortalidade materna e neonatal (WHO, 1996).

Pontua-se que o Brasil não atingiu as metas de redução da mortalidade materna e infantil propostas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015, sendo necessário intensificar os esforços na investigação e vigilância destes óbitos – que ocorrem, sobretudo, em contextos de condições socioeconômicas desfavoráveis, especialmente acometendo mulheres jovens, negras, vitimizadas por condições infecciosas e cardiovasculares -, além de priorizar a educação na saúde e a implementação efetiva de programas e políticas públicas para garantia da saúde das mulheres e crianças neste processo (MENEZES; BEZERRA; BEZERRA, 2015).

Frente ao exposto, observa-se que o Ministério da Saúde tem buscado há mais de duas décadas, com maior especificidade, reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil (especialmente, neonatal) e os índices de cesariana e de intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto, a partir da criação de programas e políticas públicas para humanizar essa assistência no país, tendo como base as recomendações da OMS vigentes desde 1996. Acredita-se, desse modo, que neste momento, o que deve ser priorizado é um resgate destas boas práticas entre os profissionais atuantes no pré-natal, parto e nascimento do Brasil, fortalecendo a educação continuada e educação permanente entre os trabalhadores e a educação em saúde junto à população, para que a teoria se torne, cada vez mais, uma realidade na prática assistencial à saúde materno-infantil.

## 3.4.1 Parto vaginal: diretrizes assistenciais

A presente subseção traz um sumário de recomendações assistenciais constante nas “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal”, publicadas em 2017 pelo Ministério da Saúde no Brasil, e que por sua vez foram baseadas no Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) publicadas em 2016 (BRASIL, 2017; CONITEC, 2016). Estas Diretrizes foram elaboradas por um grupo multidisciplinar, o Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS).

O Quadro 4 apresenta um total de 225 recomendações assistenciais ao parto vaginal, distribuídas da seguinte forma: a) Local de assistência ao parto, com recomendações relacionadas ao serviço e profissionais (1 a 11); b) Cuidados gerais durante o trabalho de parto, com recomendações relacionadas às informações e comunicação, ao apoio físico e emocional, à dieta durante o trabalho de parto, às medidas de assepsia para o parto vaginal e à avaliação do bem-estar fetal (12 a 25); c) Alívio da dor no trabalho de parto, com recomendações relacionadas à experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto, às estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, à analgesia inalatória, intramuscular, endovenosa e regional, à Ruptura Prematura de Membranas (RPM) no termo e à eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto (26 a 88); d) Assistência no primeiro período do parto, com recomendações relacionadas ao diagnóstico do início do trabalho de parto e momento de admissão para assistência ou início da assistência no domicílio, à definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto, às observações e monitoração no primeiro período do parto, às intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto e à falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto (89 a 112); e) Assistência no segundo período do parto, com recomendações relacionadas ao ambiente de assistência, posições e imersão em água, aos puxos e manobra de Kristeller, à definição e duração do segundo período do trabalho de parto, à falha de progresso no segundo período do parto e aos cuidados com o períneo (113 a 143); f)



Assistência no terceiro período do parto, com recomendações relacionadas aos aspectos assistenciais e à retenção placentária (144 a 170); g) Cuidados maternos imediatamente após o parto, com recomendações relacionadas à observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto e aos cuidados com o períneo (171 a 191); e h) Assistência ao recém-nascido, com recomendações assistenciais imediatamente após o parto (192 a 225).

## Quadro 4 – Sumário de recomendações do Ministério da Saúde na assistência ao parto vaginal

<b>LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>	
<b>Serviço</b>	<p>1) Informar às gestantes de risco habitual que o parto normal é geralmente muito seguro tanto para a mulher quanto para a criança.</p> <p>2) Informar às gestantes de risco habitual sobre os riscos e benefícios dos locais de parto (domicílio, centro de parto normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade).</p> <p>3) As mulheres nulíparas ou múltiparas que optarem pelo planejamento do parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos dessa, e cientes dos riscos e benefícios desses locais, devem ser apoiadas em sua decisão.</p> <p>4) Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no país.</p> <p>5) Informar às nulíparas de risco habitual que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado, tendo em vista o maior risco de complicações para a criança.</p> <p>6) Informar às múltiparas de risco habitual que, tendo em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, desde que atenda o item 8.</p> <p>7) As mulheres devem receber as seguintes informações sobre o local de parto:                      - acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria); - acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes; - acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras substâncias analgésicas; - a probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local escolhido), as razões porque isso pode acontecer e o tempo necessário para tal.</p> <p>8) Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência.</p> <p>9) Considerar os fatores de risco que indicam o planejamento do parto em uma maternidade.</p>
<b>Profissionais</b>	<p>10) A assistência ao parto e nascimento de risco habitual que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetriz.</p> <p>11) É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência ao parto de risco habitual, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.</p>
<b>CUIDADOS GERAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO</b>	
<b>Informações e comunicação</b>	<p>12) Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de</p>

	<p>voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.</p> <p>13) Para estabelecer comunicação com a mulher, os profissionais devem: - cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada; - manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando à ela que tudo está indo bem; - bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo; - perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa; - se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação, tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas; - verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português; - avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela; - encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades; - solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação; - mostrar à mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar; - envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.</p> <p>14) Durante o pré-natal, informar as gestantes sobre os seguintes assuntos: - riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.); - a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes no mesmo momento que a mulher; - estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos); - organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas; - os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.</p>
<p><b>Apoio físico e emocional</b></p>	<p>15) Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.</p> <p>16) O apoio por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.</p> <p>17) Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.</p> <p>18) As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula).</p>
<p><b>Dieta durante o trabalho de parto</b></p>	<p>19) Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.</p> <p>20) Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opioides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.</p> <p>21) Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de risco habitual para anestesia geral durante o trabalho de parto.</p> <p>22) As mulheres que receberem opioides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos.</p>

<b>Medidas de assepsia para o parto vaginal</b>	23) A água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal se houver necessidade, antes do exame vaginal. 24) Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.
<b>Avaliação do bem-estar fetal</b>	25) A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de risco habitual deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto. Utilizar estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler: - realizar a ausculta antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única; - registrar acelerações e desacelerações se ouvidas; - Palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciar os batimentos fetais e da mãe.
<b>ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO</b>	
<b>Experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto</b>	26) Os profissionais de saúde devem refletir sobre como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher.
<b>Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto</b>	27) Sempre que possível, deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto. 28) Os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto, visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto. 29) Se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto, que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha. 30) Se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada. 31) A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto. 32) A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido. 33) A acupuntura pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal. 34) Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto. 35) A hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado para tal. 36) Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar áudio-analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto. 37) Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.
<b>Analgesia inalatória</b>	38) O óxido nítrico a 50% em veículo específico pode ser oferecido para alívio da dor no trabalho de parto, quando possível e disponível, mas informar às mulheres que elas podem apresentar náusea, tonteiras, vômitos e alteração da memória.
<b>Analgesia intramuscular e endovenosa</b>	39) Os opioides não devem ser utilizados de rotina, pois estes oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para a mulher (náusea, sonolência e tonteira) e para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias), assim como interferência negativa no aleitamento materno. 40) Diante da administração de opioides (EV ou IM), utilizar concomitantemente um antiemético. 41) Até duas horas após a administração de opioides (EV ou IM), ou se sentirem sonolentas, as mulheres não devem entrar em piscina ou banheira. 42) Analgesia com opioides é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto, como por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso.

	<p>43) Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica no ambiente extra-hospitalar ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto).</p>
<b>Analgesia regional</b>	<p>44) A analgesia regional deve ser previamente discutida com a gestante antes do parto, e seus riscos e benefícios devem ser informados.</p> <p>45) As seguintes informações devem ser oferecidas à mulher: - a analgesia regional só está disponível no ambiente hospitalar; - é mais eficaz para alívio da dor que os opioides; - não está associada com aumento na incidência de dor lombar; - não está associada com primeiro período do parto mais longo ou aumento na chance de cesariana; - está associada com aumento na duração do segundo período do parto e na chance de parto vaginal instrumental; - necessita de nível mais elevado de monitoração e a mobilidade pode ser reduzida.</p> <p>46) Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica no ambiente extra-hospitalar ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto).</p> <p>47) A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos.</p> <p>48) A analgesia peridural e a analgesia combinada raqui-peridural (RPC) constituem técnicas igualmente eficazes para alívio da dor de parto. A escolha entre elas será influenciada pela experiência do anestesiológico com a técnica.</p> <p>49) Iniciar a analgesia peridural com as substâncias usuais (bupivacaína, ropivacaína e levobupivacaína) diluídas na dose: volume 13 a 20 ml em concentração de 0,0625% a 0,1%, acrescidos de fentanila (2 mcg/ml), ou opioide lipossolúvel em dose equipotente.</p> <p>50) Quando se pretende fornecer alívio rápido da dor, sem elevação da dose de anestésico, a via intratecal é a técnica de escolha.</p> <p>51) Quando se utilizar a RPC, adequar a dose ao momento do parto: - fase não avançada do parto (doses próximas a 15 mcg de fentanila intratecal ou outro opioide lipossolúvel em dose equivalente); - fase avançada do parto (bupivacaína 1,25 mg intratecal ou outro anestésico em dose equivalente, associada ao opioide lipossolúvel).</p> <p>52) A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com a menor concentração efetiva de cada anestésico; como exemplo bupivacaína 0,0625% ou ropivacaína 0,1%, ambos acrescidos de fentanila (2 mcg/ml) ou doses equipotentes de outro opioide lipossolúvel.</p> <p>53) A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com volumes próximos a 10 ml/h.</p> <p>54) A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser individualizada, levando em consideração a resposta à solução inicial, assim como particularidades da mulher. Mediante resposta insatisfatória na primeira hora de infusão, deve-se elevar a dose de anestésico, aumentando a taxa de infusão de forma escalonada até no máximo 20 ml/h. Mediante resposta persistentemente insatisfatória, deve-se elevar a concentração do anestésico, após revisar posicionamento do cateter.</p> <p>55) A manutenção da analgesia peridural em bolus intermitente ou sob regime de PCA ("analgesia peridural controlada pela paciente") são os modos preferidos de administração para a manutenção da analgesia peridural.</p> <p>56) A utilização de um ou outro modo dependerá da disponibilidade de recursos locais.</p> <p>57) Não se recomendam rotineiramente altas concentrações de soluções de anestesia local (0,25% ou acima de bupivacaína ou equivalente) para estabelecer ou manter a analgesia peridural.</p> <p>58) Antes da realização da analgesia regional de parto deve haver acesso venoso pré-estabelecido.</p> <p>59) Pré-hidratação não deve ser utilizada de forma rotineira, mas apenas em casos selecionados.</p>

	<p>60) Toda gestante após analgesia regional deve ser avaliada quanto à ocorrência de hipotensão arterial, sendo a necessidade de hidratação ou suporte com substâncias vasoativas avaliada individualmente.</p> <p>61) A manutenção da hidratação deve obedecer a recomendação citada no item dieta no trabalho de parto. Convém ressaltar que, em função da administração de opioides, a oferta de dieta com resíduos é proscrita após anestesia regional.</p> <p>62) A gestante sob analgesia peridural, quando se sentir confortável e segura, deve ser encorajada a deambular e adotar posições mais verticais.</p> <p>63) A administração da solução peridural não deve ser interrompida no intuito de se otimizar desfechos, mas deve obedecer às necessidades e desejo materno, ainda que no período expulsivo.</p> <p>64) O cateter peridural, instalado durante o parto, poderá ser utilizado no terceiro estágio do parto, como, por exemplo, na reparação perineal.</p> <p>65) Após confirmados os 10 cm de dilatação, não se deve incentivar a gestante a realizar puxos, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível.</p> <p>66) Os puxos devem ser sempre durante a contração.</p> <p>67) Após constatado 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em até 4 horas, independente da paridade.</p> <p>68) A administração de ocitocina após analgesia regional não é recomendada de rotina e deve obedecer às recomendações referentes ao uso de uterotônicos expostas nas seções específicas.</p> <p>69) A técnica de analgesia no parto deve visar o controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas. Para isto, a iniciação e manutenção da analgesia com baixas concentrações de anestésico local constitui fator fundamental, particularmente importante para que as parturientes se mantenham em movimento.</p> <p>70) Toda gestante submetida a analgesia de parto deverá estar com monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI a cada 5 minutos e oximetria de pulso).</p> <p>71) Estando sob monitorização, após 15 minutos da administração do(s) agente(s), a gestante deverá ser avaliada quanto à resposta (nível do bloqueio, sensibilidade perineal, testes de função motora, teste do equilíbrio e de hipotensão postural). Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate “estado de anestesia” (hiposensibilidade e bloqueio motor), a gestante deverá permanecer no leito sob vigilância constante até nova reavaliação. Caso a avaliação seja favorável, somente “estado de analgesia”, a gestante estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar.</p> <p>72) Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate estado de anestesia (hiposensibilidade e bloqueio motor), os quais persistem mesmo após o terceiro estágio, a gestante deverá ser encaminhada a SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e permanecer no leito sob vigilância constante até alta pelo médico anesthesiologista.</p> <p>73) A rotina de monitoração para iniciação da analgesia de parto deve ser repetida nos momentos de doses de resgate via cateter peridural.</p> <p>74) Se após 30 minutos do início da analgesia ou dose de resgate for constatada inefetividade, o anesthesiologista deverá considerar falha técnica ou revisar individualmente as necessidades de alívio da dor da parturiente.</p> <p>75) Uma vez realizada analgesia de parto, ainda que não ocorram doses de resgate, o anesthesiologista deverá acompanhar a parturiente, com avaliação horária, até o terceiro período.</p> <p>76) Considerando a possibilidade de complicações, todo cateter peridural deve ser retirado pelo médico anesthesiologista. A gestante não poderá receber alta do bloco obstétrico, unidade PPP ou SRPA com cateter instalado, exceto com a autorização do anesthesiologista.</p> <p>77) Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, deve ser submetida a ausculta intermitente da FCF de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos. Uma vez alterado, deve-se instalar CTG, assim como proceder a cuidados habituais como decúbito lateral esquerdo e avaliar necessidade de otimização das condições respiratórias e</p>
--	---

	<p>circulatórias. Caso não ocorra melhora, seguir diretrizes próprias para conduta no estado fetal não tranquilizador.</p> <p>78) Se ocorrerem anormalidades graves da FCF, não transitórias, considerar outra causa que não analgesia regional e seguir diretrizes próprias para conduta no estado fetal não tranquilizador.</p>
<p><b>Ruptura Prematura de Membranas (RPM) no termo</b></p>	<p>79) Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente.</p> <p>80) Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas, realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações.</p> <p>81) Explicar às mulheres com ruptura precoce de membranas no termo que: - o risco de infecção neonatal grave é de 1%, comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas; - 60% das mulheres com ruptura precoce de membranas no termo entrará em trabalho de parto dentro de 24 horas; - a indução do trabalho de parto é apropriada dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas.</p> <p>82) Até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas: - aconselhar a mulher a aguardar em ambiente hospitalar; - medir a temperatura a cada 4 horas durante o período de observação e observar qualquer alteração na cor ou cheiro das perdas vaginais; - se a mulher optar por aguardar no domicílio, manter as mesmas recomendações anteriores e informá-la que tomar banho não está associado com um aumento da infecção, mas ter relações sexuais pode estar.</p> <p>83) Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a mulher não entrar em trabalho de parto, e aconselhá-la a comunicar imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais.</p> <p>84) Se o trabalho de parto não se iniciar dentro de 24 horas após a ruptura precoce das membranas, a mulher deve ser aconselhada a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, com serviço de neonatologia.</p>
<p><b>Eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto</b></p>	<p>85) Não se aconselha o uso de sistemas de gradação e classificação de mecônio para a conduta na eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto, exceto quando se considerar a amniotomia ou como critério de transferência. Ver as recomendações nº 87, 96 e 97.</p> <p>86) Tanto a monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, como a ausculta fetal intermitente, seguindo técnicas padronizadas, podem ser utilizadas para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto.</p> <p>87) Considerar a realização de amniotomia diante da eliminação de mecônio moderado a espesso durante o trabalho de parto, se não houver disponibilidade de monitoração eletrônica fetal contínua.</p> <p>88) Não existem evidências para recomendar ou não recomendar a cesariana apenas pela eliminação isolada de mecônio durante o trabalho de parto.</p>
<p><b>ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO</b></p>	
<p><b>Diagnóstico do início do trabalho de parto e momento de admissão para assistência ou início da assistência no domicílio</b></p>	<p>89) Incluir o seguinte quando da avaliação precoce ou triagem de trabalho de parto em qualquer local de assistência: - indagar à mulher como ela está e sobre os seus desejos, expectativas e preocupações; - indagar sobre os movimentos da criança, incluindo qualquer mudança nos mesmos; - oferecer informações sobre o que a mulher pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer se sentir dor; - oferecer informações sobre o que esperar quando procurar assistência; - estabelecer um plano de cuidados com a mulher, incluindo orientação de quando e com quem contatar posteriormente; - oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher.</p> <p>90) Se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E não está em trabalho de parto estabelecido (<math>\leq 3</math> cm de dilatação cervical): - ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição; - oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário; - encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar</li> </ul>

	<p>para casa, levando em consideração as suas preocupações, a distância entre a sua casa e o local do parto e o risco deste acontecer sem assistência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E está em trabalho de parto estabelecido (<math>\geq 4</math> cm de dilatação cervical): - Admitir para assistência.</li> </ul>
<p><b>Definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto</b></p>	<p>91) Para fins destas Diretrizes, utilizar as seguintes definições de trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando: - há contrações uterinas dolorosas E - há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.</li> <li>• Trabalho de parto estabelecido – quando: - há contrações uterinas regulares E - há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.</li> </ul> <p>92) A duração do trabalho de parto ativo pode variar: - nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; - nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.</p>
<p><b>Observações e monitoração no primeiro período do parto</b></p>	<p>93) Registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto: - frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora; - pulso de 1 em 1 hora; - temperatura e PA de 4 em 4 horas; - frequência da diurese; - exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).</p> <p>94) Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente.</p> <p>95) Transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital ou solicitar assistência de médico obstetra, se o mesmo não for o profissional assistente, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observações da mulher: - pulso <math>&gt;120</math> bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - PA sistólica <math>\geq 160</math> mmHg OU PA diastólica <math>\geq 110</math> mmHg em uma única medida; - PA sistólica <math>\geq 140</math> mmHg OU diastólica <math>\geq 90</math> mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo; - proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica <math>\geq 140</math> mmHg ou diastólica <math>\geq 90</math> mmHg; - temperatura de <math>38^{\circ}\text{C}</math> ou mais em uma única medida OU <math>37,5^{\circ}\text{C}</math> ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo ; - qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão; - presença de mecônio significativo; - dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações; - progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto; - solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional; - emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada.</li> <li>• Observações fetais: - qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão; - situação transversa ou oblíqua; - apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara; - suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia; - suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio; - frequência cardíaca fetal (FCF) <math>&lt; 110</math> ou <math>&gt; 160</math> bpm; - desacelerações da FCF à ausculta intermitente.</li> </ul> <p>96) Se mecônio significativo (verde escuro ou preto, grosso, tenaz, contendo grumos) estiver presente assegurar que: -profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal estejam presentes no momento do parto.</p> <p>97) Se mecônio significativo estiver presente, transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital de forma segura, desde que seja improvável que o parto ocorra antes da transferência se completar.</p>
<p><b>Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto</b></p>	<p>98) O enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto.</p> <p>99) A tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto.</p> <p>100) A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.</p> <p>101) As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.</p>

<p><b>Falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto</b></p>	<p>102) Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, levar em consideração: - o ambiente onde a mulher está sendo assistida; - a atitude da mulher, se postura mais ativa ou não; - estado emocional da mulher; - o tipo de apoio e suporte físico e emocional que a mulher estiver recebendo; - paridade; - dilatação e mudanças cervicais; - contrações uterinas; - altura e posição da apresentação; - necessidade de referência ou solicitação de assistência profissional apropriada.</p> <p>103) Se houver suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto, considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo: - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas; - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as múltiparas; - descida e rotação do polo-cefálico; - mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.</p> <p>104) Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Explicar o procedimento e avisar que o mesmo irá diminuir o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.</p> <p>105) Se a amniotomia for ou não realizada, realizar um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm.</p> <p>106) Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto: - A mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados (o mesmo deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso e decidir sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina); - Explicar que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas irá diminuir o tempo para o parto, mas não influenciará no tipo de parto ou outros desfechos.</p> <p>107) Se as membranas estiverem íntegras e o diagnóstico de falha de progresso for confirmado, aconselhar à mulher a ser submetida a uma amniotomia e repetir o exame vaginal 2 horas após, independente do estado das membranas.</p> <p>108) Oferecer apoio e controle efetivo da dor a todas as mulheres com falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto.</p> <p>109) Informar às mulheres que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que a criança deverá ser monitorada continuamente ou com mais frequência.</p> <p>110) Oferecer analgesia peridural, se disponível, se for indicado o uso de ocitocina.</p> <p>111) Se a ocitocina for utilizada, assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.</p> <p>112) Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina: - se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana; - Se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, continuar observação do progresso do parto.</p>
<p><b>ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO</b></p>	
<p><b>Ambiente de assistência, posições e imersão em água</b></p>	<p>113) Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.</p> <p>114) Informar às mulheres que há insuficiência de evidências de alta qualidade, tanto para apoiar como para desencorajar o parto na água.</p>
<p><b>Puxos e manobra de Kristeller</b></p>	<p>115) Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.</p> <p>116) Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.</p> <p>117) Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, se a mulher o desejar, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê</p>



	<p>estiver visível. Após 1 hora, a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações.</p> <p>118) A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto.</p>
<p><b>Definição e duração do segundo período do trabalho de parto</b></p>	<p>119) Para fins destas Diretrizes, o segundo período do parto deverá ser definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fase inicial ou passiva: dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve;</li> <li>• fase ativa: dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero, na ausência das contrações de expulsão.</li> </ul> <p>120) Se a dilatação completa do colo uterino for confirmada em uma mulher sem analgesia regional e não for identificado puxo, uma nova avaliação mais aprofundada deverá ser realizada em 1 hora para identificação da fase do segundo período.</p> <p>121) A distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é a seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• primíparas: cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural.</li> <li>• múltiparas: até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.</li> </ul> <p>122) Para a conduta na falha de progresso do segundo período, deve-se considerar a paridade, da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulíparas: - na maioria das mulheres, o parto deve ocorrer no prazo de 3 horas após o início da fase ativa do segundo período; - a confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 2 horas e a mulher deve ser encaminhada, ou assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório, se o nascimento não for iminente.</li> <li>• Múltiparas: - na maioria das mulheres, o parto deve ocorrer no prazo de 2 horas após o início da fase ativa do segundo período; - A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora e a mulher deve ser encaminhada, ou assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório, se o nascimento não for iminente.</li> </ul>
<p><b>Falha de progresso no segundo período do parto</b></p>	<p>123) Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.</p> <p>124) Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional.</p> <p>125) Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.</p> <p>126) Para as múltiparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.</p> <p>127) Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina.</p> <p>128) Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos.</p> <p>129) Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período.</p> <p>130) Reconhecer que, em algumas ocasiões, a necessidade de ajuda por parte da mulher no segundo estágio pode ser uma indicação para o parto vaginal assistido, quando o apoio falhar.</p> <p>131) A escolha do instrumento para o parto instrumental dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional.</p> <p>132) Por ser um procedimento operatório, uma anestesia efetiva deve ser oferecida para a realização de um parto vaginal instrumental.</p>

	<p>133) Se a mulher recusar anestesia ou a mesma não estiver disponível, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.</p> <p>134) Mesmo se houver preocupação com o bem-estar fetal, uma anestesia efetiva pode ser realizada, mas se o tempo não permitir, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.</p> <p>135) Orientar a mulher e realizar uma cesariana se o parto vaginal não for possível.</p>
<p><b>Cuidados com o períneo</b></p>	<p>136) Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto.</p> <p>137) Considerar a aplicação de compressas mornas no períneo no segundo período do parto.</p> <p>138) Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto.</p> <p>139) Tanto a técnica de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.</p> <p>140) Se a técnica de 'mãos sobre' for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento.</p> <p>141) Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo.</p> <p>142) Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral, originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.</p> <p>143) Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.</p>
<p><b>ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO</b></p>	
<p><b>Aspectos assistenciais</b></p>	<p>144) Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência, e qualquer intervenção que for realizada, levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.</p> <p>145) Para efeito destas Diretrizes, utilizar as seguintes definições: terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas. • A conduta ativa no terceiro período envolve um conjunto de intervenções com os seguintes componentes: - uso rotineiro de substâncias uterotônicas; - clampeamento e secção precoce do cordão umbilical; e - tração controlada do cordão após sinais de separação placentária. • A conduta fisiológica no terceiro período do parto envolve um conjunto de cuidados que inclui os seguintes componentes: - sem uso rotineiro de uterotônicos; - clampamento do cordão após parar a pulsação; - expulsão da placenta por esforço materno.</p> <p>146) Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos. Seguir recomendações 164-172 no caso de placenta retida.</p> <p>147) Manter observação rigorosa da mulher, com as seguintes avaliações: - condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar; - perda sanguínea.</p> <p>148) Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher: - solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso, se este não for o profissional assistente no momento; - instalar acesso venoso calibroso e informar à puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos; - se o parto ocorreu em domicílio ou unidade de parto extra ou peri-hospitalar, a puérpera deve ser transferida imediatamente para uma maternidade baseada em hospital.</p> <p>149) Explicar à mulher, antes do parto, as opções de conduta no terceiro período, com os riscos e benefícios de cada uma.</p> <p>150) Explicar à mulher que a conduta ativa: - encurta o terceiro período em comparação com a conduta fisiológica; - está associado a náusea e vômitos em cerca de 100 mulheres em 1.000; - está associado com um risco aproximado de 13 mulheres em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro; e - está associada com um risco aproximado de 14 em 1.000 de uma transfusão de sangue.</p>

	<p>151) Explicar à mulher que a conduta fisiológica: - está associada a náusea e vômitos em cerca de 50 mulheres em 1.000; - está associada com um risco aproximado de 29 mulheres em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro; e - está associada com um risco aproximado de 40 mulheres em 1.000 de uma transfusão de sangue.</p> <p>152) A conduta ativa é recomendada na assistência ao terceiro período do parto, pois está associado com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea.</p> <p>153) Se uma mulher com risco habitual de hemorragia pós-parto solicitar conduta expectante, apoiá-la em sua escolha.</p> <p>154) Para a conduta ativa, administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina.</p> <p>155) Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão. • Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal. • Pinçar o cordão antes de 5 minutos após o nascimento para realizar a tração controlada do cordão como parte da conduta ativa. • Se a mulher solicitar o clampeamento e secção do cordão após 5 minutos, apoiá-la em sua escolha.</p> <p>156) Após a secção do cordão, realizar tração controlada do mesmo.</p> <p>157) A tração controlada do cordão, como parte da conduta ativa, só deve ser realizada após a administração de ocitocina e sinais de separação da placenta.</p> <p>158) Documentar o momento do clampeamento do cordão, tanto na conduta ativa quanto na conduta expectante.</p> <p>159) Mudar da conduta expectante para a conduta ativa se ocorrer: - hemorragia; - a placenta não dequitou 1 hora após o parto.</p> <p>160) Oferecer a conduta ativa, quando a mulher prefere encurtar o terceiro estágio do trabalho de parto.</p> <p>161) Não usar injeção de ocitocina na veia umbilical rotineiramente.</p> <p>162) As mulheres que apresentarem fatores de risco para hemorragia pós-parto devem ser orientadas a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, onde existem mais opções de tratamentos emergenciais;</p> <p>163) Se uma mulher apresentar fatores de risco para hemorragia pós-parto, isso deve ser registrado no seu prontuário e cartão de pré-natal, para que um plano de assistência no terceiro período do parto seja realizado.</p>
<p><b>Retenção placentária</b></p>	<p>164) Explicar para a mulher o que está acontecendo e quais serão os procedimentos necessários.</p> <p>165) Providenciar um acesso venoso calibroso.</p> <p>166) Não usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta.</p> <p>167) Usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta, se houver hemorragia.</p> <p>168) Realizar exame vaginal minucioso. Oferecer analgesia para este procedimento e providenciar, se a mulher demandar.</p> <p>169) Providenciar transferência antes da exploração uterina, se o parto ocorreu em uma modalidade extra-hospitalar.</p> <p>170) Não realizar remoção manual ou cirúrgica sem analgesia adequada.</p>
<p><b>CUIDADOS MATERNS IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO</b></p>	
<p><b>Observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto</b></p>	<p>171) Realizar as seguintes observações da mulher logo após o parto: - temperatura, pulso e pressão arterial; - lóquios e contrações uterinas; - examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais; - avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto; - micção bem sucedida.</p> <p>- Transferir a mulher ou solicitar assistência de médico obstetra, se este não for o profissional responsável, se qualquer das seguintes situações forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios: - pulso &gt;120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - PA sistólica ≥ 160 mmHg OU PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida; - PA sistólica ≥ 140 mmHg OU diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo; - proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg; - temperatura de 38°C ou mais em uma única medida</p>

	<p>OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo; - bexiga palpável e ausência de micção 6 horas após o parto; - emergência obstétrica – hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno; - placenta retida ou incompleta; - lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado.</p>
<p><b>Cuidados com o períneo</b></p>	<p>172) O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações, da seguinte maneira:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiro grau – lesão apenas da pele e mucosas;</li> <li>• Segundo grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal;</li> <li>• Terceiro grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal: - 3a, se laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal; - 3b, se laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal; - 3c, se laceração do esfíncter anal interno;</li> <li>• Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal.</li> </ul> <p>173) Antes de avaliar o trauma genital: - explicar à mulher o que será realizado e o porquê; - ofereça analgesia adequada; - assegurar boa iluminação; - posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais.</p> <p>174) Realizar o exame inicial de maneira gentil e sensível. Isto pode ser feito imediatamente após o parto.</p> <p>175) Se for identificado trauma perineal, uma avaliação sistemática do mesmo deve ser realizada.</p> <p>176) Na avaliação sistemática do trauma genital: - explicar novamente o que será realizado e porquê; - providenciar analgesia local ou regional efetiva; - avaliar visualmente toda a extensão do trauma, incluindo as estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento; - na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal, realizar exame retal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno.</p> <p>177) Assegurar que o momento para essa avaliação sistemática não interfira na relação mãe-filho exceto se houver sangramento que requeira medidas de urgência.</p> <p>178) Ajudar a mulher a adotar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo. Manter essa posição apenas pelo tempo necessário para a avaliação sistemática e reparo do períneo. Se não for possível uma avaliação adequada do trauma, a mulher deverá ser assistida por médico obstetra, se esse não for o profissional que assistiu o parto. Se o parto ocorreu fora do hospital, a mesma deverá ser transferida para uma maternidade baseada em hospital.</p> <p>179) Solicitar avaliação de um profissional mais experiente se houver incerteza quanto à natureza e extensão do trauma. Transferir a mulher (com a criança) para uma maternidade baseada em hospital, se o parto ocorreu fora da mesma e se o reparo necessitar de avaliação cirúrgica ou anestésica especializada.</p> <p>180) Documentar a avaliação sistemática e os seus resultados.</p> <p>181) Tanto as enfermeiras obstétricas ou obstetrizas, como os médicos obstetras envolvidos na assistência ao parto, devem estar adequadamente treinados na avaliação e reparo do trauma genital, certificando-se que essas habilidades sejam mantidas.</p> <p>182) Aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas.</p> <p>183) Aconselhar a mulher que, no caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização.</p> <p>184) Durante o reparo perineal: - assegurar analgesia efetiva, com a infiltração de até 20 ml de lidocaína 1% ou equivalente ou; - realizar nova dose de anestésico peridural se a mulher estiver com cateter, ou realizar uma anestesia espinal.</p> <p>185) Se a mulher relatar alívio inadequado da dor, a qualquer momento, levar isso em consideração imediatamente e providenciar método mais eficaz de alívio.</p> <p>186) Não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se apõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia.</p>

	<p>187) Se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua.</p> <p>188) Realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo.</p> <p>189) Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo.</p> <p>190) Observar os princípios básicos seguintes ao realizar reparos perineais: - Realize a reparação do trauma perineal utilizando técnicas assépticas. - Verifique os equipamentos e conte as compressas, gazes e agulhas antes e depois do procedimento. - Uma boa iluminação é essencial para identificar as estruturas envolvidas. - O trauma de difícil reparação deve ser reparado por um médico experiente sob anestesia local ou geral. - Inserir um cateter vesical permanente por 24 horas para evitar retenção urinária. - Certifique-se de que um bom alinhamento anatômico da ferida foi alcançado e que se dê atenção aos resultados estéticos. - Realizar exame retal após a conclusão do reparo em casos de trauma de difícil abordagem ou de 3º ou 4º grau, para garantir que o material de sutura não foi acidentalmente inserido através da mucosa retal. - Após a conclusão do reparo, documentar detalhadamente a extensão do trauma, o método de reparação e os materiais usados. - Dar a informação à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e a importância dos exercícios do assoalho pélvico.</p> <p>191) Recomenda-se oferecer supositórios retais de anti-inflamatórios não esteroides rotineiramente após o reparo do trauma perineal de primeiro e de segundo grau, desde que esses medicamentos não sejam contraindicados.</p>
<b>ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO</b>	
<p><b>Assistência imediatamente após o parto</b></p>	<p>192) O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetiz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.</p> <p>193) É recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em todos os passos da reanimação neonatal.</p> <p>194) Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.</p> <p>195) Os estabelecimentos de saúde que mantenham profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal no momento do parto, deverá possuir em sua equipe de retaguarda, durante 24 horas, ao menos um médico que tenha realizado treinamento teórico-prático em reanimação neonatal.</p> <p>196) Realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, de rotina.</p> <p>197) Coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas, tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal.</p> <p>198) Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.</p> <p>199) Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.</p> <p>200) Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.</p> <p>201) A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido.</p> <p>202) O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento.</p> <p>203) Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A</p>

<p>utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.</p> <p>204) Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica.</p> <p>205) A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade.</p> <p>206) Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.</p> <p>207) A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.</p> <p>208) Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno, e a inadequada produção endógena.</p> <p>209) Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido – especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus – no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.</p> <p>210) Todos os profissionais que prestam cuidados diretos no nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.</p> <p>211) Em todas os locais de parto: - planejar o cuidado e ter em mente que pode ser necessário chamar por ajuda se o recém-nascido precisar de ressuscitação; - assegurar que existam recursos para ressuscitação e para transferência do recém-nascido para outro local se necessário; - desenvolver fluxogramas de referência de emergência e implementá-los se necessário.</p> <p>212) Se o recém-nascido necessitar de ressuscitação básica, iniciar com ar ambiente.</p> <p>213) Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas.</p> <p>214) Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais, o mesmo deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta.</p> <p>215) Se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, a mesma deve ser observada em uma unidade com acesso imediato a um neonatologista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas.</p> <p>216) Se não houver mecônio significativo, observar o recém-nascido com 1 e 2 horas de vida em todos os locais de parto.</p> <p>217) Se qualquer um dos seguintes sinais forem observados, com qualquer grau de mecônio, o recém-nascido deve ser avaliado por um neonatologista/pediatra (o recém-nascido e a mãe devem ser transferidos se não estiverem em uma maternidade): - frequência respiratória &gt; 60 ipm; - presença de gemidos; - frequência cardíaca &lt; 100 bpm ou &gt; 160 bpm; - enchimento capilar acima de 3 segundos; - temperatura corporal <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> ou <math>37,5^{\circ}\text{C}</math> em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - saturação de oxigênio &lt; 95% (a medida da saturação de oxigênio é opcional após mecônio não significativo); - presença de cianose central confirmada pela Oximetria de pulso se disponível.</p> <p>218) Explicar os achados para a mulher e informá-la sobre o que procurar e com quem falar se tiver qualquer preocupação.</p> <p>219) Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento.</p> <p>220) Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele.</p> <p>221) Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina, tais como pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.</p>
--

	<p>222) Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.</p> <p>223) Registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso após a primeira hora de vida.</p> <p>224) Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência.</p> <p>225) Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença, ou se isso não for possível, com o seu conhecimento.</p>
--	---

Elaborado pelo autor.

Fonte: Páginas 14 a 35 de “BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017”. Páginas 28 a 54 de “COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016”.

O Quadro 5, por sua vez, apresenta um conjunto de condições clínicas e de fatores de alto risco que indicam o planejamento do parto em uma maternidade, e também condições e fatores que requerem uma avaliação individualizada da gestante.

## Quadro 5 – Condições clínicas e fatores de alto risco para planejamento do parto em uma maternidade ou avaliação individualizada

<b>Condições clínicas de alto risco indicando o planejamento do parto em uma maternidade</b>	
<b>Cardiovascular</b>	Cardiopatia confirmada Hipertensão
<b>Respiratória</b>	Asma que necessita aumento do tratamento ou tratamento hospitalar Fibrose Cística
<b>Hematológica</b>	Hemoglobinopatias – anemia falciforme, beta-talassemia major História de doença tromboembólica Púrpura trombocitopênica imune ou outro distúrbio plaquetário ou contagem de plaquetas < 100.000/mL Doença de Von Willebrand Distúrbio hemorrágico materno ou fetal Anticorpos atípicos que carregam o risco de doença hemolítica do recém-nascido
<b>Endócrino</b>	Diabetes Hipertireoidismo
<b>Infecciosa</b>	Fatores de risco para estreptococo do grupo B com necessidade de uso de antibióticos durante o trabalho de parto Hepatite B/C com testes de função hepática anormais Portadora ou infecção pelo HIV Toxoplasmose – recebendo tratamento Varicela/Rubéola/Herpes genital atual na mãe ou feto Tuberculose em tratamento
<b>Imune</b>	Lúpus eritematoso sistêmico Esclerodermia
<b>Renal</b>	Função renal anormal Nefropatia necessitando supervisão de especialista
<b>Neurológica</b>	Epilepsia Miastenia Gravis Acidente vascular cerebral prévio
<b>Gastrointestinal</b>	Hepatopatia com testes de função hepática anormais
<b>Psiquiátrica</b>	Doença psiquiátrica necessitando internação
<b>Outros fatores de alto risco indicando o planejamento do parto em uma maternidade</b>	
<b>Complicações prévias</b>	Morte fetal/neonatal inexplicada ou morte prévia relacionada a dificuldades intraparto

	<p>Recém-nascido prévio com encefalopatia neonatal  Pré-eclâmpsia necessitando parto prematuro  Descolamento prematuro de placenta com resultado adverso  Eclâmpsia  Ruptura uterina  Hemorragia pós-parto primária necessitando tratamento adicional ou transfusão de sangue  Placenta retida necessitando extração manual em sala cirúrgica  Cesariana  Distocia de ombro</p>
<b>Gravidez atual</b>	<p>Gestação múltipla  Placenta prévia  Pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional  Trabalho de parto prematuro ou rotura prematura de membranas pré-termo  Descolamento prematuro de placenta  Anemia – hemoglobina &lt; 8,5 g/dL no início do trabalho de parto  Morte fetal  Indução do parto  Uso de drogas ilícitas  Dependência de álcool necessitando avaliação ou tratamento  Diabetes gestacional  Apresentação anômala – pélvico ou transverso  IMC no início do pré-natal &gt; 35 kg/m<sup>2</sup>  Hemorragia anteparto recorrente  Pequeno para a idade gestacional nessa gravidez (&lt; percentil 5 ou velocidade de crescimento reduzida ao ultrassom)  Frequência Cardíaca Fetal anormal/Doppler anormal  Oligohidrâmnio ou polihidrâmnio ao ultrassom</p>
<b>História ginecológica prévia</b>	<p>Miomectomia  Histerotomia</p>
<b>Condições clínicas que indicam uma avaliação individual em relação ao planejamento do local do parto</b>	
<b>Cardiovascular</b>	Cardiopatia sem implicações para o parto
<b>Hematológica</b>	<p>Anticorpos atípicos sem risco de doença hemolítica do recém-nascido  Traço falciforme  Traço de talassemia  Anemia – hemoglobina 8,5–10,5 g/dL no início do trabalho de parto</p>
<b>Endócrino</b>	Hipotireoidismo instável necessitando mudança no tratamento
<b>Infeciosa</b>	Hepatite B/C com testes de função hepática normais
<b>Imune</b>	Doenças não específicas do tecido conjuntivo
<b>Esquelética/Neurológica</b>	<p>Anormalidade da coluna  Déficit neurológico</p>
<b>Gastrointestinal</b>	<p>Hepatopatia com testes de função hepática normais  Doença de Crohn  Colite ulcerativa</p>
<b>Outros fatores indicando avaliação individual em relação ao planejamento do local do parto</b>	
<b>Complicações prévias</b>	<p>Morte fetal/neonatal com causa conhecida e não recorrente  Pré-eclâmpsia no termo  Descolamento prematuro de placenta com bom resultado  Eclâmpsia  História de recém-nascido prévio com peso &gt; 4,5 Kg  Laceração vaginal ou cervical extensa ou trauma perineal de terceiro ou quarto grau  Recém-nascido prévio no termo com icterícia necessitando exsanguíneotransfusão</p>

Elaborado pelo autor.

Fonte: Páginas 40 a 43 de “BRASIL. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017”.



## 3.4.2 Cesariana: diretrizes assistenciais

A cesariana é uma via alternativa para condições adversas gestacionais e/ou obstétricas. Entretanto, tornou-se uma prática rotineira e abusiva nas últimas décadas, cuja atenção obstétrica se tornou medicalizada e instrumentalizada no país. Neste aspecto, para que a incidência de cesarianas diminua, deve-se restituir o protagonismo da mulher na parturição, além de considerar os aspectos psicológicos, afetivos, emocionais, espirituais, culturais e contextuais no parto. Faz-se necessário romper com o modelo de atenção obstétrica hegemônico vigente, passando a permitir que o corpo da mulher, enquanto unidade fisiológica e cultural, se expresse por meio da liberação de ocitocinas, estabelecendo vínculo entre mãe e filho e devolvendo a sua autonomia neste processo. Assim, parir pode ser uma experiência positiva na vida da mulher e parceiro(a), se ocorrer à luz da humanização (GOMES *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde apresentou em 2013 as indicações absolutas e relativas, e os benefícios e desvantagens da cesariana no Brasil. Considerou-se indicação absoluta: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total e/ou morte materna com feto vivo. Considerou-se indicação relativa: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrosomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto e/ou psicopatia. Em relação aos benefícios da cesárea planejada, citou a conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, além de não passar pela dor do parto. Nas desvantagens, por sua vez, incluiu: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal (BRASIL, 2013).

Em avaliação mais ampla, o Ministério da Saúde tornou evidente a vantagem do parto vaginal em relação à cesariana, listando uma série de vantagens para a via vaginal, o que o torna a forma ideal de dar à luz, pois é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação mais rápida, além de ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água porventura depositada em seus pulmões,

facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios (BRASIL, 2013). O Quadro 6 apresenta uma síntese destas vantagens e desvantagens do parto vaginal e da operação cesariana.

**Quadro 6 – Vantagens e desvantagens do parto vaginal e da operação cesariana**

Fator avaliado	Parto Vaginal	Operação cesariana
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações *Considerar a existência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, além de preparo psicológico, apoio emocional e analgesia/anestesia.	Não se aplica, pois a cesariana pode ser agendada (sem a mulher entrar em trabalho de parto) ou acontecer logo após o início do trabalho de parto
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada	É sempre realizada com anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior, com necessidade de analgésicos mais fortes
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto vaginal
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Elaborado pelo autor.

Fonte: Páginas 150 e 151 de “BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013”.

O Quadro 7, por sua vez, traz um sumário de recomendações assistenciais na operação cesariana, baseadas no Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) publicadas em 2015.

**Quadro 7 – Sumário de recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) na operação cesariana**

CUIDADO CENTRADO NA MULHER	
Oferta de informações Riscos e Benefícios de uma cesariana programada comparada ao parto vaginal planejado	É recomendado fornecer informações baseadas em evidências sobre o parto e forma de nascimento para as gestantes durante a atenção pré-natal e incluir a gestante no processo de decisão.
Consentimento informado	Um termo de consentimento informado deve ser obtido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana.

	Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão e qual deles é o mais influente.
<b>CESARIANA PROGRAMADA</b>	
<b>Apresentação pélvica</b>	Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas. Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada. A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal. Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica, deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto
<b>Gestação múltipla</b>	Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, a cesariana não é recomendada de rotina. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.
<b>Nascimentos pré-termo</b>	A cesariana não é recomendada de rotina como forma de nascimento em trabalhos de parto pré-termo.
<b>Fetos pequenos para a idade gestacional</b>	A cesariana não é recomendada de rotina como forma de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional.
<b>Placenta prévia</b>	A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos na presença de placentas centro-total ou centro-parcial.
<b>Placenta baixa e acretismo placentário</b>	Um exame ecográfico com Doppler é recomendado em mulheres com cesariana prévia e suspeita de placenta de inserção baixa entre 32-34 semanas para investigação de acretismo placentário. Caso o diagnóstico de placenta acreta seja sugerido pelo exame ecográfico, é recomendada a Ressonância Nuclear Magnética nos lugares em que o exame esteja disponível com a finalidade de investigar a extensão da invasão. Em gestantes com acretismo placentário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendado programar a operação cesariana;</li> <li>• É recomendada a presença de dois médicos obstetras, anestesiista e pediatra para o procedimento.</li> <li>• É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento.</li> <li>• É recomendado que o hospital de assistência tenha condições de suporte para pacientes em estado grave de saúde.</li> </ul>
<b>Preditores da progressão do trabalho de parto</b>	A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir via de parto. A utilização de tamanho do pé, a altura materna e estimativa de tamanho fetal (clínica ou ecográfica) não são recomendados para prever a falha de progressão de trabalho de parto.
<b>Transmissão vertical de infecções e forma de nascimento (HIV)</b>	A cesariana não é recomendada para prevenir transmissão vertical, em gestantes HIV positivas quando: - a mulher faz uso de profilaxia antirretroviral (HAART) com carga viral menor que 400 cópias/mL ou - a mulher está em terapia antirretroviral (TARV) com carga viral menor que 50 cópias/mL. A cesariana é recomendada nas gestantes HIV positivas sem uso de antirretrovirais ou com carga viral maior que as referidas acima. A cesariana é recomendada em mulheres HIV positivas com carga viral desconhecida, em início de trabalho de parto, com bolsa íntegra e com 3 cm ou menos de dilatação cervical. Nesta situação, é recomendado iniciar a profilaxia endovenosa com antirretroviral (zidovudina) 3 horas antes do procedimento.

<b>Transmissão vertical de infecções e forma de nascimento (Hepatite B)</b>	A cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.
<b>Transmissão vertical de infecções e forma de nascimento (Hepatite C)</b>	A cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C. A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta coinfeção.
<b>Transmissão vertical de infecções e forma de nascimento (Herpes Vírus - HSV)</b>	A cesariana é recomendada nas mulheres com infecção primária ativa do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação, por reduzir risco de infecção neonatal do HSV. A cesariana não é recomendada de rotina para mulheres com infecção ativa recorrente do vírus do Herpes simples.
<b>Obesidade</b>	A cesariana programada não é recomendada de rotina para mulheres obesas
<b>OPERAÇÃO CESARIANA A PEDIDO</b>	
<b>Momento para se realizar a cesariana programada</b>	A informação sobre indicações de cesariana, o procedimento, seus riscos e repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível, respeitando as características socioculturais e individuais da gestante. Se não há indicação médica, deve-se discutir as razões da preferência por cesariana. É recomendado que a gestante converse sobre sua preferência com outros profissionais (anestesiista, outro obstetra, enfermeiras(os) obstétricas(os), obstetrites). Em caso de ansiedade relacionada ao parto ou partofobia, é recomendado apoio psicológico multiprofissional. Se após informação (e apoio psicológico quando indicado) a gestante mantiver seu desejo por cesariana, o parto vaginal não é recomendado. Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão, e qual deles é o mais influente. Caso o obstetra manifeste objeção de consciência e não deseje realizar a cesariana a pedido, deve ser indicado outro profissional médico que faça o procedimento. A cesariana programada não é recomendada antes de 39 semanas de gestação
<b>Profilaxia de infecções relacionadas à cesariana</b>	É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna. A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico. Não é recomendado o uso de amoxicilina-clavulonato para profilaxia antibiótica. Durante a cesariana, é recomendado a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir risco de endometrite. Ligadura/hemostasia de tecido subcutâneo não é recomendada de rotina para gestantes com menos de 2 cm de tecido adiposo, pois não diminui incidência de infecção.
<b>PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA</b>	
<b>Assistência à mulher com cesariana prévia</b>	O aconselhamento sobre a via de parto em gestantes com cesariana prévia deve considerar: - Preferências e prioridades da mulher - Riscos e benefícios de uma nova cesariana - Riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana de não planejada.
<b>Riscos e Benefícios de uma cesariana programada comparada ao trabalho de parto planejado em mulheres com cesariana prévia</b>	As mulheres com três ou mais cesáreas anteriores devem ser esclarecidas de que há aumento do risco de ruptura uterina com o

	<p>parto vaginal, porém esse risco deve ser pesado contra os riscos de se repetir o procedimento cirúrgico.</p> <p>Trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia é recomendado na maioria das situações.</p> <p>De maneira geral, a cesariana não é recomendada em mulheres com 3 ou mais cesarianas prévias, exceto em situação de óbito fetal.</p> <p>O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.</p>
<b>Avaliação ultrassonográfica</b>	<p>A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e a pelvimetria não são recomendadas de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias.</p>
<b>Condições que influenciam na decisão da via de parto em mulheres com cesariana prévia</b>	<p>O trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia pode ser realizado mesmo quando esse intervalo é de menos de seis meses, se as condições obstétricas são favoráveis.</p> <p>Para as gestantes que desejam um parto vaginal após cesariana é recomendada a monitorização fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.</p> <p>É recomendado que a assistência ao parto em gestantes com cesariana prévia seja em ambiente hospitalar.</p> <p>A forma de nascimento deve ser discutida e escolhida no oitavo mês de gestação pela gestante, durante o pré-natal.</p> <p>As mulheres devem ser aconselhadas sobre riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana programada após cesariana prévia. A forma de nascimento escolhida, parto vaginal planejado ou cesariana programada, deve ser registrada em prontuário médico, contendo os motivos que influenciaram na escolha da forma de nascimento, data e o nome do obstetra.</p> <p>É recomendada a obtenção de um termo de consentimento pós-informação, quer para um parto vaginal quer para uma cesárea programada na presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea anterior.</p>
<b>Indução de trabalho de parto</b>	<p>É recomendado o uso prudente de balão cervical ou ocitocina para indução de trabalho de parto em gestantes com uma cesariana prévia, apenas se houver indicação médica, não se devendo realizar indução eletiva por conveniência do médico ou da gestante.</p> <p>O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesárea anterior, independente do número de cesáreas prévias, não é recomendado.</p> <p>Durante a indução do parto, a gestante com cesariana anterior deve ser monitorizada frequentemente, com acesso a monitorização fetal e à cesariana caso necessário.</p>
<b>CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)</b>	
<b>Reanimação neonatal</b>	<p>É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal.</p>
<b>Proteção térmica e contato pele a pele</b>	<p>É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana.</p> <p>O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido é recomendado e deve ser facilitado</p>
<b>Clampeamento de cordão</b>	<p>É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.</p> <p>Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato.</p>
<b>Amamentação precoce</b>	<p>É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.</p>
<b>Esterilização definitiva</b>	<p>A cesariana não é recomendada para realização de laqueadura tubária.</p>

Elaborado pelo autor.

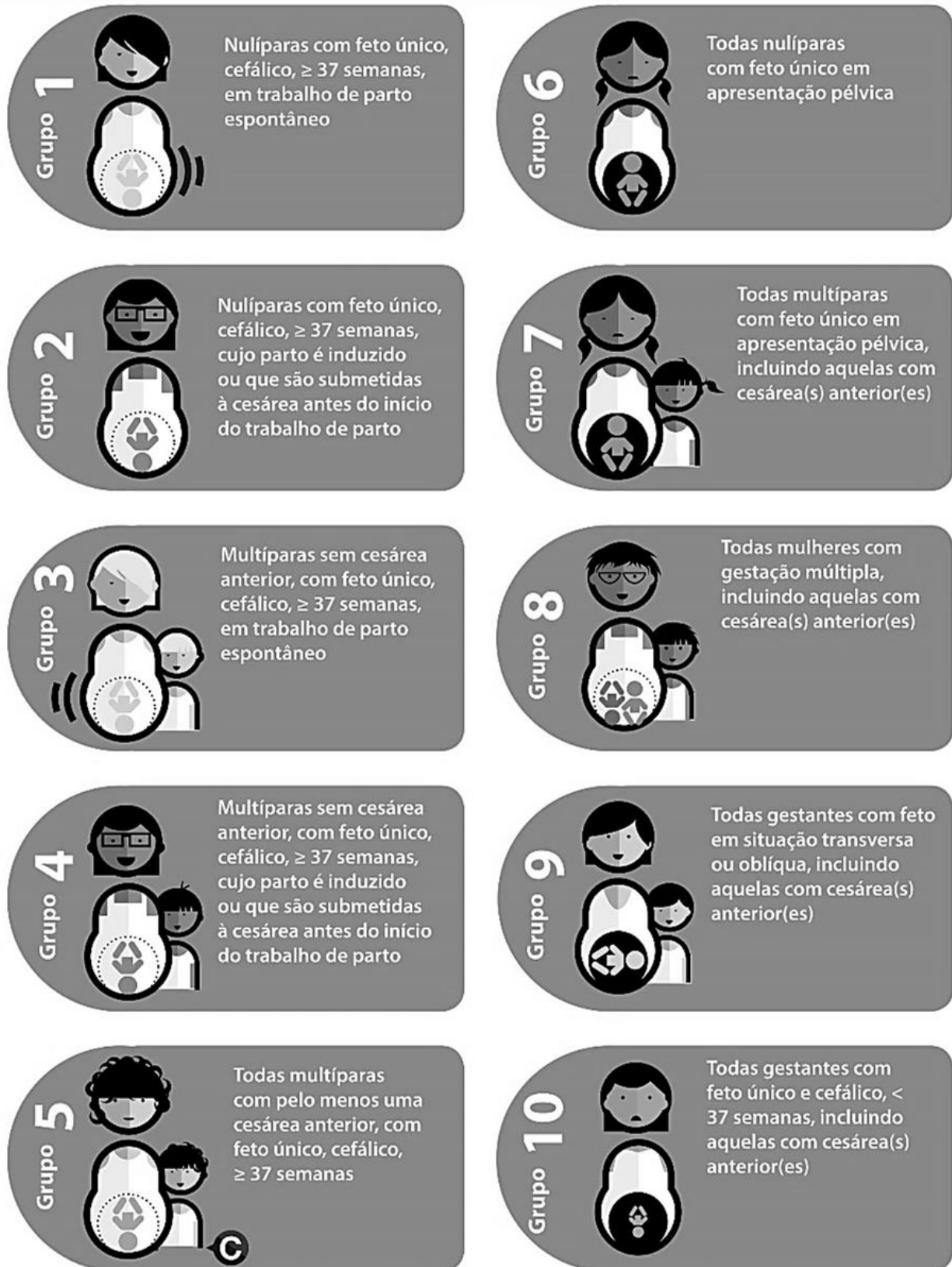
Fonte: Páginas 24 a 69 de “COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015”.

Ressalta-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. Trata-se de uma classificação que agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo, assim, a comparação entre taxas de cesáreas sem fatores de confusão.

A partir desta ferramenta, as gestantes são classificadas em um dentre 10 grupos que são mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos. Os grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades: Paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior); Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); Idade gestacional (pré-termo ou termo); Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e Número de fetos (único ou múltiplo) (OMS, 2015).

A figura 7, disposta na página seguinte, apresenta a Classificação de Robson segundo esquematização da OMS.

Figura 7 – Classificação de Robson



Fonte: Página 6 de "ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015.

## 3.5 Assistência à puérpera e recém-nascido

No Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado, há mais de duas décadas, reduzir intervenções desnecessárias no pós-parto, com vistas à promoção do contato pele a pele e à oferta do seio materno no momento do nascimento. Cabe destaque nesse contexto a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, que foram intensificadas com a criação da Rede Cegonha em 2011 (GOMES *et al.*, 2021).

A assistência ao puerpério deve preocupar-se com a saúde materna e neonatal, incluindo, além da puérpera e recém-nascido, o(a) parceiro(a), a família e toda a sua rede social mais próxima e desejável. O puerpério inicia imediatamente após o parto, e dura, em média (visto que o término é imprevisível), seis semanas após o nascimento, havendo variabilidade nesta duração, que por sua vez está relacionada, especialmente, às mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo de cada mulher. O puerpério é compreendido em imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível) (BRASIL, 2016).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda que, se possível, toda mulher tenha o apoio de um(a) cuidador(a) nas primeiras três semanas após o parto, e que ocorram visitas profissionais regulares com abrangência do bem-estar físico, social e psicológico (ACOG, 2018). Isso corrobora com as recomendações vigentes do Ministério da Saúde no Brasil, que entende o puerpério como um momento delicado para a mulher, tendo em vista o cuidado do bebê e mudanças físicas e emocionais no cotidiano e nas suas relações sociais, de modo a ser necessária uma atenção especial às condições psíquicas desta família. Não é incomum sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade) nas mulheres, além de tristeza e sintomas depressivos, que podem perdurar por algumas semanas, também conhecidos como *baby blues* ou *blues puerperal* – ocorre em 70% a 90% das mulheres, de forma transitória e não incapacitante, e está associado às mudanças advindas da maternidade (BRASIL, 2016).

Nesse aspecto de atenção integral à mulher e recém-nascido, ressalta-se que o Ministério da Saúde reconhece a Rede Cegonha como uma das melhores estratégias de qualificação das Redes de Atenção Materno-Infantil em todo país, pois traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção à saúde da criança, com foco nos primeiros



2 anos de vida, e em especial, no período neonatal. A Rede Cegonha se propõe a garantir, a todos os recém-nascidos (RN), boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. Esse processo deve ter início, na ausência de intercorrências, pelo clampeamento tardio do cordão, sua colocação em contato pele a pele com a mãe e o estímulo ao aleitamento materno ainda na primeira meia hora de vida, além da disponibilidade de profissional capacitado para reanimação neonatal em todo o parto/nascimento, garantindo que o recém-nascido respire no primeiro minuto de vida (“minuto de ouro”) (BRASIL, 2014).

Ademais, a Rede Cegonha traz no componente III as seguintes determinações: a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; c) busca ativa de crianças vulneráveis; d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

Ressalta-se que o cuidado com a saúde do recém-nascido tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como na promoção de melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde. Deve-se ter atenção às situações de maior risco de evolução desfavorável, sendo o recém-nascido classificado em “RN de risco” ou “RN de alto risco”. O termo RN de risco se aplica àquele pertencente à famílias de baixo nível socioeconômico e/ou com histórico de morte de criança menor de 5 anos, além de criança explicitamente indesejada, filho(a) de mãe adolescente (< 20 anos) e/ou com baixa instrução (< 8 anos de estudo), pré-termo (< 37 semanas) ou com baixo peso ao nascer (< 2.500 g). O termo RN de alto risco é aplicado àquele com registro de asfixia grave ao nascer (Apgar < 7 no 5º min), pré-termo com peso ao nascer < 2.000g, idade gestacional < 35 semanas e/ou com doenças congênitas graves (BRASIL, 2014).

Além disso, o Ministério da Saúde estabelece que todo recém-nascido a termo, com boa vitalidade, deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no mínimo, um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente três minutos após o nascimento), para só então realizar-se o clampeamento. Considera-se RN com boa vitalidade, em geral, aqueles com mais de 2.000g, mais de 35 semanas de gestação e índice de Apgar maior que seis no

quinto minuto, com capacidade de sucção e controle térmico. Isso favorece o contato pele a pele entre mãe e filho e a efetiva amamentação nos primeiros trinta minutos de vida e/ou ainda na primeira hora (BRASIL, 2015).

Sabe-se que, na primeira hora após o parto, o estado de consciência da mãe e do bebê favorece a interação entre eles. Nesse período, portanto, o profissional de saúde deve favorecer ao máximo possível o contato íntimo, pele a pele, entre mãe e bebê, evitando procedimentos desnecessários ou que possam ser realizados mais tardiamente. A separação da mãe e do bebê e a sedação da mãe privam o binômio desse momento tão especial da vida humana. Ademais, recomenda-se, sempre que possível e desejável, que o binômio mãe-filho permaneça no alojamento conjunto por, no mínimo, 48 horas, haja vista a oportunidade ímpar de aprendizagem para as mães durante a sua permanência em alojamento conjunto e de detecção de eventuais complicações pós-parto e afecções neonatais (BRASIL, 2015).

Em relação ao Alojamento Conjunto, a Portaria GM/MS nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto no Brasil. O Alojamento Conjunto é definido como local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta, possibilitando a atenção integral por parte do serviço de saúde. Essa portaria lista um conjunto de vantagens do Alojamento Conjunto, além de determinar os critérios de elegibilidade da mulher e recém-nascido, os recursos humanos mínimos, equipamentos, materiais e medicamentos, competências / responsabilidades da equipe profissional e condutas a serem adotadas no momento da alta.

Outra legislação importante, publicada um pouco antes da supracitada, diz respeito à Portaria GM/MS nº 371, de 7 de maio de 2014, que instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS. Ficou definido que o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP), que seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

Ademais, essa Portaria GM/MS nº 371/2014 também estabeleceu as seguintes determinações: a) o profissional médico ou de enfermagem deverá exercitar as boas práticas de atenção humanizada ao recém-nascido apresentadas nesta Portaria e respaldadas pela OMS e Ministério da Saúde, e ser capacitado em reanimação neonatal, sendo considerado capacitado se houver realizado treinamento teórico-prático; b) para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando-o sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, além de verificar a temperatura do ambiente (em torno de 26°C) para evitar a perda de calor; c) proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato; d) estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; e) postergar os procedimentos de rotina (exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação) do recém-nascido nessa primeira hora de vida; f) para o RN pré-termo ou qualquer RN com respiração ausente ou irregular, tônus diminuído e/ou com líquido meconial, deve-se seguir o fluxograma do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria; g) o estabelecimento que mantenha profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas, ao menos 1 (um) médico que tenha realizado treinamento teórico-prático ; h) o estabelecimento deverá dispor, no ambiente de parto (sala ou quarto de parto) ou em ambiente próximo, das condições necessárias para reanimação neonatal, acessíveis e prontas para uso. O anexo desta Legislação traz ainda as condições necessárias para a reanimação do recém-nascido, que precisarão estar acessíveis e prontas para uso na sala/quarto de parto, ou em ambiente próximo.

Em relação ao Aleitamento Materno (AM), o Ministério da Saúde adota as seguintes definições: 1) AM exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; 2) AM predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; 3) AM: quando a

criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar recebendo ou não outros alimentos; 4) AM complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semissólidos que complementam o leite materno. Nesta categoria a criança pode estar recebendo, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar; e 5) AM misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2014).

Acrescenta-se que a amamentação contribui para o crescimento e desenvolvimento do filho e para a saúde física e psíquica da mãe. Dentre os vários benefícios para a criança, cita-se o fortalecimento do sistema imunológico e menos má oclusão dentária, além de haver uma sugestão recente de maior proteção contra o excesso de peso e diabetes mellitus em idades mais avançadas. Em relação às mães, a amamentação previne o câncer de mama, aumenta o intervalo interpartal e reduz o risco de desenvolver diabetes e/ou câncer de ovário (VICTORA *et al.*, 2016).

Estudo longitudinal e prospectivo realizado com 224 mulheres em Ribeirão Preto (SP) apontou que variáveis como tipo de parto, intercorrência no pós-parto, religião e auxílio aos cuidados com o bebê corroboram para incrementar a confiança materna na capacidade para amamentação. Isso pode ajudar o profissional de saúde a identificar mulheres com maior risco de desmame precoce, possibilitando intervenções mais rápidas e eficazes, além de sinalizar a importância de aumentar ao máximo possível as prevalências de parto vaginal, para redução de complicações no pós-parto e construção da autoeficácia materna positiva, além de outros benefícios. As autoras sugerem ainda que as equipes de saúde possam estreitar o vínculo com as famílias e com as redes de apoio da comunidade, de forma a melhor prepará-las para receber a mulher que amamenta (MONTEIRO *et al.*, 2020).

O Quadro 8 apresenta um conjunto de sinais para observação durante a amamentação, considerando aspectos da postura corporal, respostas, vínculo emocional, anatomia e sucção, e determinando quais sinais indicam boa amamentação ou possíveis dificuldades neste processo.

**Quadro 8 – Sinais para observação durante a amamentação**

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possíveis dificuldades
<b>Postura corporal</b>	
Mãe relaxada e confortável	Mãe com ombros tensos ou deita sobre o bebê
Bebê próximo, de frente para o seio	Bebê longedamãe
Cabeça e corpo do bebê alinhados	Pescoço do bebê torcido

# REVISÃO TEÓRICA

Queixo do bebê tocando o seio	O queixo do bebê não toca o seio
Nádegas do bebê apoiadas	Só o ombro e/ou a cabeça do bebê apoiados
Mãe segura o seio em forma de "C"*	A mãe segura o seio em forma de tesoura
<b>Respostas</b>	
Bebê procura o seio, se estiver faminto	Nenhuma resposta ao seio
Bebê roda e busca o seio	Não busca o seio
Bebê explora o seio com a língua	Bebê não interessado pelo seio
Bebê calmo e alerta no seio	Bebê inquieto ou chorando
Bebê preso ao seio	Bebê escorregado do seio
Sinais de ejeção do leite (vazamento, cólica uterina)	Não há sinais de saída de leite
<b>Vínculo emocional</b>	
Carrega o bebê de forma segura e confiante	Nervosa ou carrega o bebê vacilante
Atenção da mãe face a face	Contato olho no olho ausente
Muito toque materno	Pouco toque ou sacolejando o bebê
<b>Anatomia</b>	
Seios macios após a mamada	Seios ingurgitados
Mamilos exteriorizados, protráteis	Mamilos planos ou investidos
A pele parece saudável	Fissuras ou vermelhidão da pele
Os seios parecem redondos na mamada	Os seios parecem estirados ou caídos
<b>Sucção</b>	
Boca bem aberta	Boca pouco aberta, aponta para a frente
Lábio inferior virado para fora	Lábio inferior virado para dentro
Língua acoplada em torno do seio	Língua do bebê não visível
Bochechas redondas	Bochechas tensas ou para dentro
Mais aréola acima da boca do bebê	Mais aréola abaixo da boca do bebê
Sugadas lentas e profundas, pausas	Apenas sugadas rápidas
Pode-se ver ou ouvir a deglutição	Ouvem-se ruídos altos

Elaborado pelo autor.

Fonte: Página 102 de "BRASIL. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015".

Reforça-se também a importância da amamentação na redução da dor neonatal em procedimentos assistenciais entre recém-nascidos. Ensaio clínico randomizado mostrou que a combinação de contato pele-a-pele e amamentação apresentou efeito analgésico na redução dos escores de dor e maior estabilidade fisiológica entre recém-nascidos a termo. As pesquisadoras apontam que o tratamento da dor neonatal compreende uma das ações de grande relevância da equipe de saúde para o bem-estar do bebê, visto que interfere no restabelecimento de sua saúde, podendo apresentar repercussões a longo prazo em relação à integração da criança na sua família, ao desenvolvimento cognitivo e à aprendizagem, refletindo-se, também, no aumento da morbimortalidade nesta faixa etária. Torna-se necessário, assim, que os profissionais de saúde se conscientizem do direito dos RN de terem a dor evitada e tratada o mais precocemente possível (LEITE *et al.*, 2015).

Ainda nesse contexto de amamentação, pesquisadoras apontam que considerar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) na assistência ao AM e na formação dos profissionais de saúde pode contribuir para que a amamentação seja

um processo confortável e satisfatório para as mulheres, possibilitando melhorias nos índices de amamentação, diminuindo as iniquidades em saúde e, conseqüentemente, qualificando a saúde materno-infantil da população brasileira. Essa reflexão é de suma importância, tendo em vista as diferenças sociais, demográficas e econômicas de um país como o Brasil, que possui dimensões continentais (MONTEIRO *et al.*, 2022). A ilustração disposta abaixo apresenta uma tradução dos principais Determinantes Sociais da Saúde propostos originalmente por Dahlgren e Whitehead (1991):



Fonte: Página 256 de "PEREIRA JUNIOR, A. **Uma introdução à filosofia das ciências da vida e da saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012".

Torna-se pertinente mencionar que, cronologicamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como criança a pessoa até 10 anos de idade incompletos, sendo ainda classificados em recém-nascidos (até 28 dias), lactentes (29 dias até 2 anos), pré-escolares (3 a 5 anos) e escolares (6 a 10 anos incompletos). A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1989, por sua vez, considera a criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade.

Ademais, há também as classificações do Ministério da Saúde para o recém-nascido em relação à idade gestacional (período compreendido entre o primeiro dia

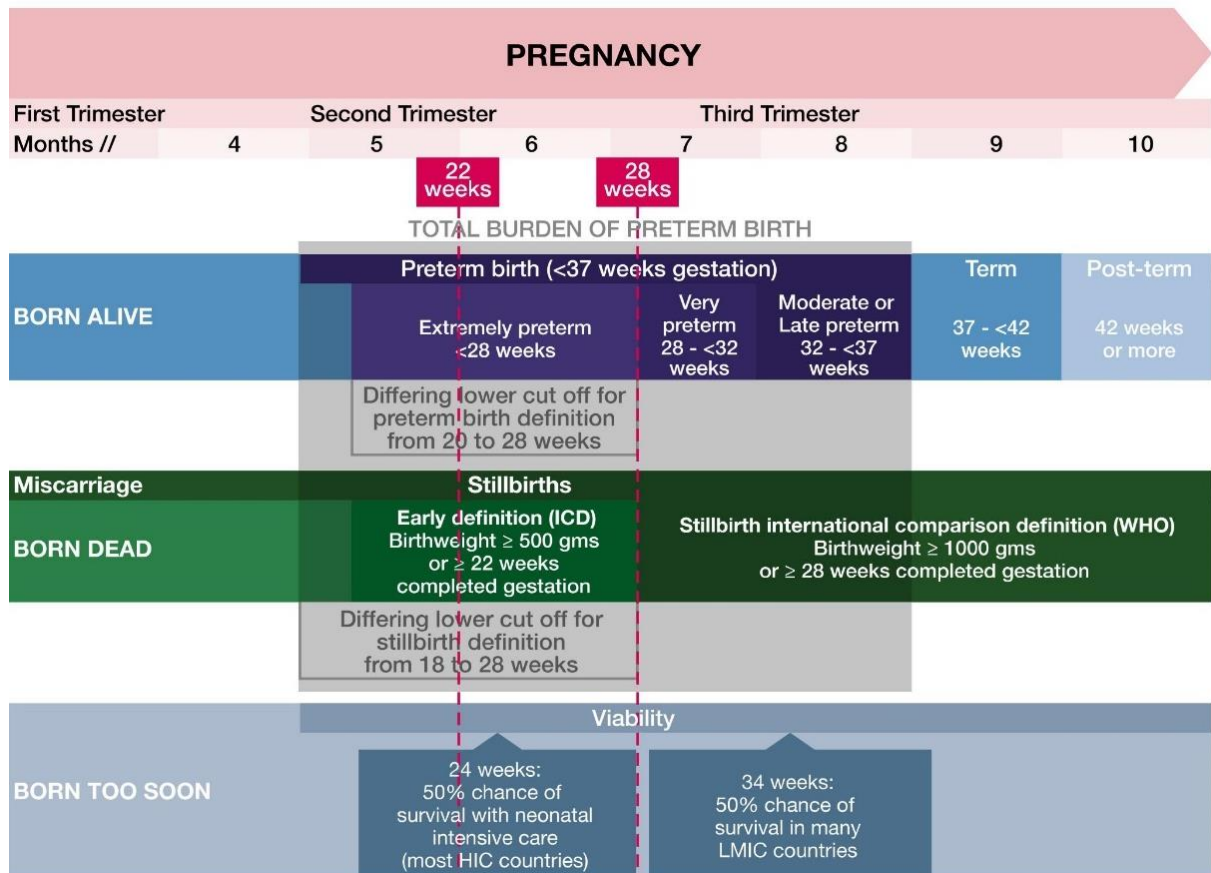
do último período menstrual e a data do nascimento, expresso em dias ou semanas completas) e o peso ao nascer (primeiro peso da criança obtido após o nascimento), vigentes desde 1994. Os RN foram classificados segundo a idade gestacional em: Pré-Termo (concepto com idade gestacional menor que 37 semanas: 259 dias); Termo (concepto com idade gestacional de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias: de 259 a 293 dias); e Pós-Termo (concepto com idade gestacional igual ou maior do que 42 semanas: 294 dias ou mais). Em relação ao peso ao nascer, definiu-se: Baixo Peso (RN com peso ao nascimento menor de 2.500g); Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) (RN com peso abaixo do percentil 10 para a sua idade gestacional); Adequado para a Idade Gestacional (AIG) (RN com peso entre o percentil 10 a 90 para a sua idade gestacional); e Grande para a Idade Gestacional (GIG) (RN com peso acima do percentil 90 para a sua idade gestacional) (BRASIL, 1994).

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde também definiu subclassificações de Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT), que são: RNPT extremo (IG < 28 semanas), RNPT muito prematuro (IG de 28 até 32 semanas incompletas) e RNPT moderado ou limítrofe (de 32 a 37 semanas incompletas). Quanto ao peso ao nascer, estabeleceu: alto peso ( $\geq 4.000\text{g}$ ), média de peso ao nascer (3.175 a 3.400g), baixo peso também menor que 2.500g (inclusive 2.499g), muito baixo peso (menos de 1.500g, inclusive 1.499g), e extremo baixo peso (menos de 1.000g, inclusive 999g) (WHO, 2012).

Sabe-se que os RNs pré-termo são ainda mais vulneráveis a um amplo espectro de morbidades. A mortalidade e o risco de sequelas em longo prazo são tanto maiores quanto menor for a idade gestacional. As morbidades resultantes das diversas complicações médicas da prematuridade podem contribuir para reinternações e resultar em déficit de crescimento, atraso no neurodesenvolvimento e maior taxa de mortalidade em longo prazo (BRASIL, 2014a).

A Figura 8, disposta na página seguinte, apresenta uma visão geral destas definições da Organização Mundial de Saúde para o parto prematuro, além de resultados de gravidez relacionados.

**Figura 8 – Visão geral das definições para parto prematuro e resultados de gravidez relacionados**



Fonte: Página 18 de “WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth.** Global Strategy for Women’s and Children’s Health and the efforts of Every Woman Every Child. Genebra: WHO, 2012”.

### 3.5.1 Método Canguru

O Método Canguru surgiu na década de 1970, e os primeiros relatos da sua utilização no Brasil datam de 1992, na cidade de Santos (SP), no Hospital Guilherme Álvaro (HGA), e em 1993, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). De forma oficial, o Método Canguru foi introduzido no país em 1999, em um evento realizado no auditório do BNDES, no Rio de Janeiro, quando foi lançada e apresentada pelo então ministro da saúde, José Serra, a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru”. Ainda em 1999, o atualmente conhecido como Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru, do qual participaram representantes dos hospitais que já realizavam essa prática, como o César Cals (Ceará), Frei Damião (Paraíba), Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), Maternidade



Sofia Feldman (Minas Gerais) e, o pioneiro, Hospital Guilherme Álvaro (São Paulo) (BRASIL, 2018; SANCHES *et al.*, 2015).

No ano seguinte, a Portaria GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000, aprovou a norma de orientação para a implantação do Método Canguru no país. Definiu-se o "Método Canguru" como um tipo de assistência neonatal, que por sua vez implica no contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. A posição canguru foi definida como a manutenção do recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido [somente de fraldas e, em regiões mais frias, pode usar meias e touca], na posição vertical, contra o peito do adulto. Houve também uma segunda Portaria, com nº 1.683, de 12 de julho de 2007, que revisou estas normas de orientação para a implantação do Método Canguru no Brasil.

O Método Canguru é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa se inicia no pré-natal da gestação de alto risco, seguido da internação do RN na Unidade Neonatal, que pode ser em UTI neonatal e/ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). Na segunda etapa, o bebê permanece de maneira contínua com a sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, e idealmente ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa, com especial atenção ao contato pele a pele e aleitamento materno. A presença e a participação do(a) parceiro(a) nestes cuidados devem ser estimuladas. Na terceira etapa, por sua vez, o RN pré-termo e/ou de baixo peso recebe alta hospitalar e é acompanhado de forma compartilhada pela equipe do hospital e da Atenção Primária, até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade a uma abordagem biopsicossocial (BRASIL, 2017).

Cita-se que um estudo nacional evidencia a influência positiva do Método Canguru sobre o aleitamento materno e estabelecimento de vínculo entre mãe-filho, porém também sinaliza que a implantação das três etapas dentro das instituições públicas do país ainda ocorre de maneira não homogênea, e poucas possuem a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru e/ou o acompanhamento ambulatorial na terceira etapa do Método Canguru (ALVES *et al.*, 2020). As barreiras e dificuldades para a implementação efetiva do Método Canguru no Brasil dizem respeito à falta de adesão e/ou de autonomia dos profissionais, falta de tempo,

recursos humanos insuficientes, ambiente agitado e barulhento, relutância por parte de profissionais para iniciar o contato pele a pele em recém-nascidos muito pequenos, desconhecimento sobre o método, falta de treinamento, insegurança técnica, falta de apoio da equipe médica para a realização de cuidados humanizados, falta de suporte gerencial e espaços físicos limitados (LUZ *et al.*, 2022).

Nesse aspecto, cabe ressaltar que o Brasil conta com seis Centros Nacionais de Referência na disseminação e implementação do Método Canguru: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira de Pernambuco (IMIP), Hospital Geral de Itapeverica da Serra (SP), Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e Hospital da Mulher Prof. Dr. Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP/SP). Esses centros apoiam as maternidades de referência estadual das 27 unidades federativas/distrito federal (Centros Estaduais de Referência), que têm o objetivo de capacitar, monitorar e oferecer suporte às maternidades e equipes próximas de seu estado (BRASIL, 2018).

Assim, compreende-se o Método Canguru como um modelo assistencial que tem início na gravidez de risco, e segue até o recém-nascido de baixo peso atingir 2.500g, abrangendo o pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do recém-nascido e retorno para casa. O contato pele a pele é iniciado com o toque dos pais em seus bebês desde os primeiros momentos da internação, evoluindo até a posição canguru, que por sua vez consiste em manter a criança em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito da mãe ou do pai. A criança deve estar somente de fraldas e, em regiões mais frias, pode usar meias e/ou touca, sendo ainda recomendado que a mãe esteja sem sutiã para favorecer o contato (BRASIL, 2016a).

### **3.5.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**

O Brasil foi um dos países participantes do encontro de elaboração de políticas *Breastfeeding in the 1990s: a Global Initiative*, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas (UNICEF) em Florença, na Itália, no Spedale degli Innocenti, em 1990. O principal objetivo foi definir metas operacionais globais, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, estabelecidas no documento Declaração de Innocenti, com medidas para o cumprimento do Código Internacional de

Comercialização de Substitutos do Leite Materno e para a implementação dos dez passos para a amamentação bem-sucedida. Assim, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada nos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991, com a finalidade de assegurar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar, sendo o Brasil um dos países selecionados para dar início à IHAC ao assinar a Declaração de Innocenti, comprometendo-se a fazer dos dez passos da amamentação, uma realidade nos estabelecimentos de atenção ao parto e nascimento do país. Na atualidade existem mais de 22 mil instituições IHAC distribuídas em 150 países no mundo (LAMOUNIER *et al.*, 2019; WHO; UNICEF, 1990; UNICEF; OMS, 2008).

Desse modo, a OMS e o UNICEF propuseram, em 1990, a IHAC, que é uma estratégia global elaborada com base em evidências científicas e estruturada por meio da instituição de um conjunto de medidas chamadas “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, cujo propósito é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno a partir da revisão de políticas, práticas e rotinas assistenciais nos hospitais e maternidades. Os principais objetivos da IHAC são adequar as rotinas dos serviços de saúde materno-infantis em prol do aleitamento materno através da implementação dos “Dez Passos” e extinguir a prática das empresas de distribuição gratuita ou de baixo custo de substitutos do leite materno nos hospitais e maternidades certificados, ou seja, a adesão ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e, no caso do Brasil, à Norma Brasileira de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (MACÊDO, 2016).

Em termos legislativos, a Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, redefiniu os critérios de habilitação da IHAC no Brasil, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Ficou definido que os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da OMS no atendimento ao parto vaginal. Ademais, esses hospitais deverão também garantir a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto, além de assegurar às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, com acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta.

Ressalta-se que, para serem habilitados à IHAC, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios:

I - Cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo UNICEF, assim definidos: a) 1º passo: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; b) 2º: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; c) 3º: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; d) 4º: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; e) 5º: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; f) 6º: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; g) 7º: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; h) 8º: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; i) 9º: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e j) 10º: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

II - Cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);

III - Garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e

IV - Cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, e rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde, com as seguintes práticas: a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; b) ofertar à mulher, durante o trabalho de

parto, líquidos e alimentos leves; c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existem restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

Em relação às condições para desabilitação dos estabelecimentos de saúde à IHAC, o Art. 12º desta Portaria estabelece da seguinte forma: I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS.

### **3.6 Importância do Monitoramento e Avaliação na saúde materno-infantil**

No Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com o Monitoramento e Avaliação é crescente e marcada por diferentes iniciativas de institucionalização destes processos nas três esferas de governo (CRUZ; REIS, 2011). Sabe-se que os fundamentos legais do SUS (artigos nº 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), acrescido do conjunto normativo do Ministério da Saúde e, mais recentemente, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, definem a organização do SUS e as atribuições dos seus entes

federados, cujas bases estão estruturadas pelo Pacto Interfederativo. Entre essas atribuições se incluem o Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde, que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS, e consequente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabeleceu como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. Ademais, em 2015, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015, que por sua vez reformulou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Com isso, o processo de avaliação configurou-se como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde no país, tendo em vista que avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, à vulnerabilidade, ao acesso e à satisfação dos cidadãos é imprescindível na incorporação do Planejamento e Gestão do SUS, tendo em vista o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde nos diferentes territórios (BRASIL, 2015).

Torna-se pertinente, portanto, compreender aqui a definição destes dois processos: monitoramento e avaliação. Monitoramento é o processo de acompanhamento periódico e sistemático de dados, ações e/ou atividades (BRASIL, 2009), enquanto a avaliação diz respeito ao processo de julgamento crítico destes dados, ações e/ou atividades previamente monitoradas para a melhoria da sua efetividade, subsidiando, assim, as tomadas de decisão de gestão (PATTON, 1990). Desse modo, o monitoramento e a avaliação são processos interligados, contínuos e sistemáticos, protagonizados por relevantes atores que integram o Planejamento e a Gestão do SUS em seus diferentes níveis, na perspectiva de qualificar a vigilância e a atenção à saúde, as tomadas de decisão e a alocação de recursos de forma racional e em consonância com as reais necessidades da população (CARVALHO; BRITO, 2016; HARTZ, 2013).

No Brasil, o monitoramento e a avaliação também dialogam com importantes Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS, haja vista que o Plano de Saúde, seja municipal ou estadual, deve incluir um conjunto de compromissos (objetivos, metas e ações) que requerem efetivos acompanhamentos e julgamentos sistemáticos, operacionalizados a partir da Programação Anual de Saúde (PAS), cujos resultados serão explicitados no Relatório Anual de Gestão (RAG). Cita-se como principais

dificuldades nestes processos: a baixa compreensão por parte de gestores e de trabalhadores acerca da transversalidade, possibilidades de operacionalização e importância do monitoramento e da avaliação na melhoria de indicadores de saúde; a lógica de programas ou políticas ministeriais verticalizadas; a ausência ou fragilidade de planejamentos estratégicos nos diferentes níveis de gestão; além da carência de ferramentas/instrumentos correlatos a essas finalidades, os quais devem ser integrados à rotina dos profissionais e/ou dos serviços (CARVALHO; BRITO, 2016).

Frente ao exposto, em relação ao monitoramento e avaliação na saúde materno-infantil, cabe aqui reforçar a existência de indicadores nacionais de processo, resultado e de impacto do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Portaria nº 569/2000), além dos grupos de indicadores da Rede Cegonha, que por sua vez são distribuídos em indicadores de mortalidade e morbidade, indicadores de atenção, situação da capacidade hospitalar instalada e indicadores de gestão (Portaria nº 1.459/2011). O Ministério da Saúde também recomenda a avaliação de alguns indicadores como a taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal precoce, taxa de mortalidade neonatal tardia, taxa de mortalidade pós-neonatal, taxa de mortalidade perinatal, taxa de mortalidade em menores de cinco anos, razão de mortalidade materna, entre outros.

Nesse contexto, tendo em vista que a qualificação da linha de cuidado materno-infantil também requer processos abrangentes de monitoramento e avaliação nos diferentes níveis de gestão, cita-se o Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC) como uma das principais ferramentas para essa finalidade. O SINASC é um Sistema de Informação em Saúde com implantação iniciada em 1990, cujo instrumento de coleta é a Declaração de Nascido Vivo (DN). Dispõe de dados secundários relacionados ao perfil sociodemográfico materno, pré-natal, parto e nascimento, com possibilidades de análises para estudos ecológicos e outros filtros.

Ademais, no atual modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde do país, o Programa Previnde Brasil, a saúde materno-infantil também é avaliada a cada quadrimestre no componente Desempenho, a partir dos seguintes indicadores:

- a) Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. Meta 2022: 45%. Peso 1.
- b) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Meta 2022: 60%. Peso 1.

- c) Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. Meta 2022: 60%. Peso 2.
- d) Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e poliomielite inativada. Meta 2022: 95%. Peso 2.

Por fim, compreende-se que o monitoramento e avaliação são processos transversais às diferentes áreas e atuações na saúde, sendo imprescindíveis para a garantia de melhorias da qualidade das ações e serviços de saúde. No contexto da saúde materno-infantil, esses processos favorecem a efetiva implementação das boas práticas assistenciais e da humanização, em diferentes cenários de gestação, parto e nascimento. Faz-se necessário, portanto, priorizar o monitoramento e avaliação, integrando-os à rotina da gestão e da assistência a partir do uso de ferramentas que permitam identificar as fragilidades de estrutura, processo e/ou resultado para a proposição de estratégias eficazes voltadas à realidade.

### **3.7 Autonomia da Enfermagem na saúde materno-infantil do Brasil**

A consulta de enfermagem é uma das atividades privativas do enfermeiro, conforme estabelece a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987. Trata-se de uma atividade na qual são utilizados componentes do método científico para identificação de situações de saúde-doença, prescrição e implementação de medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (GARCIA *et al.*, 2019).

No Brasil, o Ministério da Saúde determina que o profissional enfermeiro acompanhe, integralmente, o pré-natal de risco habitual na Atenção Primária à Saúde. Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Assim, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, de modo a proporcionar a criação de vínculos, e assim contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade. Outras atribuições relacionam-se à educação



em saúde, solicitação de exames, realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em nível nacional (BRASIL, 2013).

Ademais, conforme Resolução COFEN nº 516/2016, alterada pelas Resoluções COFEN 524/2016 e 672/2021, cabe também aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizas: a) Emissão de laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distocia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS; b) Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária; e d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

Desse modo, o enfermeiro possui competência técnica e autonomia profissional para atuar efetivamente no Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento, além de trabalhar outros aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde da mulher e saúde da criança no Brasil. Cabe aqui mencionar a importância de utilizar o Processo de Enfermagem (PE) na prestação destes cuidados, sendo o PE uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro capaz de nortear seu processo de raciocínio clínico e a sua tomada de decisão (BARROS *et al.*, 2015).

No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano. Na perspectiva de Horta (1979), ser humano ou pessoa refere-se ao indivíduo, família, grupo e comunidade, que por sua vez necessitam dos cuidados de enfermagem. Desde então, observou-se a inserção gradativa do PE nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem, bem como na prática assistencial destes profissionais.

Em aspectos legais, o COFEN publicou a Resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. De acordo com essa Resolução, a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. O PE, por sua vez, deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, e organizado em cinco etapas: 1ª) coleta de dados de enfermagem ou histórico de

enfermagem; 2ª) diagnóstico de enfermagem (requer sistema de linguagem específico da enfermagem, tais como a NANDA-I, CIPE, Sistema Omaha, entre outros); 3ª) planejamento da assistência de enfermagem (pode-se utilizar a NOC para os resultados esperados e a NIC para as intervenções); 4ª) implementação; e 5ª) avaliação de enfermagem; além de requerer uma sustentação teórica para a sua utilização, sendo os modelos conceituais/teóricos mais conhecidos a necessidades básicas de Horta, autocuidado de Orem, cuidado cultural de Leininger, entre outros.

O Quadro 9 apresenta um conjunto de sugestões de possíveis Diagnósticos de Enfermagem na saúde materno-infantil, segundo NANDA-I e CIPE.

**Quadro 9 – Sugestões de possíveis diagnóstico de enfermagem na saúde materno-infantil a partir da NANDA-I e CIPE**

Contexto avaliado	Possíveis diagnósticos de enfermagem (NANDA-I)	Possíveis diagnósticos de enfermagem (CIPE)
Rastreamento de câncer de colo de útero	Comportamento de saúde propenso a risco Controle ineficaz da saúde Disposição para controle de saúde melhorado Risco para baixa autoestima situacional Enfrentamento ineficaz	Aceitação da condição de saúde Adesão ao regime terapêutico Ansiedade Autocuidado Autoestima positiva
Rastreamento de câncer de mamas	Ansiedade Conhecimento deficiente Dor aguda Risco de infecção	Ansiedade Dor mamária Infecção no tecido mamário Imagem corporal perturbada
Infecções Sexualmente Transmissíveis	Comportamento de saúde propenso a risco Risco de infecção Risco de distúrbios da identidade pessoal Conhecimento deficiente	Ansiedade Imagem corporal perturbada Comportamento sexual problemático Adesão ao teste de diagnóstico
Saúde sexual e reprodutiva	Ansiedade Termorregulação ineficaz Padrão de sexualidade ineficaz Prontidão para um processo reprodutivo aprimorado Disfunção sexual Risco de baixa autoestima situacional Baixa autoestima situacional Disposição para conhecimento melhorado Insônia	Desconforto Termorregulação prejudicada Comportamento sexual problemático Comportamento de busca de saúde comprometido Exame preventivo ausente Assistência no autocuidado Adesão ao teste de diagnóstico
Assistência pré-natal	Náuseas Deglutição prejudicada Processo de procriação ineficaz Risco de processo de procriação ineficaz Risco de díade materno-fetal perturbada	Vertigem postural (tontura) Salivação Tolerância a atividade ineficaz Incontinência urinária Integridade da pele prejudicada

	<p>Risco de desequilíbrio eletrolítico  Risco de nível de glicose no sangue instável  Risco de excesso de peso  Risco de trombose  Padrão respiratório ineficaz  Risco para infecção (colo uterino)</p>	
Assistência ao pré-parto e sala de parto	<p>Medo  Risco para estresse  Dor aguda  Dor de parto  Náuseas  Fadiga  Mobilidade física prejudicada  Padrão de sono alterado  Déficit no autocuidado para banho/higiene  Ansiedade  Risco para vínculo pais-filho alterado  Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais  Risco para infecção  Integridade da pele prejudicada  Eliminação urinária prejudicada  Incontinência urinária mista  Continência intestinal prejudicada  Constipação  Risco para constipação  Risco para padrão respiratório alterado  Comunicação verbal prejudicada</p>	<p>Ansiedade  Respiração prejudicada  Integridade da pele prejudicada  Desconforto  Termorregulação prejudicada  Risco de função do sistema urinário prejudicada  Risco de queda</p>
Assistência ao puerpério e recém-nascido	<p>Dor  Amamentação ineficaz  Conflito no papel de mãe  Tensão do papel do cuidador  Produção insuficiente de leite materno  Amamentação interrompida  Hiperbilirrubinemia neonatal  Padrão de sono prejudicado  Risco de sangramento  Risco de constipação  Risco de morte súbita do lactente  Maternidade alterada  Risco para infecção puerperal  Atraso no desenvolvimento motor infantil  Risco de atraso no desenvolvimento motor infantil  Hiperbilirrubinemia neonatal  Risco de hiperbilirrubinemia neonatal  Síndrome de abstinência neonatal  Lesão por pressão neonatal  Risco de lesão por pressão neonatal  Hipotermia neonatal  Risco de hipotermia neonatal  Risco de hipotermia perioperatória</p>	<p>Ansiedade  Dificuldade para amamentar  Ingurgitamento mamário  Falta de apoio familiar  Humor deprimido, no período pós parto  Desenvolvimento do lactente, prejudicado  Integridade da pele, prejudicada  Respiração prejudicada  Sono, prejudicado  Risco do efeito de imunização</p>

# REVISÃO TEÓRICA

	Resposta ineficaz de sucção e deglutição do bebê Risco de queda de criança Atraso no desenvolvimento motor infantil Risco de atraso no desenvolvimento motor infantil	
Climatério e menopausa	Conforto prejudicado Ansiedade Termorregulação ineficaz Disfunção sexual Padrão de sexualidade ineficaz	Desconforto Ansiedade Termorregulação prejudicada Comportamento sexual problemático Desempenho sexual prejudicado Risco de função do sistema urinário prejudicada Risco de queda

Elaborado pelo autor.

Fonte: GARCIA, R. A. *et al.* **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Módulo 1: Saúde da Mulher**. São Paulo: Coren SP, 2019. MEDEIROS, A. L. *et al.* Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 3, 2016.

# OBJETIVOS

---

# OBJETIVOS

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivos gerais

- 1) Analisar as prevalências de adequações e inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento em uma Região do Nordeste brasileiro e as variáveis associadas às inadequações;
- 2) Elaborar uma proposta de Matriz de Avaliação de Processo relacionada à adequação do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento, com aplicação destinada a municípios e/ou estados brasileiros.

### 4.2 Objetivos específicos

- 1) Referentes ao primeiro objetivo geral:
  - Caracterizar o perfil sociodemográfico e de condições gerais de saúde de puérperas da Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro;
  - Apresentar os resultados descritivos de variáveis relacionadas ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro;
  - Identificar a prevalência de adequações e inadequações em aspectos do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, à luz de dispositivos legais e recomendações vigentes do Ministério da Saúde do Brasil;
  - Estimar associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas às inadequações do planejamento reprodutivo;

- Estimar associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal;
- Estimar associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com inadequações da assistência ao parto;
- Estimar associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com inadequações da assistência ao nascimento;

## 2) Referentes ao segundo objetivo geral:

- Elencar conjuntos de indicadores de adequação relacionados ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento, à luz de dispositivos legais e recomendações vigentes do Ministério da Saúde do Brasil;
- Expor o método de cálculo para cada indicador de adequação relacionado ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento;
- Apresentar a versão preliminar da Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN), incluindo uma introdução à ferramenta e instruções para utilização em municípios e/ou estados do Brasil.

## MATERIAL E MÉTODO

---

## MATERIAL E MÉTODO

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

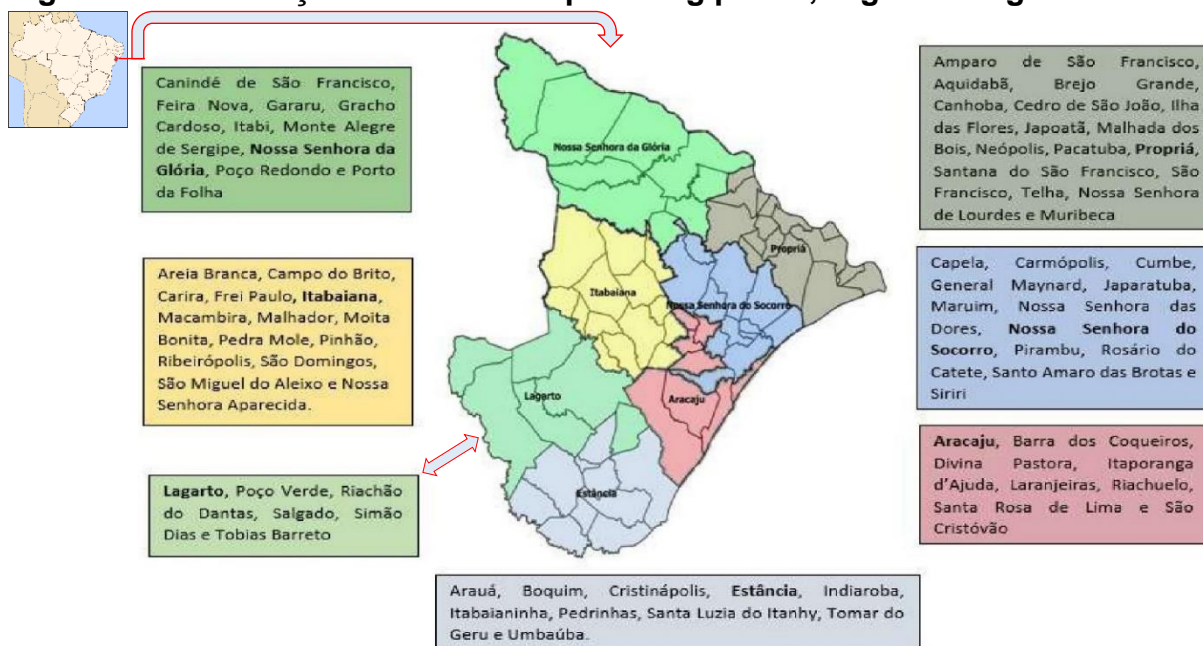


## 5 MATERIAL E MÉTODO

### 5.1 Delineamento e local de realização do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo e observacional, transversal, descritivo e inferencial, usando dados do Projeto de Pesquisa “*Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento*”, coletados entre março e julho de 2018 na Maternidade Zacarias Júnior, no município de Lagarto (SE), que é referência para partos de risco habitual na Região Centro-Sul do Sergipe, também conhecida como Região de Lagarto. Essa região inclui os municípios de Lagarto (106.015 habitantes em 2021, com salário médio mensal de 1,8 salários mínimo em 2019), Tobias Barreto (52.861 habitantes em 2021, com salário médio mensal de 1,8 salários mínimo em 2019), Simão Dias (40.724 habitantes em 2021, com salário médio mensal de 1,7 salários mínimo em 2019), Poço Verde (24.003 habitantes em 2021, com salário médio mensal de 1,9 salários mínimo em 2019), Salgado (20.051 habitantes em 2021, com salário médio mensal de 1,7 salários mínimo em 2019) e Riachão do Dantas (19.813 habitantes em 2021, com salário médio mensal de 2,2 salários mínimo em 2019) (IBGE, 2022). Para melhor compreensão, a Figura 9 apresenta a distribuição dos 75 municípios do Sergipe, segundo as sete Regiões de Saúde do Estado.

**Figura 9 – Distribuição dos 75 municípios sergipanos, segundo Região de Saúde**



Fonte: Página 16 de “SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE. Plano Estadual de Saúde: 2020 a 2023. Aracaju: Governo de Sergipe, 2019”.

# MATERIAL E MÉTODO

Acrescenta-se que a Rede de Atenção Materno-Infantil do Sergipe está organizada de forma regionalizada: Região Nossa Senhora da Glória (Maternidade Governador João Alves Filho – risco habitual); Região Propriá (Maternidade São Vicente de Paula – risco habitual); Região Itabaiana (Hospital Maternidade São José – risco habitual, Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, Banco de Leite Humano, Hospital Regional Dr. Pedro Garcia Moreno Filho – hospital geral com UTI); Região Lagarto (Maternidade Zacarias Júnior – risco habitual, Centro de Parto Normal, Unidade de Cuidado Convencional, Banco de Leite Humano, Hospital Regional Monsenhor de Carvalho, Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco); Região Nossa Senhora do Socorro (Maternidade José Franco Sobrinho e Centro Obstétrico Leonor Barreto Franco – ambas de risco habitual); Região de Estância (Hospital Maternidade Amparo de Maria – risco habitual); e, Região Aracaju, que por sua vez concentra a Maternidade Carlos Firpo (Santa Isabel) – risco habitual, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) – alto risco, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) – ambulatório de pré-natal para gestação de alto risco, e o CEMAR Siqueira Campos – ambulatório de pré-natal para gestação de alto risco para usuárias da capital (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE, 2019). A Figura 10 apresenta essa organização da Rede de Atenção Materno-Infantil no Estado.

**Figura 10 – Organização da Rede de Atenção Materno-Infantil do Sergipe**



Fonte: Página 59 de “SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE. Plano Estadual de Saúde: 2020 a 2023. Aracaju: Governo de Sergipe, 2019”.

# MATERIAL E MÉTODO

Em relação à instituição na qual ocorreu a coleta de dados, destaca-se que a Maternidade Zacarias Júnior foi fundada em 02 de dezembro de 1948, à época chamada de Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância da Cidade de Lagarto. Está localizada no município de Lagarto (SE), e funciona como referência para partos de risco habitual em toda a Região Centro-Sul do Sergipe. Possui habilitação de Centro de Parto Normal, com adesão e implementação prévia das recomendações do Método Canguru, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), Rede Cegonha, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e Cuidado Amigo da Mulher. Atende a partos com financiamento público e/ou privado, dispondo das seguintes instalações: sala de espera, quartos pré-parto, parto e puerpério (PPP), centro cirúrgico, alojamento conjunto e banco de leite. Quanto à capacidade atual, possui 11 apartamentos, 6 suítes individuais e 40 leitos de alojamento conjunto, além de 5 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo).

**Figura 11 - Estrutura da Maternidade Zacarias Júnior, em Lagarto (SE)**



Fonte: Acervo de fotografias institucionais disponíveis no seguinte endereço eletrônico: <http://maternidadelagarto.com/estrutura.html>. Acesso em: 20 mar. 2022.

## 5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Participaram mulheres com parto de feto vivo de qualquer peso ou idade gestacional, e também mulheres com parto de feto morto, desde que peso  $\geq 500\text{g}$  ou IG  $\geq 20$  semanas, na Maternidade Zacarias Júnior, localizada no município de Lagarto (SE). Os critérios de exclusão adotados foram: mulheres admitidas na Maternidade Zacarias Júnior para outros fins se não o de parir; com parto em outra unidade hospitalar, domicílio, via ou transporte público; mulheres com transtorno mental grave, que não permita a comunicação com o entrevistador; indígenas ou estrangeiras que não compreendam o idioma português; com condição de surdez ou comunicação por libras e internadas por decisão judicial para interrupção da gravidez.

Desse modo, ressalta-se que não foram definidos critérios em relação à assistência pré-natal, sendo incluídas todas as mulheres que atenderam aos critérios supracitados, independentemente da sua situação no acompanhamento da gravidez. Justifica-se também a exclusão de mulheres cujo parto não ocorreu nas instalações da Maternidade Zacarias Júnior em razão das especificidades de um conjunto de variáveis do trabalho de parto, parto e nascimento que foram previamente estabelecidas como prioritárias na avaliação do presente estudo, à luz dos objetivos gerais e específicos propostos na presente tese.

## 5.3 Cálculo amostral e recrutamento

Segundo dados da Direção da Maternidade Zacarias Júnior, ocorreram cerca de 1.250 partos em 2017 com as características elegíveis à pesquisa. A partir disso, estimou-se a necessidade de uma amostra de 647 participantes através da escolha de um nível de confiança de 97% e de erro amostral de 3%, sendo ainda acrescentada uma margem de segurança de 10% no número calculado.

Segue cálculo amostral usando a fórmula de Barbetta (2014):  $n = N \cdot N^0 / N + n^0$ , onde  $n^0 = 1/E^{02}$

Onde:

$n$  = Tamanho amostral

$N$  = Tamanho da população

$E^0$  = Erro amostral

$N^0$  = Primeira aproximação do tamanho amostral

Portanto:

$$N^0 = \frac{1}{E^{02}} \quad N^0 = \frac{1}{0.03^2} = \frac{1}{0.0009} = 1.111$$
$$n = \frac{N \times N^0}{N + N^0} = \frac{1.250 \times 1.111}{1.250 + 1.111} = \frac{1.388.750}{2.361} = 588.2 + 10\% = 647 \text{ sujeitos}$$

Assim, com a obtenção de autorização da Direção da Maternidade para execução da pesquisa, a partir de uma listagem de internação diária de puérperas elegíveis para o estudo, cujo preenchimento seguiu a ordem do horário dos respectivos partos diurnos e noturnos, os pesquisadores explicaram o projeto de pesquisa às puérperas no Alojamento Conjunto, e entregaram àquelas que manifestaram o interesse voluntário em participar da pesquisa: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as que possuíam idade  $\geq 18$  anos, e para as menores de 18 anos, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) em conjunto com o TCLE para o seu responsável legal. Em seguida, realizou-se as entrevistas e foram levantados dados do prontuário das puérperas/recém-nascidos e do cartão da gestante/pré-natal. Todos os documentos preenchidos e assinados estão arquivados pelo autor da presente tese.

## 5.4 Instrumento e sistematização da coleta de dados

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados original (APÊNDICE A), com questões objetivas relacionadas ao perfil sociodemográfico e obstétrico materno, ao planejamento reprodutivo, à assistência pré-natal e à assistência ao parto e ao nascimento, sendo formatado para obtenção de dados primários (entrevista face a face com a puérpera) e secundários (consulta aos prontuários da puérpera/recém-nascido e aos cartões ou cadernetas da gestante). A versão final do instrumento de coleta utilizado na pesquisa foi elaborada pelo autor da presente tese de doutorado, ainda no final do ano de 2017, a partir de dois instrumentos da *Pesquisa Nascer no Brasil*: 1) Entrevista com a puérpera ainda durante a internação hospitalar (42 páginas) e 2) Coleta de dados do prontuário materno e do recém-nascido (21 páginas) (LEAL, 2011); e também a partir de consulta a seis documentos oficiais do Ministério da Saúde: 1) BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 2.

# MATERIAL E MÉTODO

---

Brasília: Ministério da Saúde, 2009; 2) BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012; 3) BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; 4) BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 1 – Cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014; 5) BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016; e 6) BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e julho de 2018, com 655 puérperas e recém-nascidos da Região Centro-Sul do Sergipe. Foi adotada sistematização semelhante ao Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2012), com adaptações conforme aqui descrito. Realizou-se entrevistas com as puérperas com intervalo mínimo de 6h após o parto e extração de dados dos prontuários das puérperas/recém-nascidos e do cartão ou caderneta da gestante/pré-natal. A coleta de dados aconteceu em todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira, e também em alguns sábados.

Em cada visita à maternidade, os pesquisadores elaboraram, inicialmente, a Lista Única de Puérperas – uma listagem das puérperas elegíveis à entrevista. As fontes de informações para a montagem dessa lista foram: Livro de Admissão da Maternidade, Livro de Parto e Livro do Centro Cirúrgico. Ressalta-se que os entrevistadores foram 12 alunos de graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio Garcia Filho (Lagarto, SE). À época, estavam vinculados ao Projeto de Extensão “Nascer no Caminho da Humanização”, sob supervisão do atual discente de Doutorado Direto (à época, monitor do Projeto de Extensão) e da sua orientadora de graduação (à época, coordenadora do Projeto de Extensão), que por sua vez, ofertaram um treinamento prévio para padronizar a execução desta etapa pelo respectivo grupo na maternidade.

A Lista Única de Puérperas era preenchida seguindo a ordem do horário do parto, entre às 7h do dia anterior até às 6h e 59min do dia da coleta, independentemente de ter sido parto vaginal ou cesariana. O primeiro parto ocorrido no dia anterior, a partir das 7h, recebia o número de ordem 1, o segundo o número de ordem 2, e assim sucessivamente até o parto ocorrido às 6h e 59min do dia da elaboração da lista, que por sua vez, recebia o último número. Essa lista possuía os seguintes dados: data e hora do parto, ordem diária para o sorteio, nome da puérpera,

tipo de parto, número do prontuário da puérpera, condições de saúde, localização do quarto/enfermaria/leito, data da entrevista, nome do entrevistador e data da coleta.

Assim, o objetivo principal desta lista era conhecer o número de puérperas elegíveis para serem entrevistadas naquele determinado dia, garantindo que a probabilidade da puérpera de ser selecionada corresponda, de igual forma, para o conjunto daquelas que pariram na Maternidade Zacarias Júnior durante aquele mesmo intervalo de tempo (entre às 7h do dia anterior até às 6h e 59min do dia da coleta), e sobretudo, permitindo, aos entrevistadores, o atendimento ao critério de respeitar um intervalo mínimo de 6h após o parto para a realização da entrevista.

## 5.5 Estudo piloto

O estudo piloto consistiu no teste do instrumento elaborado para a coleta/levantamento de dados, em uma amostra de 10 puérperas, que por sua vez foram incluídas na amostra final do estudo, já que não houve a necessidade de alterações no instrumento testado. Avaliou-se a apresentação do questionário (sem modificações), o entendimento dos seus itens (satisfatório) e o tempo médio das entrevistas (30 minutos).

## 5.6 Descrição das variáveis e critérios de adequação e inadequação

O Quadro 10 apresenta o detalhamento das variáveis obtidas a partir de dados primários (entrevista), excetuando-se apenas o levantamento de exames realizados no pré-natal (consultada ao cartão ou caderneta da gestante), e foi organizado da seguinte forma: variáveis sociodemográficas maternas e de condições gerais de saúde, variáveis relacionadas ao planejamento reprodutivo, variáveis relacionadas ao pré-natal, variáveis relacionadas ao trabalho de parto e parto e variáveis relacionadas ao nascimento. Destaca-se o julgamento do autor sobre a resposta ser considerada “adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico e/ou obstétrico e/ou perinatal” ou “inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico e/ou obstétrico e/ou perinatal”, no contexto do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento, ocorreu à luz de dispositivos legais e recomendações do Ministério da Saúde do Brasil.

# MATERIAL E MÉTODO

**Quadro 10 – Variáveis obtidas a partir de dados primários (entrevista), excetuando-se apenas o levantamento de exames realizados no pré-natal**

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS E DE CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>		<b>Tipo de variável</b>		
Qual a sua data de nascimento?		Quantitativa (Discreta)		
Qual o seu município de residência?		Qualitativa (Nominal)		
Qual a sua zona de moradia?		Qualitativa (Nominal)		
Qual a sua situação conjugal?		Qualitativa (Nominal)		
Qual a sua escolaridade?		Qualitativa (Ordinal)		
Possui algum trabalho remunerado?		Qualitativa (Nominal)		
Quantas pessoas moram em sua casa (incluindo você)?		Quantitativa (Discreta)		
Qual sua renda familiar total?		Qualitativa (Ordinal)		
Como você autodeclara sua raça/cor da pele?		Qualitativa (Nominal)		
Você possui diagnóstico médico de diabética?		Qualitativa (Nominal)		
Você possui diagnóstico médico de pressão alta (hipertensão)?		Qualitativa (Nominal)		
Você faz uso de bebida alcoólica, mesmo durante a gravidez?		Qualitativa (Nominal)		
Você faz uso de tabaco / cigarro, mesmo durante a gravidez?		Qualitativa (Nominal)		
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Referência utilizada</b>
Verificação da idade	Quantitativa (Discreta)	Se possuía idade $\geq 20$ e $\leq 34$ anos	Se possuía idade $\leq 19$ e $\geq 35$ anos	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2022)
Algum profissional de saúde já lhe orientou sobre “métodos contraceptivos”? (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2016)
Qual(is) método(s) contraceptivo(s) você conhece?	Qualitativa (Nominal)	Laqueadura E/ou Vasectomia E/ou Preservativo masculino e feminino E/ou Pílula (hormonal) E/ou Injeção (hormonal) E/ou DIU E/ou Diafragma	Não conhece nenhum dos métodos contraceptivos avaliados, seja definitivo e/ou de barreira e/ou hormonal	1) Brasil (2016)
Algum profissional de saúde já lhe orientou sobre “Planejamento Familiar”? (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2016)
A gestação atual foi planejada?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2016)
Como você se sentiu ao descobrir a gravidez?	Qualitativa (Ordinal)	Satisfeita	Insatisfeita ou Mais ou menos satisfeita	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2016)
Qual foi a sua percepção em relação ao tempo no qual ocorreu a gravidez?	Qualitativa (Nominal)	Queria engravidar agora	Não queria engravidar ou Queria esperar mais tempo	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2016)
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou</b>	<b>Referência utilizada</b>



# MATERIAL E MÉTODO

		<b>representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	
Você fez o pré-natal nesta gravidez?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2000) 2) Brasil (2013)
Em qual mês de gravidez você iniciou o pré-natal?	Qualitativa (Ordinal)	No primeiro trimestre gestacional (até a 13ª semana gestacional, ou até o 3º mês de gravidez)	No segundo trimestre gestacional (entre a 14ª e 27ª semana gestacional, ou entre o 4º e 6º mês de gravidez) ou No terceiro trimestre gestacional (a partir da 28ª semana gestacional, ou entre o 7º e 9º mês de gravidez)	1) Brasil (2000) 2) Brasil (2013)
Quantas consultas de pré-natal você realizou?	Qualitativa (Ordinal)	6 ou mais consultas	1 a 3 consultas ou 4 ou 5 consultas	1) Brasil (2000) 2) Brasil (2013)
O(a) parceiro(a) também participou das consultas de pré-natal?	Qualitativa (Nominal)	Sim, totalmente ou Sim, parcialmente	Não participou	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2016)
Qual(is) atividade(s) foi(ram) realizada(s) com o(a) parceiro(a) durante o pré-natal?	Qualitativa (Nominal)	Realização de testes rápidos para HIV e Sífilis E/ou Exames de rotina E/ou Atualização do cartão de vacina E/ou Incentivo à participação nas atividades educativas, consultas e exames da gestante e na parturição	Não foram realizadas nenhuma das atividades avaliadas durante o pré-natal do(a) parceiro(a)	1) Brasil (2016)
Você recebeu uma classificação de risco ginecológico e obstétrico durante o pré-natal?	Qualitativa (Nominal)	Sim, na primeira consulta e/ou nas subsequentes	Não houve estratificação do risco ginecológico e obstétrico durante o pré-natal	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2022)
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Sinais de risco / alerta na gravidez	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre sinais de risco / alerta na gravidez	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014)
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Como inicia o trabalho de parto	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre como inicia o trabalho de parto	1) Brasil (2013)
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Maternidade de referência para o parto	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre a maternidade de referência para o parto	1) Brasil (2013)
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Atividades para facilitar o parto	Qualitativa (Nominal)	Sim, deambulação E/ou Sim, posicionamentos E/ou Sim, formas de alívio da dor	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre atividades para facilitar o parto	1) Brasil (2013)
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Amamentação	Qualitativa (Nominal)	Definições / tipos, importância, como amamentar, possíveis desafios e respectivos manejos E/ou Importância de amamentar na 1ª hora de vida do recém-nascido E/ou Até quando amamentar exclusivamente e a partir de quando e como complementar	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre amamentação	1) Brasil (2013)

# MATERIAL E MÉTODO

*Verificação de exame(s) realizado(s) no início do pré-natal, a partir do Cartão ou Caderneta da Gestante:	Qualitativa (Nominal)	1) Ultrassonografia E 2) ABO-Rh E 3) Hb/Ht E 4) VDRL E 5) Urina rotina (EAS) E 6) Teste rápido HIV e Sífilis E 7) HBsAg E 8) Glicemia jejum E 9) Toxoplasmose	Não há registro (no cartão ou caderneta da gestante) de realização de ao menos nove exames recomendados para o primeiro trimestre gestacional durante o pré-natal	1) Brasil (2013)
*Verificação de exame(s) realizado(s)/repetido(s) no terceiro trimestre, a partir do Cartão ou Caderneta da Gestante:	Qualitativa (Nominal)	1*) Hemograma E 2*) HBsAg E 3) Urina rotina (EAS) E 4) Glicemia jejum E 5) Teste rápido HIV E 6) VDRL E 7*) Bacterioscopia de secreção vaginal  *Exames não avaliados na coleta de dados e, consequentemente, inexistentes nesta análise	Não há registro (no cartão ou caderneta da gestante) de realização/repetição de ao menos sete exames recomendados para o terceiro trimestre gestacional durante o pré-natal	1) Brasil (2013)
No início da gravidez, qual tipo de parto você gostaria de ter?	Qualitativa (Nominal)	Parto vaginal	Sem preferência ou Cesariana	1) Brasil (2013)
Durante o pré-natal, qual tipo de parto orientaram ser o mais seguro ("o melhor")?	Qualitativa (Nominal)	Parto vaginal	Qualquer um ou Não ficou esclarecido ou Cesariana	1) Brasil (2013)
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO DE PARTO E PARTO</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Referência utilizada</b>
Você precisou procurar outro(s) estabelecimento(s) para ter o parto antes de conseguir nesta maternidade? (Peregrinação)	Qualitativa (Nominal)	Não	Sim, uma maternidade Ou Sim, duas maternidades Ou Sim, três maternidades ou mais	1) Brasil (2000)
Você teve acompanhante nessa maternidade?	Qualitativa (Nominal)	Sim, em todos os momentos Ou Sim, em alguns momentos	Não, em nenhum momento	1) Brasil (2005) 1) Brasil (2011)
O acompanhante foi quem você realmente escolheu ("pessoa que você queria")?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2005)
Durante o trabalho de parto, você permaneceu em Dieta Zero, incluindo líquido?	Qualitativa (Nominal)	Não	Sim	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)

# MATERIAL E MÉTODO

Durante o trabalho de parto, você caminhou (deambulação)?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)
Durante o trabalho de parto, você utilizou alguma das “tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor”?	Qualitativa (Nominal)	Bola suíça E/ou Massagem E/ou Banho quente E/ou Agachamento E/ou Bamboleio E/ou Cavalinho	Não fez uso de tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)
Você já conhecia alguma das “tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor” antes de ser admitida nesta maternidade?	Qualitativa (Nominal)	Sim, soube durante o pré-natal/gravidez Ou Sim, soube antes mesmo do pré-natal/gravidez	Não conhecia	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)
Se parto vaginal, qual foi a sua posição no momento do parto?	Qualitativa (Nominal)	Verticalizada	Horizontalizada/Litotômica	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)
Se parto vaginal, foi você quem escolheu a posição para parir?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)
Na maternidade, apertaram com certa força ou subiram em sua barriga na hora do parto (Manobra de Kristeller)?	Qualitativa (Nominal)	Não	Sim	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)
Você considera que sofreu algum tipo de violência na maternidade?	Qualitativa (Nominal)	Não	Sim, física E/ou Sim, psicológica E/ou Sim, verbal	1) Brasil (2013)
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NASCIMENTO</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Referência utilizada</b>
Com quantas semanas/ meses de gestação ocorreu o parto/nascimento?	Qualitativa (Nominal)	37 a 42 semanas	≤ 36 semanas > 42 semanas	1) Brasil (2013)
Algum profissional de saúde te informou quais procedimentos iriam ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013)
Você teve contato pele a pele com seu(ua) filho(a) logo após o nascimento? (Ainda na 1ª hora)	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014) 3) Brasil (2017)
Você conseguiu ofertar o seio ao seu(ua) filho(a) ainda na sala de parto?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014) 3) Brasil (2017)
Você foi encaminhada para o alojamento conjunto depois que pariu?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014) 3) Brasil (2017)
Você amamentou, de fato, seu(ua) filho(a) na primeira hora de vida (“houve a mamada”)?	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014) 3) Brasil (2017)
Você recebeu orientações na maternidade sobre a	Qualitativa (Nominal)	Sim	Não	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2017)

# MATERIAL E MÉTODO

higiene do recém-nascido, incluindo banho e cuidados com o coto umbilical?				
Até quando pretende amamentar seu(ua) filho(a) exclusivamente com leite materno?	Qualitativa (Nominal)	Até o 6º mês de vida	Não pretendo amamentar Ou Até o 2º mês de vida Ou Até o 3º mês de vida Ou Até o 4º mês de vida Ou Até o 1º ano de vida Ou Até o 2º ano de vida Ou Até o 3º ano de vida ou mais	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014)
Por qual(is) motivo(s) você acredita que poderia deixar de amamentar seu(ua) filho(a)?	Qualitativa (Nominal)	Quando ele(a) completar, no mínimo, dois anos de vida	Se "sair pouco leite" Ou Se o "leite ficar fraco"	1) Brasil (2013) 2) Brasil (2014)

Elaborado pelo autor.

O Quadro 11, por sua vez, dispõe sobre as variáveis obtidas a partir de dados secundários, constantes nos prontuários da puérpera e do recém-nascido, além do cartão ou caderneta da gestante.

## Quadro 11 – Variáveis obtidas a partir de dados secundários (prontuários da puérpera e do recém-nascido, além do cartão ou caderneta da gestante)

Variável	Possíveis respostas	Tipo de variável
Tipo de gestação	Única ou Gemelar/Múltipla	Qualitativa (Nominal)
Tipo de parto realizado	Vaginal (natural ou instrumentalizado) ou cesariana	Qualitativa (Nominal)
Observações durante o trabalho de parto	Cateter venoso periférico e/ou ocitocina e/ou amniotomia e/ou uso do partograma e/ou analgesia e/ou enteroclistima	Qualitativa (Nominal)
Observações durante o parto	Laceração e/ou episiotomia e/ou manobra de Kristeller	Qualitativa (Nominal)
Apresentação fetal	Cefálica ou pélvica ou córmica / transversa	Qualitativa (Nominal)
Situação fetal	Longitudinal ou transversa	Qualitativa (Nominal)
Apgar no 1º minuto	< 7 ou ≥ 7	Quantitativa (Discreta)
Apgar no 5º minuto	< 7 ou ≥ 7	Quantitativa (Discreta)
Anormalidade congênita	Sim ou não	Qualitativa (Nominal)
Peso ao nascer	< 2.500 ou ≥ 2.500g e ≤ 4.000g ou > 4.000g	Qualitativa (Ordinal)
Idade gestacional ao nascer	≤ 36 semanas ou 37 a 42 semanas ou > 42 semanas	Qualitativa (Ordinal)
Procedimentos realizados no bebê logo após o nascimento	Credeização e/ou vacinação e/ou administração da vitamina K e/ou uso de berço aquecido e/ou uso de incubadora e/ou aspiração das vias aéreas superiores e/ou oxigênio inalatório e/ou aspiração gástrica	Qualitativa (Nominal)
GPA	Nº de Gestação, Parto e Aborto	Quantitativa (Discreta)
Comprimento do recém-nascido	Centímetros	Quantitativa (Contínua)

# MATERIAL E MÉTODO

Perímetro cefálico do recém-nascido	Centímetros	Quantitativa (Contínua)
Perímetro torácico do recém-nascido	Centímetros	Quantitativa (Contínua)
Perímetro abdominal do recém-nascido	Centímetros	Quantitativa (Contínua)
Peso da mulher, anteriormente à gravidez	Quilogramas	Quantitativa (Contínua)
Altura da mulher, anteriormente à gravidez	Centímetros	Quantitativa (Contínua)
Índice de Massa Corporal da mulher, anteriormente à gravidez	Valor	Quantitativa (Contínua)

Elaborado pelo autor.

## 5.6.1 Elaboração de proposta de Matriz de Avaliação de Processo

Donabedian (2003) propõe que a avaliação da adequação / qualidade da assistência em serviços de saúde ocorra, preferencialmente, a partir de três tipos de informação: Estrutura, Processo e Resultado. Todavia, quanto à avaliação de Processo, o autor pontua que respostas mais robustas podem ser suficientes para fornecer julgamentos válidos e discriminatórios sobre a qualidade da atenção à saúde, já que a "qualidade do cuidado" pode também ser entendida como a "qualidade do processo de cuidado". Nesta situação de avaliar apenas Processo, ressalva-se que o julgamento de qualidade não deve ser atribuído às características do próprio Processo, pois sabe-se que decorre de uma relação previamente estabelecida entre os três tipos de informação (estrutura, processo e resultado). Pode-se dizer ainda que variáveis de Processo significam adequação por saber ou acreditar que elas contribuem para resultados desejáveis. E também, ao contrário, que variáveis de Processo significam inadequação porque estas são conhecidas (ou acreditadas) por resultarem desfechos indesejáveis.

A avaliação de Processo possui também a vantagem de obter dados "contemporâneos" do objeto de estudo, que por sua vez estão ocorrendo no agora e, conseqüentemente, oferecem indicações mais atuais da adequação / qualidade do processo de cuidado. Essas informações podem ser obtidas a partir de prontuários, entrevistas ou observação direta, tendo clareza na definição dos critérios/indicadores e dos padrões avaliativos da matriz/modelo a ser proposto. O autor define critério como atributo de estrutura, processo ou resultado, que é usado para fazer inferência sobre a adequação / qualidade da assistência à saúde, devendo estar pautado em alguma recomendação, norma ou evidência científica. E também define padrão como

# MATERIAL E MÉTODO

---

um tipo de parâmetro, que serve para determinar se o dado encontrado pode ser compreendido como adequado ou inadequado, e/ou a magnitude de seu significado (DONABEDIAN, 2003).

Desse modo, ao considerar que, diferentemente da avaliação de adequação / qualidade da assistência pré-natal, que por sua vez dispõe de vários modelos de avaliação nacionais e internacionais, a criação / disponibilidade de ferramentas que envolvam a avaliação da assistência ao parto e ao nascimento ainda é principiante no Brasil, e muito mais de matrizes únicas de avaliação da adequação / qualidade de todo o período gravídico-puerperal, incluindo, também, o planejamento reprodutivo. Por isso, propõe-se, na presente Tese de Doutorado Direto, uma “Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento” (MAPSUS-PRPPN), adaptada ao referencial Donabedian (2003), com indicadores de adequação (Processo) voltados ao binômio mãe-filho em todo o período gravídico-puerperal, e incluindo, também, a avaliação do planejamento reprodutivo.

Os conjuntos de indicadores de adequação relacionados ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento da MAPSUS-PRPPN foram elencados à luz de dispositivos legais e recomendações vigentes do Ministério da Saúde do Brasil: BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1996. BRASIL. **Portaria GM n.º 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos

# MATERIAL E MÉTODO

de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 1 – Cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. BRASIL. **Manual de gestação de alto risco**. Departamento de Ações Programáticas. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

O Quadro 12 apresenta os indicadores de adequação relacionados ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento que foram elencados a partir dos dispositivos legais e recomendações vigentes do Ministério da Saúde do Brasil supracitados, além de seu respectivo método de cálculo.

**Quadro 12 – Indicadores de adequação do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento**

Dimensões avaliativas	Indicadores de adequação	Método de cálculo
Dimensão I Planejamento Reprodutivo	1) Percentual de gestantes com idade entre 20 e 34 anos	$\frac{\text{Gestantes com idade entre 20 e 34 anos}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	2) Percentual de gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, já haviam recebido orientações sobre Métodos Contraceptivos (definitivos E de barreira E hormonais) por parte de profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)	Gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Métodos Contraceptivos por $\frac{\text{parte de profissional de saúde da APS}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	3) Percentual de gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Planejamento Familiar por parte de profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)	Gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Planejamento Familiar por $\frac{\text{parte de profissional de saúde da APS}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	4) Percentual de gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por parte de profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)	Gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre IST por $\frac{\text{parte de profissional de saúde da APS}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	5) Percentual de gestantes cuja gravidez foi planejada	$\frac{\text{Gestantes cuja gravidez foi planejada}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	6) Percentual de gestantes que se sentiram satisfeitas e/ou felizes ao descobrirem a gravidez	$\frac{\text{Gestantes que se sentiram satisfeitas e/ou felizes ao descobrirem a gravidez}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	7) Percentual de gestantes que realmente gostariam de ter engravidado neste momento da vida (em relação ao tempo)	$\frac{\text{Gestantes que realmente gostariam de ter engravidado neste momento da vida}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
Dimensão II Assistência Pré-natal	8) Percentual de gestantes que realizaram o pré-natal na gravidez atual	$\frac{\text{Gestantes que realizaram o pré-natal na gravidez atual}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$
	9) Percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional (até a 13ª semana ou 3º mês de gravidez)	$\frac{\text{Gestantes que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$

# MATERIAL E MÉTODO

10) Percentual de gestantes com realização de seis ou mais consultas de pré-natal	$\frac{\text{Gestantes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
11) Percentual de gestantes cujo parceiro(a) também participou das consultas de pré-natal (parcial ou integralmente)	$\frac{\text{Gestantes cujo parceiro(a) também participou das consultas de pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
12) Percentual de gestantes que receberam a classificação de risco ginecológico e obstétrico na primeira consulta de pré-natal (processo dinâmico e contínuo)	$\frac{\text{Gestantes que receberam a classificação de risco ginecológico e obstétrico na 1ª consulta}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
13) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre sinais de risco / alerta na gravidez	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre sinais de risco / alerta na gravidez}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
14) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre como inicia o trabalho de parto	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre como inicia o trabalho de parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
15) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre a maternidade de referência para o parto	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
16) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre atividades para facilitar o parto (deambulação E posicionamentos E formas de alívio da dor)	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre atividades para facilitar o parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
17) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre aleitamento materno/amamentação	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre aleitamento materno/amamentação}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
18) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre as vantagens e as desvantagens de cada tipo de parto	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre vantagens e desvantagens de cada tipo de parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
19) Percentual de gestantes que receberam o cartão ou Caderneta da Gestante no início do pré-natal	$\frac{\text{Gestantes que receberam o cartão ou caderneta da gestante no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
20) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta o registro de ultrassonografia no início do pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta registro de ultrassonografia no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
21) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta o registro de ABO-Rh no início do pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta registro de ABO-Rh no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
22) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta o registro de toxoplasmose no início do pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta registro de toxoplasmose no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
23) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de hemograma durante o pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de hemograma durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
24) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de HBsAg durante o pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de HBsAg durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
25) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de Urina rotina (EAS) durante o pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de Urina rotina durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
26) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de Glicemia jejum durante o pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de Glicemia jejum durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
27) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de VDRL durante o pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de VDRL durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$
28) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de HIV durante o pré-natal (Teste rápido ou Anti-HIV)	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de HIV durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$



# MATERIAL E MÉTODO

	29) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, tiveram acompanhamento odontológico (uma ou mais consultas)	$\frac{\text{Gestantes que, durante o pré-natal, tiveram acompanhamento odontológico}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
	30) Percentual de gestantes que, junto ao profissional de saúde do pré-natal, construíram um plano de parto	$\frac{\text{Gestantes que, junto ao profissional de saúde do pré-natal, construíram um plano de parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$
Dimensão III  Assistência ao Parto	31) Percentual de parturientes que não precisaram procurar outro(s) estabelecimento(s) para ter o parto antes de conseguir nesta maternidade (referente à peregrinação no anteparto)	$\frac{\text{Parturientes que não precisaram procurar outro(s) estabelecimento(s) para ter o parto antes de conseguir nesta maternidade}}{\text{Total de parturientes avaliadas}} \times 100$
	32) Percentual de parturientes que tiveram o(a) acompanhante de sua escolha na maternidade (em alguns ou todos momentos)	$\frac{\text{Parturientes que tiveram o(a) acompanhante de sua escolha na maternidade}}{\text{Total de parturientes avaliadas}} \times 100$
	33) Percentual de parturientes que, durante o trabalho de parto, ingeriram, no mínimo, líquidos (incluindo soluções isotônicas, ao invés de somente água)	$\frac{\text{Parturientes que, durante o trabalho de parto, ingeriram, no mínimo, líquidos}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$
	34) Percentual de parturientes que deambularam durante o trabalho de parto	$\frac{\text{Parturientes que deambularam durante o trabalho de parto na maternidade}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$
	35) Percentual de parturientes que, durante o trabalho de parto, utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor (ao menos um deles)	$\frac{\text{Parturientes que, durante o trabalho de parto, utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$
	36) Percentual de parturientes que tiveram a evolução do trabalho de parto acompanhada por meio de partograma	$\frac{\text{Parturientes que tiveram a evolução do trabalho de parto acompanhada por meio de partograma}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$
	37) Percentual de parturientes que, durante o trabalho de parto avançado e/ou parto, não receberam apertos/pressões com certa força ou subiram na barriga (manobra de Kristeller)	$\frac{\text{Parturientes que, durante o trabalho de parto avançado e/ou parto, não receberam apertos/pressões com certa força na barriga e/ou subiram na barriga}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$
	38) Percentual de puérperas que utilizaram posição verticalizada no parto vaginal	$\frac{\text{Puérperas que utilizaram posição verticalizada no parto vaginal}}{\text{Total de puérperas avaliadas e cujo parto foi por via vaginal}} \times 100$
	39) Percentual de puérperas que não sofreram episiotomia no parto vaginal espontâneo	$\frac{\text{Puérperas que não sofreram episiotomia no parto vaginal espontâneo}}{\text{Total de puérperas avaliadas e cujo parto foi por via vaginal}} \times 100$
	40) Percentual de puérperas que tiveram o(a) acompanhante durante a operação cesariana e cujo procedimento foi devidamente explicado à mulher para tranquilizá-la	$\frac{\text{Puérperas que tiveram o(a) acompanhante durante a cesariana e cuja operação foi devidamente explicada à mulher para tranquilizá-la}}{\text{Total de puérperas avaliadas e cujo parto ocorreu por via cirúrgica}} \times 100$
	41) Percentual de puérperas que consideram não ter sofrido qualquer tipo de violência na maternidade, seja verbal e/ou psicológica e/ou física	$\frac{\text{Puérperas que consideraram não ter sofrido qualquer tipo de violência na maternidade, seja verbal, e/ou psicológica e/ou física}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
Dimensão IV  Assistência ao Nascimento	42) Percentual de puérperas cujos partos ocorreram entre 37 a 42 semanas de gestação	$\frac{\text{Puérperas cujos partos ocorreram entre 37 a 42 semanas de gestação}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
	43) Percentual de puérperas que, logo após o parto/nascimento, o(a) profissional de saúde informou quais procedimentos iriam ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a)	$\frac{\text{Puérperas que, logo após o parto/nascimento, o(a) profissional de saúde informou quais procedimentos iriam ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a)}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
	44) Percentual de puérperas que tiveram contato pele a pele com seu(ua) filho(a) logo após o nascimento (ainda na 1ª hora)	$\frac{\text{Puérperas que tiveram contato pele a pele com seu(ua) filho(a) logo após o nascimento (ainda na 1ª hora de vida)}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
	45) Percentual de puérperas que foram encaminhadas para o alojamento conjunto	$\frac{\text{Puérperas que foram encaminhadas para o alojamento conjunto}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$

# MATERIAL E MÉTODO

<b>46) Percentual de puérperas que amamentaram seu(ua) filho(a) na primeira hora de vida</b>	$\frac{\text{Puérperas que amamentaram seu(ua) filho(a) na primeira hora de vida}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
<b>47) Percentual de puérperas que receberam orientações na maternidade sobre o banho do recém-nascido</b>	$\frac{\text{Puérperas que foram orientadas na maternidade sobre o banho de recém-nascido}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
<b>48) Percentual de puérperas que receberam orientações na maternidade sobre cuidados com o coto umbilical</b>	$\frac{\text{Puérperas que foram orientadas na maternidade sobre cuidados com o coto umbilical}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
<b>49) Percentual de puérperas que pretendem amamentar seu(ua) filho(a) exclusivamente com leite materno até o 6º mês de vida</b>	$\frac{\text{Puérperas que pretendem amamentar seu(ua) filho(a) exclusivamente com leite materno até o 6º mês de vida}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$
<b>50) Percentual de puérperas orientadas, antes ou após o parto, sobre a importância da consulta puerperal na APS</b>	$\frac{\text{Puérperas orientadas, antes ou após o parto, sobre a importância da consulta puerperal na APS}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$

Elaborado pelo autor.

Assim, a versão preliminar da MAPSUS-PRPPN encontra-se disposta na seção Resultados. Ressalta-se, todavia, que a presente tese não se trata de um estudo metodológico, com objetivo geral de construção e validação da matriz supracitada, e que, portanto, não houve o seguimento das etapas necessárias à validação desta ferramenta. Nesse sentido, a MAPSUS-PRPPN é disponibilizada neste documento apenas como proposta preliminar e viável para avaliação de processo relacionada à adequação / qualidade de todo o período gravídico-puerperal em territórios brasileiros, incluindo o planejamento reprodutivo.

Complementa-se que, após o atual doutoramento, almeja-se realizar a devida validação da MAPSUS-PRPPN, disponibilizando-a em versão final por meio de publicação em periódico científico.

## 5.7 Análise estatística

Os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel* (2010), sendo adotada a estratégia de dupla digitação para posterior comparação e eventuais ajustes. A análise estatística descritiva e inferencial, por sua vez, foi realizada pelo autor com uso do software *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences* 20.0. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio de média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo. As variáveis qualitativas/categóricas foram analisadas a partir de técnicas uni e bivariada para obtenção da distribuição dos valores das frequências absoluta e relativa/proporcional.

Foram estimadas associações entre as variáveis qualitativas/categóricas por meio do teste Qui-quadrado de Independência de Pearson, e não foi necessário

# MATERIAL E MÉTODO

utilizar o Exato de Fisher, pois todas as categorias possuíam células com frequência esperada maior que 5. Nestas associações, a hipótese nula era de não existir associação entre as variáveis qualitativas/categóricas, enquanto a hipótese alternativa era de existir associação entre estas variáveis. Ademais, calculou-se também a Razão de Prevalência (RP), com seus respectivos Intervalos de Confiança de 95%. Em todos os casos, adotou-se uma significância de 5%.

Cabe ressaltar que as associações entre variáveis qualitativas/categóricas da presente Tese de Doutorado Direto foram estimadas em tabelas de contingência 2x2. Portanto, quando necessário, realizou-se a transformação destas para dicotômicas, da seguinte forma explicitada no Quadro 13.

**Quadro 13 – Transformações nas variáveis da análise estatística inferencial**

<b>Variável original</b>	<b>Variável após transformação em dicotômica</b>
<b>Data de nascimento</b> Idade em anos completos Número absoluto	<b>Faixa etária</b> ≤ 19 anos 20 anos ou mais e <b>Gravidez na adolescência</b> Sim (≤ 19 anos) Não (20 anos ou mais)  - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Escolaridade</b> Não estudou Fundamental (completo ou cursando) Médio (completo ou cursando) Superior (completo ou cursando) Não respondeu	<b>Escolaridade</b> Não estudou/Fundamental Médio/Superior  - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Zona de moradia</b> Urbana Rural Não respondeu	<b>Zona de moradia</b> Urbana Rural  - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Situação conjugal</b> Vive com companheiro Vive sem companheiro Não respondeu	<b>Situação conjugal</b> Vive com companheiro Vive sem companheiro  - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Raça/Cor da pele autorreferida</b> Branca	<b>Raça/Cor da pele autorreferida</b> Branca/Amarela

# MATERIAL E MÉTODO

Amarela Parda Preta	Preta/Parda
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b> Número absoluto	<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b> Até 3 pessoas 4 ou mais pessoas
<b>Trabalho remunerado</b> Sim Não Não respondeu	<b>Trabalho remunerado</b> Sim Não - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Renda familiar total</b> ≤ 1 salário mínimo > 1 salário mínimo e ≤ 2 salários mínimos > 2 salário mínimo e ≤ 3 salários mínimos > 3 salários mínimos Não respondeu	<b>Renda familiar total</b> ≤ 1 salário mínimo Mais que um salário mínimo - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Total de gestações, incluindo a atual</b> Número absoluto	<b>Total de gestações, incluindo a atual</b> 1ª gestação (Primigesta) 2ª ou mais gestações - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Total de abortos, incluindo a gestação atual</b> Número absoluto	<b>Total de abortos, incluindo a gestação atual</b> Nunca abortou 1 ou mais abortos - Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica/Primigesta” da análise inferencial
<b>Gestação atual planejada</b> Sim Não Não respondeu	<b>Gestação atual planejada</b> Sim Não - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Recebeu orientação de profissional de saúde sobre métodos contraceptivos (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)</b> Sim Não Não respondeu	<b>Recebeu orientação de profissional de saúde sobre métodos contraceptivos (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)</b> Sim Não - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial

# MATERIAL E MÉTODO

<p><b>Recebeu orientação de profissional de saúde sobre planejamento familiar (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)</b>          Sim          Não          Não respondeu</p>	<p><b>Recebeu orientação de profissional de saúde sobre planejamento familiar (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)</b>          Sim          Não</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial</p>
<p><b>Trimestre gestacional que iniciou o pré-natal</b>          Primeiro trimestre          Segundo trimestre          Terceiro trimestre          Não respondeu          Não se aplica/Não fez pré-natal</p>	<p><b>Trimestre gestacional que iniciou o pré-natal</b>          Precoce (Primeiro trimestre)          Tardio (Segundo ou Terceiro trimestre)</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica / Não fez pré-natal” da análise inferencial</p>
<p><b>Número de consultas de pré-natal realizadas</b>          1 a 3 consultas          4 ou 5 consultas          6 ou mais consultas          Não respondeu          Não se aplica/Não fez pré-natal</p>	<p><b>Número de consultas de pré-natal realizadas</b>          6 ou mais consultas  <math>\leq</math> 5 consultas</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica / Não fez pré-natal” da análise inferencial</p>
<p><b>Participação do(a) parceiro(a) nas consultas de pré-natal</b>          Sim, integralmente          Sim, parcialmente          Não          Não respondeu          Não se aplica/Não fez pré-natal/Vive sem companheiro(a)</p>	<p><b>Participação do(a) parceiro(a) nas consultas de pré-natal</b>          Sim (Parcial ou Integralmente)          Não</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica/Não fez pré-natal/Vive sem companheiro(a)” da análise inferencial</p>
<p><b>Recebimento, durante o pré-natal, de orientação sobre a maternidade de referência para o parto</b>          Sim          Não          Não respondeu          Não se aplica/Não fez pré-natal</p>	<p><b>Recebimento, durante o pré-natal, de orientação sobre a maternidade de referência para o parto</b>          Sim          Não</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica / Não fez pré-natal” da análise inferencial</p>
<p><b>Recebimento, durante o pré-natal, de orientação sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto</b>          Sim          Não          Não respondeu          Não se aplica/Não fez pré-natal</p>	<p><b>Recebimento, durante o pré-natal, de orientação sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto</b>          Sim          Não</p>

# MATERIAL E MÉTODO

	- Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica / Não fez pré-natal” da análise inferencial
<p><b>Recebimento, durante o pré-natal, de orientação sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido</b></p> <p>Sim Não Não respondeu Não se aplica/Não fez pré-natal</p>	<p><b>Recebimento, durante o pré-natal, de orientação sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido</b></p> <p>Sim Não</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” e “Não se aplica / Não fez pré-natal” da análise inferencial</p>
<p><b>Procurou e não conseguiu atendimento em outro estabelecimento para internação para o parto antes de ser admitida nesta maternidade (peregrinação no anteparto)</b></p> <p>Sim Não Não respondeu</p>	<p><b>Procurou e não conseguiu atendimento em outro estabelecimento para internação para o parto antes de ser admitida nesta maternidade (peregrinação no anteparto)</b></p> <p>Sim Não</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial</p>
<p><b>Presença de acompanhante na maternidade</b></p> <p>Sim, em todos os momentos da parturição (admissão, trabalho de parto, parto/nascimento e puerpério imediato) Sim, em alguns momentos Não, em nenhum momento Não respondeu</p>	<p><b>Presença de acompanhante na maternidade</b></p> <p>Sim, em todos ou alguns momentos Não, em nenhum momento</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial</p>
<p><b>De quem partiu a decisão final pelo tipo de parto na maternidade</b></p> <p>Da mulher De ambos (mulher e profissional) Do profissional Não respondeu</p>	<p><b>De quem partiu a decisão final pelo tipo de parto na maternidade</b></p> <p>Decisão da mulher ou compartilhada com o profissional de saúde Do profissional</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial</p>
<p><b>Parturiente considerou excelente o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas</b></p> <p>Sim Não Não respondeu</p>	<p><b>Parturiente considerou excelente o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas</b></p> <p>Sim Não</p> <p>- Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial</p>
<p><b>Profissional de saúde informou à puérpera quais procedimentos iriam</b></p>	<p><b>Profissional de saúde informou à puérpera os procedimentos</b></p>

# MATERIAL E MÉTODO

<b>ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento</b> Sim Não Não respondeu	<b>realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento</b> Sim Não  - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial
<b>Puérpera implementou contato pele a pele com o seu(ua) filho(a) logo após o nascimento, ainda na 1ª hora de vida</b> Sim Não	  - Não houve necessidade de transformação
<b>Puérpera conseguiu amamentar seu(ua) filho(a) ainda na primeira hora de vida (“houve a mamada”)</b> Sim Não	  - Não houve necessidade de transformação
<b>Puérpera recebeu orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido (banho e cuidados com o coto umbilical)</b> Sim Não Não respondeu	<b>Puérpera recebeu orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido (banho e cuidados com o coto umbilical)</b> Sim Não  - Excluiu-se “Não respondeu” da análise inferencial

Elaborado pelo autor.

Assim, as variáveis dependentes foram: gravidez na adolescência, gravidez não planejada, não recebimento de orientações sobre métodos contraceptivos, não recebimento de orientações sobre planejamento familiar, início do pré-natal no segundo ou terceiro trimestre gestacional, realização de  $\leq$  cinco consultas de pré-natal, ausência de pré-natal do(a) parceiro(a), não recebimento de orientações sobre a maternidade de referência para o parto, não recebimento de orientações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, não recebimento de orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida, peregrinação no anteparto, ausência de acompanhante em todos os momentos da parturição, decisão final pela via de parto não compartilhada com a gestante na maternidade, parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas, não recebimento de informações sobre os procedimentos realizados com o filho(a) logo após o nascimento, não implementação do contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho(a), não

implementação da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e não recebimento de orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido.

As variáveis independentes, por sua vez, foram: faixa etária, raça/cor da pele, zona de moradia, escolaridade, situação conjugal, total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher), trabalho remunerado, renda familiar total, gestação e aborto. Ressalta-se que as variáveis gravidez não planejada, início tardio do pré-natal, realização de  $\leq$  cinco consultas de pré-natal, ausência de pré-natal do(a) parceiro(a), peregrinação no anteparto, ausência de acompanhante em todos os momentos da parturição e insatisfação da parturiente com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas também foram consideradas independentes em algumas das associações estimadas no presente estudo.

## 5.8 Benefícios e riscos

Os benefícios da presente tese estão relacionados às implicações positivas do conhecimento das prevalências de adequações e inadequações e das variáveis associadas às inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento em uma Região do Nordeste brasileiro, uma vez que isso permite a identificação das fragilidades e possibilita a realização de ações efetivas a partir de evidências locais. Cabe destacar que o autor pretende realizar a apresentação destes achados à Direção da Maternidade Zacarias Júnior, no município de Lagarto (SE).

Ademais, tendo em vista a elaboração de uma proposta original de Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN), ressalta-se a importância de tal construção na linha de pesquisa materno-infantil do Brasil, uma vez que poderá tornar possível, em territórios brasileiros, a avaliação da adequação de todo o processo assistencial (planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e ao nascimento) a partir de uma única ferramenta intelectual.

Em relação aos riscos, inferiu-se a possibilidade de constrangimento em alguns dos questionamentos da entrevista às puérperas. Entretanto, neste aspecto, foram adotadas medidas para minimização: pesquisador único para cada entrevista, o qual foi treinado para o desempenho desta função e realização da entrevista nas melhores condições possíveis de local, horário, conforto e privacidade da mulher.



## 5.9 Considerações éticas

A presente Tese de Doutorado Direto (DD) utilizou dados do Projeto de Pesquisa “*Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento*”, também de autoria do autor junto à orientadora de graduação e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob Parecer nº 2.553.774 e CAAE nº 82426418.0.0000.5546 (ANEXO A). Obteve-se também a aprovação deste estudo pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob Parecer nº 5.111.309 e CAAE nº 52542321.8.0000.5393 (ANEXO B). Ressalta-se que foi também elaborada uma declaração de autorização para uso do banco de dados da pesquisa supracitada, com a devida assinatura da orientadora de graduação do autor, que por sua vez, à época, foi cadastrada na Plataforma Brasil como Pesquisadora Responsável e o aluno [autor da presente tese] como Assistente de Pesquisa (ANEXO C).

Foram adotados todos os demais cuidados visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas, à luz de recomendações vigentes das Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, e de suas Cartas Circulares correlatas.

## RESULTADOS

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 6 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada da seguinte forma: 1º) Descrição das variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde, além das relacionadas ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento, e agrupamento destas em Adequações e Inadequações; 2º) Associações às inadequações do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento; 3º) Sínteses didáticas dos resultados descritivos e inferenciais a partir de quatro infográficos; e 4º) Apresentação da proposta de Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN), incluindo uma introdução à ferramenta e instruções para a sua utilização em municípios e/ou estados do Brasil.

### 6.1 Resultados descritivos

#### 6.1.1 Resultados descritivos: variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde

A média de idade das participantes era de  $25,90 \pm 6,78$  anos, sendo 19,08% (n= 125) adolescentes e 10,08% (n= 81) com idade  $\geq 35$  anos. Houve distribuição quase igualitária entre as zonas de moradia, com 49,62% (n= 325) da zona urbana e 49,01% (n= 321) da rural. A raça/cor da pele parda foi a mais autorreferida (70,38%; n= 461) e 52,97% (n= 347) possuíam ensino médio ou superior completo/em andamento. Mais da metade não trabalhava de forma remunerada (72,21%; n= 473), possuía uma renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo (61,07%; n= 400), vivia com quatro pessoas ou mais na mesma casa (60,31%; n= 395), com companheiro(a) (85,65%; n= 561) e referiu ser católica à época da pesquisa (67,79%; n= 444) (Tabela 1).

Ademais, quanto às condições gerais de saúde, quase a totalidade não possuía diagnóstico prévio à gravidez de diabetes (99,54%; n= 652) ou hipertensão (98,17%; n= 643). Entretanto, 10,38% (n= 68) fazem uso de bebida alcoólica (inclusive durante a gravidez), e 1,83% (n= 12) de tabaco/cigarro. Identificou-se ainda que 65,03% (n= 426) não era primigesta e 16,80% (n= 110) já havia passado por um ou mais abortos (Tabela 1).

# RESULTADOS

Tabela 1 – Resultados descritivos das variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018

	(Continua)	
Variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde	N	%
<b>1) Faixa etária</b>		
≤ 19 anos	125	19,08
20 a 34 anos	448	68,40
35 a 40 anos	66	10,08
41 anos ou mais	15	2,29
Não respondeu	1	0,15
<b>2) Zona de moradia</b>		
Urbana	325	49,62
Rural	321	49,01
Não respondeu	9	1,37
<b>3) Situação conjugal</b>		
Vive com companheiro(a)	561	85,65
Vive sem companheiro(a)	91	13,89
Não respondeu	3	0,46
<b>4) Escolaridade</b>		
Não estudou	10	1,53
Fundamental (completo ou cursando)	297	45,34
Médio (completo ou cursando)	290	44,27
Superior (completo ou cursando)	57	8,70
Não respondeu	1	0,15
<b>5) Possui trabalho remunerado</b>		
Sim	180	27,48
Não	473	72,21
Não respondeu	2	0,31
<b>5.1) Se possui trabalho remunerado, onde trabalha (n= 180)</b>		
Dentro de sua casa	34	18,89
Fora de sua casa	145	80,56
Não respondeu	1	0,56
<b>5.2) Se possui trabalho remunerado, quantas horas/dia (n= 180)</b>		
Até 4h	34	18,89
6h	37	20,56
8h ou mais	109	60,56
<b>6) Total de pessoas que residem na sua casa (incluindo você)</b>		
Até 3 pessoas	259	39,54
4 a 6 pessoas	333	50,84
7 a 9 pessoas	54	8,24
10 pessoas ou mais	8	1,22

# RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde	(Continuação)	
	N	%
Não respondeu	1	0,15
<b>7) Renda familiar total</b>		
≤ 1 salário mínimo	400	61,07
> 1 salário mínimo e ≤ 2 salários mínimos	177	27,02
> 2 salário mínimo e ≤ 3 salários mínimos	50	7,63
> 3 salários mínimos	22	3,36
Não respondeu	6	0,92
<b>8) Raça/Cor da pele autorreferida</b>		
Parda	461	70,38
Branca	95	14,50
Preta	81	12,37
Amarela	18	2,75
<b>9) Religião</b>		
Católica	444	67,79
Evangélica	99	15,11
Outra religião	7	1,07
Sem religião	104	15,88
Não respondeu	1	0,15
<b>10) Antes da gravidez, possuía diagnóstico médico de diabética</b>		
Sim	3	0,46
Não	652	99,54
<b>11) Antes da gravidez, possuía diagnóstico médico de hipertensa</b>		
Sim	12	1,83
Não	643	98,17
<b>12) Faz uso de bebida alcoólica, inclusive durante a gravidez</b>		
Sim	68	10,38
Não	586	89,47
Não respondeu	1	0,15
<b>13) Faz uso de tabaco / cigarro, inclusive durante a gravidez</b>		
Sim	12	1,83
Não	642	98,02
Não respondeu	1	0,15
<b>14) Sobre Gestação</b>		
1ª gestação (primigesta)	224	34,20
2ª ou 3ª gestação	309	47,18
4ª ou 5ª gestação	69	10,53
6ª ou 7ª gestação	20	3,05

# RESULTADOS

<b>Variáveis sociodemográficas e de condições gerais de saúde</b>	<b>(Conclusão)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
8ª ou 9ª gestação	23	3,51
10ª gestação ou mais	5	0,76
Não respondeu	5	0,76
<b>15) Sobre Aborto</b>		
Nunca abortou	304	46,41
1 aborto	97	14,81
2 abortos	10	1,53
3 abortos	2	0,31
4 abortos	1	0,15
Não respondeu	17	2,60
Não se aplica/Primigesta	224	34,20

Elaborado pelo autor.

Notação: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

## 6.1.2 Resultados descritivos: variáveis relacionadas ao planejamento reprodutivo

A tabela 2 apresenta os resultados descritivos das respostas das puérperas sobre questões relacionadas ao Planejamento Reprodutivo. Identificou-se que somente 42,14% (n= 276) das gestações foram planejadas, e que menos de ¼ das mulheres entrevistadas havia recebido orientação sobre Planejamento Familiar (23,36%; n= 153) – previamente à gravidez, isso ocorreu em 50,98% (n= 78) destas mulheres. Pouco mais da metade das participantes foram orientadas por profissional de saúde sobre métodos contraceptivos (59,24%; n= 388), e dentre estas houve insatisfações com a orientação recebida em quase ¼ (23,20%; n= 90). Os métodos contraceptivos menos conhecidos pelas mulheres foram os definitivos/esterilização: ligadura tubária (38,02%; n= 249) e vasectomia (39,24%; n= 257). Os mais conhecidos foram os métodos hormonais orais (93,59%; n= 613) e o preservativo masculino e feminino (92,06%; n= 603). Ademais, após a confirmação da gravidez, 22 mulheres (3,36%) referiram ter feito tentativa(s) de abortamento(s) (Tabela 2).

**Tabela 2 – Resultados descritivos das variáveis relacionadas ao Planejamento Reprodutivo (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

<b>Variáveis relacionadas ao Planejamento Reprodutivo</b>	<b>(Continua)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>

# RESULTADOS

Variáveis relacionadas ao Planejamento Reprodutivo	(Continuação)	
	N	%
<b>1) Recebeu orientação de profissional de saúde sobre métodos contraceptivos</b>		
Sim (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	388	59,24
Não	264	40,31
Não respondeu	3	0,46
<b>1.1) Se recebeu orientação de profissional de saúde sobre métodos contraceptivos, como você classifica sua satisfação com a orientação recebida (n= 388)</b>		
Muito satisfatória	298	76,80
Mais ou menos satisfatória	85	21,91
Insatisfatória	5	1,29
<b>2) Avaliação individualizada dos métodos contraceptivos que a puérpera referiu conhecer (n= 655)</b>		
Hormonais orais (combinado, minipílulas e pílulas)	613	93,59
Preservativo masculino e feminino (de barreira)	603	92,06
Hormonais injetáveis (mensais e Trimestrais)	478	72,98
Dispositivo Intrauterino (DIU) (de barreira)	335	51,15
Vasectomia (definitivo/esterilização)	257	39,24
Ligadura tubária (definitivo/esterilização)	249	38,02
<b>3) Recebeu orientação de profissional de saúde sobre planejamento familiar</b>		
Sim (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	153	23,36
Não	500	76,34
Não respondeu	2	0,31
<b>3.1) Se recebeu orientação de profissional de saúde sobre planejamento familiar, qual categoria profissional fez a orientação (n= 153)</b>		
Enfermeiro	95	62,09
Médico	34	22,22
Outro profissional de saúde	23	15,03
Não respondeu	1	0,65
<b>3.2) Se recebeu orientação de profissional de saúde sobre planejamento familiar, quando foi orientada (n= 153)</b>		
Antes da gestação atual	78	50,98
Durante o pré-natal	74	48,37
No pós-parto	1	0,65
<b>4) Gestação atual planejada</b>		
Sim	276	42,14
Não	377	57,56
Não respondeu	2	0,31

Variáveis relacionadas ao Planejamento Reprodutivo	(Conclusão)	
	N	%
<b>5) Após a confirmação da gravidez, fez tentativa(s) de interrompê-la</b>		
Sim	22	3,36
Não	633	96,64

Elaborado pelo autor.

Notação: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

### 6.1.3 Resultados descritivos: variáveis da assistência pré-natal

A cobertura da assistência pré-natal na Região Centro-Sul do Sergipe foi quase total, com 99,69% (n= 653) de realização de pré-natal na gestação atual, sobretudo no Serviço Público/Sistema Único de Saúde (85,19%; n= 558), sendo 93,19% (n= 520) destas realizadas em Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, 128 (19,54%) mulheres iniciaram o pré-natal depois do primeiro trimestre gestacional e 123 (18,78%) realizaram um total de 5 ou menos consultas. A maioria das mulheres recebeu estratificação de risco ginecológico e obstétrico considerado habitual (82,14%; n= 538) e cartão ou caderneta da gestante (98,32%; n= 644). Dentre as mulheres que levaram o cartão ou caderneta da gestante para a maternidade (n= 607), observou-se significativa redução na realização de exames no terceiro trimestre quando comparado aos realizados no primeiro, sobretudo no teste rápido para HIV (73,15% no primeiro trimestre e 21,09% no terceiro), glicemia jejum (79,90% no primeiro trimestre e 31,47% no terceiro), urina rotina (EAS) (72,98% no primeiro trimestre e 30,81% no terceiro), VDRL (67,38% no primeiro trimestre e 21,42% no terceiro) e teste rápido para sífilis (53,38% no primeiro trimestre e 17,30% no terceiro) (Tabela 3).

Ressalta-se que o pré-natal do(a) parceiro(a) da gestante ocorreu em apenas 40,77% (n= 267) das mulheres entrevistadas (não ocorreu em 51,43% das mulheres elegíveis, isto é, que fizeram pré-natal e tinham companheiro(a) à época da pesquisa), e dentre os(as) parceiros(as) que participaram do pré-natal, somente 51,69% (n= 138) receberam incentivo à participação nas atividades educativas, consultas e exames da gestante, 40,45% (n= 108) foram orientados sobre o direito de acompanhá-la na parturição, 29,59% (n= 79) tiveram a realização de testes rápidos e exames de rotina e 17,60% (n= 47) a atualização do cartão de vacina. Em relação às orientações ofertadas à mulher durante o pré-natal, 60,03% (n= 392) foram informadas sobre como



# RESULTADOS

inicia o trabalho de parto, 54,52% (n= 356) sobre a maternidade de referência para o parto, 49,46% (n= 323) sobre sinais de risco / alerta na gravidez e 49,31% (n= 322) sobre atividades para facilitar o parto, tais como a deambulação, posicionamentos e formas de alívio da dor. No contexto da amamentação, 71,67% (n= 468) referiram recebimento de orientação sobre Aleitamento Materno Exclusivo, 58,81% (n= 384) sobre a importância de amamentar na primeira hora de vida do recém-nascido e 52,37% (n= 342) sobre Aleitamento Materno Complementar (Tabela 3).

**Tabela 3 – Resultados descritivos das variáveis da assistência pré-natal (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

Variáveis da assistência pré-natal	(Continua)	
	N	%
<b>1) Realização do pré-natal</b>		
Sim	653	99,69
Não	2	0,31
<b>2) Tipo de serviço utilizado no pré-natal</b>		
Público/Sistema Único de Saúde	558	85,19
Privado/Planos de saúde	92	14,05
Não respondeu	3	0,46
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31
<b>2.1) Se pré-natal em serviço público, onde realizou (n= 558)</b>		
Unidade Básica da Atenção Primária à Saúde	520	93,19
Ambulatório Hospitalar	38	6,81
<b>3) Trimestre gestacional que iniciou o pré-natal</b>		
Primeiro trimestre	517	78,93
Segundo trimestre	113	17,25
Terceiro trimestre	15	2,29
Não respondeu	8	1,22
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31
<b>4) Número de consultas de pré-natal realizadas</b>		
1 a 3 consultas	29	4,43
4 ou 5 consultas	94	14,35
6 ou mais consultas	524	80,00
Não respondeu	6	0,92
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31
<b>5) Categoria profissional que realizou a maioria das consultas de pré-natal</b>		
Enfermeiro	408	62,29
Médico	239	36,49
Não respondeu	6	0,92
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31

# RESULTADOS

Variáveis da assistência pré-natal	(Continuação)	
	N	%
<b>6) Acompanhamento pelo(s) mesmo(s) profissional(is) durante todo ou maior parte do pré-natal</b>		
Sim	413	63,05
Não	237	36,18
Não respondeu	3	0,46
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31
<b>7) Estratificação do risco ginecológico e obstétrico</b>		
Risco habitual	538	82,14
Alto risco	108	16,49
Não respondeu	7	1,07
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31
<b>8) Participação do(a) parceiro(a) nas consultas de pré-natal</b>		
Sim, integralmente	88	13,44
Sim, parcialmente	179	27,33
Não	289	44,12
Não respondeu	6	0,92
Não se aplica/Não fez pré-natal/Vive sem companheiro(a)	93	14,20
<b>9) Avaliação individualizada das atividades realizadas com o(a) parceiro(a) da gestante (n= 267)</b>		
Incentivo à participação nas atividades educativas, consultas e exames da gestante	138	51,69
Orientação sobre o direito de acompanhá-la na parturição	108	40,45
Testes rápidos e exames de rotina	79	29,59
Atualização do cartão de vacina	47	17,60
<b>10) Avaliação individualizada de orientações oferecidas à gestante durante o pré-natal (n= 653)</b>		
Sobre o início do trabalho de parto	392	60,03
Sobre a maternidade de referência para o parto	356	54,52
Sinais de risco / alerta na gravidez	323	49,46
Atividades para facilitar o parto (deambulação, posicionamentos e formas de alívio da dor)	322	49,31
<b>11) Avaliação individualizada das orientações sobre amamentação durante o pré-natal (n= 653)</b>		
Importância de amamentar na 1ª hora de vida	384	58,81
Aleitamento Materno Exclusivo	468	71,67
Aleitamento Materno Complementar	342	52,37
<b>12) Recebimento de cartão ou caderneta da gestante</b>		
Sim	644	98,32
Não	5	0,76
Não respondeu	4	0,61
Não se aplica/Não fez pré-natal	2	0,31

# RESULTADOS

Variáveis da assistência pré-natal	(Conclusão)	
	N	%
<b>12.1) Se recebeu o cartão ou caderneta da gestante, levou o mesmo para a maternidade (n= 644)</b>		
Sim	607	94,25
Não	37	5,75
<b>12.1.1) Avaliação individualizada do registro no cartão ou caderneta das gestantes de exames realizados no primeiro trimestre gestacional (n= 607)</b>		
Ultrassonografia	525	86,49
ABO-Rh	494	81,38
Glicemia jejum	485	79,90
Hb/Ht	457	75,29
Teste rápido HIV	444	73,15
Urina rotina (EAS)	443	72,98
Toxoplasmose	413	68,04
VDRL	409	67,38
HBsAg	384	63,26
Teste rápido Sífilis	324	53,38
<b>12.1.2) Avaliação individualizada do registro no cartão ou caderneta das gestantes de exames realizados no terceiro trimestre gestacional (n= 607)</b>		
Ultrassonografia	428	70,51
Teste rápido HIV	128	21,09
Teste rápido Sífilis	105	17,30
Urina rotina (EAS)	187	30,81
VDRL	130	21,42
Glicemia jejum	191	31,47

Elaborado pelo autor.

Nota: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

## 6.1.4 Resultados descritivos: variáveis da assistência ao parto

A prevalência de peregrinação no anteparto foi de 25,95% (n= 170). A maioria das mulheres teve gestação única/não gemelar (98,47%; n= 645), utilizou Serviço Público/Sistema Único de Saúde (86,87%; n= 569), teve parto assistido por profissional médico (68,70%; n= 450) e presença de acompanhante na parturição (96,64%; n= 633), seja parcial (22,75%) ou integralmente (73,89%), com 95,58% (n= 605) destas mulheres considerando que o acompanhante “ajudou muito”. Mais de ¾ das mulheres entraram em trabalho de parto, seja induzido ou espontâneo (80,92%; n= 530), e dentre estas, 99,06% (n= 525) não possuem o registro de utilização do

# RESULTADOS

partograma no prontuário, 66,98% (n= 355) permaneceram em dieta zero (incluindo líquidos), 57,92% (n= 307) não utilizaram um ou mais métodos não-farmacológicos para alívio da dor, 39,62% (n= 210) não deambularam e, ainda, realizou-se enterocisma em oito mulheres (1,51%) e amniotomia em seis (1,13%) (Tabela 4).

Quanto ao tipo de parto realizado, a prevalência de parto vaginal (natural ou instrumentalizado) foi de 55,42% (n= 363) e de operação cesariana de 44,27% (n= 290). Dentre as mulheres que tiveram parto vaginal (n= 363), identificou-se que 82,64% (n= 300) utilizaram posição horizontalizada/litotômica, 53,44% (n= 194) não escolheram a posição de parir e 47,38% (n= 172) referiram ter ocorrido manobra de Kristeller no momento do parto, além de episiotomia (43,25%; n= 157) e laceração (23,14%; n= 84). Neste aspecto, chamou atenção o fato de, no prontuário da mulher, a prevalência de registro de episiotomia (36,05%) e, principalmente, da manobra de Kristeller (1,10%), serem menores que no relato das mulheres (Tabela 4).

A avaliação individualizada de situações que a mulher considerou ser excelente em sua parturição mostrou que o respeito dos profissionais de saúde (82,90%; n= 543), o tempo de espera até ser atendida (72,52%; n= 475) e a privacidade no trabalho de parto e parto (70,84%; n= 464) se sobressaíram. As três menores prevalências nesse contexto foram: clareza nas explicações (65,19%; n= 427), participação da mulher nas tomadas de decisão (52,82%; n= 346) e tempo disponibilizado pelos profissionais para fazer perguntas (44,43%; n= 291). Ademais, 96,34% (n= 631) das participantes referiram não ter sofrido qualquer tipo de violência verbal e/ou psicológica e/ou física em sua parturição na maternidade (Tabela 4).

**Tabela 4 – Resultados descritivos das variáveis da assistência ao parto (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

Variáveis da assistência ao parto	(Continua)	
	N	%
<b>1) Procurou e não conseguiu atendimento em outro estabelecimento para internação para o parto antes de ser admitida nesta maternidade (peregrinação no anteparto)</b>		
Sim	170	25,95
Não	483	73,74
Não respondeu	2	0,31
<b>1.1) Se peregrinou no anteparto, quantas outras maternidades procurou antes de ser admitida na atual (n= 170)</b>		
Uma	155	91,18
Duas	11	6,47
Três ou mais	1	0,59

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao parto	(Continuação)	
	N	%
Não respondeu	3	1,76
<b>2) Meio de transporte utilizado pela puérpera para chegar à maternidade atual</b>		
Carro particular	422	64,43
Ambulância	153	23,36
Carro alugado (Táxi)	41	6,26
Moto	19	2,90
À pé (caminhando)	14	2,14
Ônibus/Van	6	0,92
<b>3) Parturição gemelar</b>		
Sim	5	0,76
Não	645	98,47
Não respondeu	5	0,76
<b>4) Presença de acompanhante na maternidade</b>		
Sim, em todos os momentos	484	73,89
Sim, em alguns momentos	149	22,75
Não, em nenhum momento	21	3,21
Não respondeu	1	0,15
<b>4.1) Se sim, o acompanhante foi quem a gestante realmente escolheu/gostaria (n= 633)</b>		
Sim	585	92,42
Não	46	7,27
Não respondeu	2	0,32
<b>4.2) Avaliação individualizada de quais momentos o acompanhante esteve presente/ao lado da parturiente (n= 633)</b>		
Na admissão	609	96,21
Durante o trabalho de parto	476	75,20
Durante o parto (no nascimento)	446	70,46
No pós-parto (no centro cirúrgico ou sala de parto)	434	68,56
No pós-parto (no alojamento conjunto)	573	90,52
<b>4.3) Se sim, a maternidade proporcionou privacidade mínima para a parturiente e acompanhante (n= 633)</b>		
Sim, integralmente	434	68,56
Sim, parcialmente	137	21,64
Não	59	9,32
Não respondeu	3	0,47
<b>4.4) Se sim, qual a relação/parentesco do acompanhante na parturição com a parturiente (n= 633)</b>		
Mãe da parturiente	181	28,59
Irmã(o) da parturiente	98	15,48

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao parto	(Continuação)	
	N	%
Parceiro(a) conjugal da parturiente	85	13,43
Cunhado(a) da parturiente	66	10,43
Amigo(a) da parturiente	57	9,00
Sogro(a) da parturiente	40	6,32
Tio(a) da parturiente	25	3,95
Primo(a) da parturiente	24	3,79
Comadre da parturiente	20	3,16
Sobrinho(a) da parturiente	12	1,90
Vizinho(a) da parturiente	9	1,42
Filho(a) da parturiente	8	1,26
Outra relação/parentesco	7	1,11
Pai da parturiente	1	0,16
<b>4.5) Se sim, como você classifica a sua experiência com acompanhante na parturição (n= 633)</b>		
Ajudou muito	605	95,58
Ajudou um pouco	14	2,21
Indiferente / Nem ajudou e nem atrapalhou	7	1,11
Não respondeu	7	1,11
<b>5) Gestante entrou em trabalho de parto (induzido ou espontâneo)</b>		
Sim	530	80,92
Não	123	18,78
Não respondeu	2	0,31
<b>5.1) Se entrou em trabalho de parto, permaneceu em Dieta Zero na maternidade (incluindo líquidos) (n= 530)</b>		
Sim	355	66,98
Não	172	32,45
Não respondeu	3	0,57
<b>5.2) Se entrou em trabalho de parto, houve deambulação (n= 530)</b>		
Sim	313	59,06
Não	210	39,62
Não respondeu	7	1,32
<b>5.3) Se entrou em trabalho de parto, fez uso de um ou mais métodos não-farmacológicos para alívio da dor (n= 530)</b>		
Sim (Bola suíça e/ou Massagem e/ou Banho quente e/ou Agachamento e/ou Bamboleio e/ou Cavalinho)	216	40,75
Não	307	57,92
Não respondeu	7	1,32
<b>5.4) Se entrou em trabalho de parto, houve acompanhamento da evolução por meio de partograma (n= 530)</b>		

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao parto	(Continuação)	
	N	%
Sim, há registro no prontuário de utilização do partograma	5	0,94
Não há registro de utilização do partograma no prontuário	525	99,06
<b>5.5) Avaliação individualizada de intervenções no trabalho de parto registradas no prontuário da mulher (n= 530)</b>		
Cateter Venoso Periférico	380	71,70
Ocitocina	310	58,49
Analgesia epidural	72	13,58
Enterocлизма	8	1,51
Amniotomia	6	1,13
<b>6) Tipo de serviço/financiamento utilizado para o parto</b>		
Público/Sistema Único de Saúde	569	86,87
Privado/Planos de saúde	85	12,98
Não respondeu	1	0,15
<b>7) Categoria profissional que assistiu à mulher no momento do parto na maternidade</b>		
Enfermeiro	199	30,38
Médico	450	68,70
Outro profissional de saúde	4	0,61
Não respondeu	2	0,31
<b>9) Tipo de parto realizado</b>		
Vaginal (natural ou instrumentalizado)	363	55,42
Operação cesariana	290	44,27
Não respondeu	2	0,31
<b>9.1) Se parto vaginal, em qual posição da mulher ocorreu o parto (n= 363)</b>		
Verticalizada (Em pé, Cócoras, Sentada/Reclinada, Quatro apoios)	63	17,36
Horizontalizada/Litotômica (Deitada de lado/costas)	300	82,64
<b>9.2) Se parto vaginal, a posição da mulher no momento do parto foi escolhida por ela (n= 363)</b>		
Sim	164	45,18
Não	194	53,44
Não respondeu	5	1,38
<b>9.3) Se parto vaginal, a mulher sabe informar o que aconteceu com a região perineal (n= 363)</b>		
Episiotomia (cortaram e deram pontos)	157	43,25
Laceração (rompeu e deram pontos)	84	23,14
Acredita que não sofreu lesões ou intervenções	91	25,07
Não soube responder	31	8,54

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao parto	(Conclusão)	
	N	%
<b>9.4) Se parto vaginal, houve aplicação de certa força e/ou subiram na sua barriga (manobra de Kristeller) (n= 363)</b>		
Sim	172	47,38
Não	191	52,62
<b>9.5) Avaliação individualizada de intervenções registradas no prontuário da mulher que passou por parto vaginal (n= 363)</b>		
Episiotomia	131	36,09
Laceração	84	23,14
Manobra de Kristeller	4	1,10
<b>10) De quem partiu a decisão final pelo tipo de parto na maternidade</b>		
Da mulher	268	40,92
De ambos (mulher e profissional)	187	28,55
Do profissional	195	29,77
Não respondeu	5	0,76
<b>11) Avaliação geral da mulher sobre ter sofrido algum tipo de violência na maternidade</b>		
Sim, verbal	14	2,14
Sim, psicológica	6	0,92
Sim, física	3	0,46
Acredita não ter sofrido nenhum tipo de violência	631	96,34
Não respondeu	1	0,15
<b>12) Avaliação individualizada de situações que a mulher considerou ser excelente na parturição desta maternidade</b>		
Respeito dos profissionais de saúde	543	82,90
Tempo de espera até ser atendida	475	72,52
Privacidade no trabalho de parto e parto	464	70,84
Clareza nas explicações	427	65,19
Sua participação nas tomadas de decisão	346	52,82
Tempo disponível pelos profissionais para fazer perguntas	291	44,43

Elaborado pelo autor.

Nota: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

## 6.1.5 Resultados descritivos: variáveis da assistência ao nascimento

A maioria dos nascimentos ocorreu com Idade Gestacional de 37 a 42 semanas (92,82%; n= 608), peso ao nascer de  $\geq 2.500\text{g}$  e  $\leq 4.000\text{g}$  (89,77%; n= 588), apresentação fetal cefálica (88,40%; n= 579); situação fetal longitudinal (92,21%; n= 604), estatura física do recém-nascido de 48 a 53cm (76,49%; n= 501), perímetro



craniano de 33 a 37cm (88,24%; n= 578) e Apgar  $\geq 7$  no 1º (96,18%; n= 630) e no 5º minuto (98,63%; n= 646). O intervalo de horas que predominou entre a admissão na maternidade e o momento do nascimento foi inferior a 8 horas (68,25%; n= 447), e 55,11% (n= 361) das mulheres não foram informadas por profissional de saúde sobre quais procedimentos iriam ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento. Houve contato pele a pele entre mãe e bebê ainda na primeira hora de vida em 71,91% (n= 471), porém somente 29,77% (n= 195) das entrevistadas conseguiram ofertar o seio ao seu(ua) filho(a) ainda na sala de parto ou centro cirúrgico (Tabela 5).

Quanto à amamentação na primeira hora de vida, a prevalência desta boa prática foi de 45,34% (n= 297), e dentre as mulheres que não amamentaram na primeira hora de vida do recém-nascido (n= 358), a principal razão referida foi que “levaram para examinar” (60,61%; n= 217). Além disso, ressalta-se que foram evidenciadas afirmativas equivocadas quanto ao período que a puérpera pretendia/acreditava ser adequado amamentar seu(ua) filho(a) exclusivamente com o leite materno em 18,62% (n= 122) das mulheres entrevistadas, bem como nas motivações pelas quais a puérpera acredita que poderia deixar de amamentar, com destaque a “se sair pouco leite” (32,21%; n= 211) e/ou “se o leite ficar fraco” (21,07%; n= 138). Acrescenta-se que o recebimento de orientação na maternidade sobre a higiene do recém-nascido, sobretudo em aspectos do banho e cuidados com o coto umbilical, foi referido por 64,43% (n= 422) das mulheres entrevistadas (Tabela 5).

**Tabela 5 – Resultados descritivos das variáveis da assistência ao nascimento (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

Variáveis da assistência ao nascimento	(Continua)	
	N	%
<b>1) Idade Gestacional do recém-nascido ao nascer</b>		
≤ 36 semanas	18	2,75
37 a 42 semanas	608	92,82
> 42 semanas	9	1,37
Puérpera não sabe informar	15	2,29
Não respondeu	5	0,76
<b>2) Peso ao nascer do recém-nascido</b>		
< 2.500g	15	2,29
≥ 2.500g e ≤ 4.000g	588	89,77
> 4.000g	35	5,34
Sem registro no prontuário	17	2,60

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao nascimento	(Continuação)	
	N	%
<b>3) Apresentação fetal</b>		
Cefálica	579	88,40
Pélvica	25	3,82
Córmica ou Transversa	5	0,76
Sem registro no prontuário	46	7,02
<b>4) Situação fetal</b>		
Longitudinal (apresentação cefálica ou pélvica)	604	92,21
Transversa	8	1,22
Sem registro no prontuário	43	6,56
<b>5) Apgar no 1º minuto do recém-nascido</b>		
< 7	20	3,05
≥ 7	630	96,18
Sem registro no prontuário	5	0,76
<b>6) Apgar no 5º minuto do recém-nascido</b>		
< 7	4	0,61
≥ 7	646	98,63
Sem registro no prontuário	5	0,76
<b>7) Estatura física do recém-nascido</b>		
47cm ou menos	122	18,63
48 a 53cm	501	76,49
54cm ou mais	6	0,92
Sem registro no prontuário	26	3,97
<b>8) Perímetro craniano do recém-nascido</b>		
32cm ou menos	49	7,48
33 a 37cm	578	88,24
38cm ou mais	13	1,98
Sem registro no prontuário	15	2,29
<b>9) Avaliação individualizada de intervenções realizadas no recém-nascido logo após o nascimento, a partir do prontuário</b>		
Credeização	284	43,36
Vacinação Hepatite B	205	31,30
Vacinação BCG	205	31,30
Vitamina K	530	80,92
Berço aquecido	181	27,63
Aspiração de vias aéreas	24	3,66
Aspiração gástrica	1	0,15
Oxigênio inalatório	41	6,26
<b>10) Intervalo de horas entre a admissão na maternidade e o momento do nascimento</b>		
Até 4h	276	42,14

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao nascimento	(Continuação)	
	N	%
≥ 4 e < 8h	171	26,11
≥ 8 e <12h	122	18,63
12h ou mais	74	11,30
Não soube respondeu	12	1,83
<b>11) Profissional de saúde informou à puérpera quais procedimentos iriam ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento</b>		
Sim	289	44,12
Não	361	55,11
Não respondeu	5	0,76
<b>12) Puérpera foi encaminhada para o Alojamento Conjunto da maternidade após o parto</b>		
Sim	420	64,12
Não	230	35,11
Não respondeu	5	0,76
<b>13) Puérpera implementou contato pele a pele com o seu(ua) filho(a) logo após o nascimento, ainda na 1ª hora de vida</b>		
Sim	471	71,91
Não	184	28,09
<b>14) Puérpera conseguiu ofertar o seio ao seu(ua) filho(a) ainda na sala de parto ou centro cirúrgico (vaginal ou operação cesariana)</b>		
Sim	195	29,77
Não	460	70,23
<b>15) Puérpera conseguiu amamentar seu(ua) filho(a) ainda na primeira hora de vida (“houve a mamada”)</b>		
Sim	297	45,34
Não	358	54,66
<b>15.1) Se não conseguiu amamentar seu(ua) filho(a) ainda na primeira hora de vida, por qual motivo (n= 358)</b>		
Levaram para examinar	217	60,61
Leite não desceu	61	17,04
Puérpera ainda estava sob efeito da anestesia	2	0,56
Puérpera não quis amamentar	6	1,68
Não respondeu	72	20,11
<b>16) Puérpera recebeu orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido (banho e cuidados com o coto umbilical)</b>		
Sim	422	64,43

# RESULTADOS

Variáveis da assistência ao nascimento	(Conclusão)	
	N	%
Não	231	35,27
Não respondeu	2	0,31
<b>17) Até quando a puérpera pretende/acredita ser adequado amamentar seu(u) filho(a) exclusivamente com leite materno</b>		
Até o 2º mês de vida	1	0,15
Até o 3º mês de vida	2	0,31
Até o 4º mês de vida	1	0,15
Até o 6º mês de vida	515	78,63
Até o 1º ano de vida	66	10,08
Até o 2º ano de vida	28	4,27
Até o 3º ano de vida ou mais	24	3,66
Não pretende amamentar exclusivamente com leite materno	13	1,98
Não respondeu	5	0,76
<b>18) Avaliação individualizada de motivo(s) pelo(s) qual(is) a puérpera acredita que poderia deixar de amamentar seu(u) filho(a)</b>		
Se o “bico do seio rachar”	71	10,84
Se “sair pouco leite”	211	32,21
Se o “leite ficar fraco”	138	21,07
Quando ele(a) completar dois anos de vida	328	50,08

Elaborado pelo autor.

Nota: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

## 6.1.6 Resultados descritivos: agrupamentos de adequações e inadequações

O Quadro 14 apresenta o agrupamento dos resultados descritivos em Adequações e Inadequações da Assistência à Saúde Materno-Infantil na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro. Fica evidente que há inadequações assistenciais (de Processo) em aspectos relacionados ao Planejamento Reprodutivo, à Assistência Pré-natal, Assistência ao Parto e Assistência ao Nascimento, confirmando, assim, a hipótese alternativa da presente tese de Doutorado Direto.

**Quadro 14 – Agrupamento dos resultados descritivos em Adequações e Inadequações da Assistência à Saúde Materno-Infantil na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro**

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO				
Variável (Entrevista)	Resposta considerada adequada ou desejável ou	Resposta considerada inadequada ou indesejável ou	Resultados Adequada ou Desejável ou representa	Resultados Inadequada ou Indesejável ou representa

# RESULTADOS

	<b>representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal	maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal
Verificação da idade	Se possuía idade ≥ 20 e ≤ 34 anos	Se possuía idade ≤ 19 e ≥ 35 anos	<b>68,40%</b>	<b>31,60%</b>
Algum profissional de saúde já lhe orientou sobre “métodos contraceptivos”? (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	Sim	Não	<b>59,24%</b>	<b>40,31%</b>
Qual(is) método(s) contraceptivo(s) você conhece?	Laqueadura E/ou Vasectomia E/ou Preservativo masculino e feminino E/ou Pílula (hormonal) E/ou Injeção (hormonal) E/ou DIU E/ou Diafragma	Não conhece nenhum dos métodos contraceptivos avaliados, seja definitivo e/ou de barreira e/ou hormonal	<b>93,59%</b>	<b>6,41%</b>
Algum profissional de saúde já lhe orientou sobre “Planejamento Familiar”? (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	Sim	Não	<b>23,36%</b>	<b>76,34%</b>
A gestação atual foi planejada?	Sim	Não	<b>42,14%</b>	<b>57,56%</b>
Como você se sentiu ao descobrir a gravidez?	Satisfeita	Insatisfeita ou Mais ou menos satisfeita	<b>64,27%</b>	<b>34,35%</b>
Qual foi a sua percepção em relação ao tempo no qual ocorreu a gravidez?	Queria engravidar agora	Não queria engravidar ou Queria esperar mais tempo	<b>43,97%</b>	<b>55,42%</b>
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resultados Adequada ou Desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resultados Inadequada ou Indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>
Você fez o pré-natal nesta gravidez?	Sim	Não	<b>99,69%</b>	<b>0,31%</b>
Em qual mês de gravidez você iniciou o pré-natal?	No primeiro trimestre gestacional (até a 13ª semana gestacional, ou até o 3º mês de gravidez)	No segundo trimestre gestacional (entre a 14ª e 27ª semana gestacional, ou entre o 4º e 6º mês de gravidez) ou No terceiro trimestre gestacional (a partir da 28ª semana gestacional, ou entre o 7º e 9º mês de gravidez)	<b>78,93%</b>	<b>19,54%</b>
Quantas consultas de pré-natal você realizou?	6 ou mais consultas	1 a 3 consultas ou 4 ou 5 consultas	<b>80,00%</b>	<b>18,78%</b>
O(a) parceiro(a) também participou das consultas de pré-natal?	Sim, totalmente ou Sim, parcialmente	Não participou	<b>40,77%</b>	<b>58,02%</b>

# RESULTADOS

Qual(is) atividade(s) foi(ram) realizada(s) com o(a) parceiro(a) durante o pré-natal?	Realização de testes rápidos para HIV e Sífilis E/ou Exames de rotina E/ou Atualização do cartão de vacina E/ou Incentivo à participação nas atividades educativas, consultas e exames da gestante e na parturição	Não foram realizadas nenhuma das atividades avaliadas durante o pré-natal do(a) parceiro(a)	<b>51,69%</b>	<b>48,11%</b>
Você recebeu uma classificação de risco ginecológico e obstétrico durante o pré-natal?	Sim, na primeira consulta e/ou nas subsequentes	Não houve estratificação do risco ginecológico e obstétrico durante o pré-natal	<b>98,63%</b>	<b>1,35%</b>
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Sinais de risco / alerta na gravidez	Sim	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre sinais de risco / alerta na gravidez	<b>49,31%</b>	<b>48,55%</b>
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Como inicia o trabalho de parto	Sim	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre como inicia o trabalho de parto	<b>59,85%</b>	<b>38,01%</b>
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Maternidade de referência para o parto	Sim	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre a maternidade de referência para o parto	<b>54,35%</b>	<b>42,29%</b>
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Atividades para facilitar o parto	Sim, deambulação E/ou Sim, posicionamentos E/ou Sim, formas de alívio da dor	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre atividades para facilitar o parto	<b>49,16%</b>	<b>48,86%</b>
Durante o pré-natal, você recebeu orientações sobre: Amamentação	Definições / tipos, importância, como amamentar, possíveis desafios e respectivos manejos E/ou Importância de amamentar na 1ª hora de vida do recém-nascido E/ou Até quando amamentar exclusivamente e a partir de quando e como complementar	Não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre amamentação	<b>71,45%</b>	<b>21,07%</b>
*Verificação de exame(s) realizado(s) no início do pré-natal, a partir do Cartão ou Caderneta da Gestante:	1) Ultrassonografia E 2) ABO-Rh E 3) Hb/Ht E 4) VDRL E 5) Urina rotina (EAS) E 6) Teste rápido HIV e Sífilis E 7) HBsAg E 8) Glicemia jejum E 9) Toxoplasmose	Não há registro (no cartão ou caderneta da gestante) de realização de ao menos nove exames recomendados para o primeiro trimestre gestacional durante o pré-natal	<b>17,87%</b>	<b>81,93%</b>
*Verificação de exame(s) realizado(s)/repetido(s) no terceiro trimestre, a partir	1*) Hemograma E 2*) HBsAg E	Não há registro (no cartão ou caderneta da gestante) de realização/repetição de	<b>7,79%</b>	<b>92,01%</b>

# RESULTADOS

do Cartão ou Caderneta da Gestante:	3) Urina rotina (EAS) E 4) Glicemia jejum E 5) Teste rápido HIV E 6) VDRL E 7*) Bacterioscopia de secreção vaginal  *Exames não avaliados na coleta de dados e, conseqüentemente, inexistentes nesta análise	ao menos sete exames recomendados para o terceiro trimestre gestacional durante o pré-natal		
No início da gravidez, qual tipo de parto você gostaria de ter?	Parto vaginal	Sem preferência ou Cesariana	<b>73,29%</b>	<b>26,56%</b>
Durante o pré-natal, qual tipo de parto orientaram ser o mais seguro ("o melhor")?	Parto vaginal	Não ficou esclarecido ou Cesariana	<b>62,59%</b>	<b>35,73%</b>
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PARTO</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resultados Adequada ou Desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resultados Inadequada ou Indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>
Você precisou procurar outro estabelecimento para ter o parto antes de conseguir nesta maternidade? (Peregrinação no anteparto)	Não	Sim, uma maternidade Ou Sim, duas maternidades Ou Sim, três maternidades ou mais	<b>73,74%</b>	<b>25,95%</b>
Você teve acompanhante nessa maternidade?	Sim, em todos os momentos Ou Sim, em alguns momentos	Não, em nenhum momento	<b>96,64%</b>	<b>3,21%</b>
O acompanhante foi quem você realmente escolheu ("pessoa que você queria")?	Sim	Não	<b>92,42%</b>	<b>7,27%</b>
Durante o trabalho de parto, você permaneceu em Dieta Zero, incluindo líquido?	Não	Sim	<b>18,78%</b>	<b>66,98%</b>
Durante o trabalho de parto, você caminhou (deambulação)?	Sim	Não	<b>59,06%</b>	<b>39,62%</b>
Durante o trabalho de parto, você utilizou alguma das "tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor"?	Bola suíça E/ou Massagem E/ou Banho quente E/ou Agachamento E/ou Bamboleio E/ou Cavalinho	Não fez uso de tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor	<b>40,75%</b>	<b>57,92%</b>
Você já conhecia alguma das "tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor" antes de ser	Sim, soube durante o pré-natal/gravidez Ou	Não conhecia	<b>57,26%</b>	<b>40,46%</b>

# RESULTADOS

admitida nesta maternidade?	Sim, soube antes mesmo do pré-natal/gravidez			
Se parto vaginal, qual foi a sua posição no momento do parto?	Verticalizada	Horizontalizada/ Litotômica	17,36%	82,64%
Se parto vaginal, foi você quem escolheu a posição para parir?	Sim	Não	45,18%	53,44%
Na maternidade, apertaram com certa força ou subiram em sua barriga na hora do parto (Manobra de Kristeller)?	Não	Sim	52,62%	47,38%
Você considera que sofreu algum tipo de violência na maternidade?	Não	Sim, física E/ou Sim, psicológica E/ou Sim, verbal	96,34%	3,52%
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO NASCIMENTO</b>				
<b>Variável (Entrevista)</b>	<b>Resposta considerada adequada ou desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resposta considerada inadequada ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resultados Adequada ou Desejável ou representa menor risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>	<b>Resultados Inadequada ou Indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal</b>
Com quantas semanas/ meses de gestação ocorreu o parto/nascimento?	37 a 42 semanas	≤ 36 semanas > 42 semanas	92,82%	4,12%
Algum profissional de saúde te informou quais procedimentos iriam ser/foram realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento?	Sim	Não	44,12%	55,11%
Você teve contato pele a pele com seu(ua) filho(a) logo após o nascimento? (Ainda na 1ª hora)	Sim	Não	71,91%	28,09%
Você conseguiu ofertar o seio ao seu(ua) filho(a) ainda na sala de parto?	Sim	Não	29,77%	70,23%
Você foi encaminhada para o alojamento conjunto depois que pariu?	Sim	Não	64,12%	35,11%
Você amamentou, de fato, seu(ua) filho(a) na primeira hora de vida ("houve a mamada")?	Sim	Não	45,34%	54,66%
Você recebeu orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido, incluindo banho e cuidados com o coto umbilical?	Sim	Não	64,43%	35,27%
Até quando pretende amamentar seu(ua) filho(a) exclusivamente com leite materno?	Até o 6º mês de vida	Não pretendo amamentar Ou Até o 2º mês de vida Ou Até o 3º mês de vida Ou Até o 4º mês de vida Ou Até o 1º ano de vida Ou Até o 2º ano de vida	78,63%	20,06%



		Ou Até o 3º ano de vida ou mais		
Por qual(is) motivo(s) você acredita que poderia deixar de amamentar seu(a) filho(a)?	Quando ele(a) completar, no mínimo, dois anos de vida	Se “sair pouco leite” Ou Se o “leite ficar fraco”	<b>50,08%</b>	<b>32,21%</b> (“sair pouco leite”) Ou <b>21,07%</b> (“leite ficar fraco”)

Elaborado pelo autor.

## 6.2 Resultados inferenciais

### 6.2.1 Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas às inadequações do planejamento reprodutivo

Houve menor prevalência de gravidez na adolescência entre mulheres com companheiro (RP: 0,28; IC 95%: 0,17-0,46; p: <0,001) e trabalho remunerado (RP: 0,08; IC 95%: 0,03-0,21; p: <0,001), e maior prevalência entre primigestas (RP: 3,94; IC 95%: 2,62-5,91; p: <0,001). Em relação à gravidez não planejada, observou-se menor prevalência entre mulheres com ensino médio ou superior (RP: 0,72; IC 95%: 0,53-0,99; p: 0,048) e maior prevalência entre aquelas sem companheiro (RP: 4,78; IC 95%: 2,64-8,64; p: <0,001), que residiam em casas com 4 ou mais pessoas (RP: 1,87; IC 95%: 1,36-2,58; p: <0,001) e não possuíam trabalho remunerado (RP: 1,50; IC 95%: 1,06-2,13; p: 0,021) (Tabela 6).

Ademais, a prevalência de não recebimento de orientações profissionais sobre métodos contraceptivos, antes e/ou durante e/ou após à gestação atual, foi maior entre mulheres com raça/cor da pele autodeclarada preta ou parda (RP: 1,81; IC 95%: 1,17-2,82; p: 0,008), e houve menor prevalência desta orientação entre mulheres com renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,64; IC 95%: 0,46-0,88; p: 0,008) e que já haviam passado por um ou mais abortos à época da pesquisa (RP: 0,59; IC 95%: 0,37-0,95; p: 0,030). Quanto ao não recebimento de orientações profissionais sobre planejamento familiar, também antes e/ou durante e/ou após à gestação atual, observou-se menor prevalência entre mulheres com idade  $\geq 20$  anos (RP: 0,53; IC 95%: 0,31-0,91; p: 0,018) e que possuíam escolaridade média ou superior (RP: 0,65; IC 95%: 0,44-0,94; p: 0,026), e maior entre aquelas sem trabalho remunerado (RP: 2,08; IC 95%: 1,42-3,06; p: <0,001) (Tabela 6).

# RESULTADOS

Tabela 6 – Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e variáveis relacionadas às inadequações do planejamento reprodutivo (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018

(Continua)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas	Gravidez na adolescência	Valor de p	RP (IC 95%)	Gravidez não planejada	Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Faixa etária</b>						
≤ 19 anos	-	-	-	64,0%	0,131	0,72
20 anos ou mais	-	-	-	56,2%		(0,48-1,08)
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branca/Amarela	17,7%	0,793	0,89	62,8%	0,228	0,77
Preta/Parda	19,4%		(0,52-1,51)	56,7%		(0,50-1,17)
<b>Zona de moradia</b>						
Urbana	17,5%	0,367	0,82	57,4%	0,873	1,03
Rural	20,6%		(0,55-1,21)	58,1%		(0,75-1,40)
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou/Fundamental	21,2%	0,208	1,28	61,8%	<b>0,048</b>	0,72
Médio/Superior	17,3%		(0,87-1,89)	54,0%		(0,53-0,99)
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	15,9%	<b>&lt;0,001</b>	0,28	53,5%	<b>&lt;0,001</b>	4,78
Vive sem companheiro	39,6%		(0,17-0,46)	84,6%		(2,64-8,65)
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	20,0%	0,685	1,09	48,4%	<b>&lt;0,001</b>	1,87
4 ou mais pessoas	18,5%		(0,74-1,63)	63,8%		(1,36-2,58)
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	2,8%	<b>&lt;0,001</b>	0,08	50,3%	<b>0,021</b>	1,50
Não	25,2%		(0,03-0,21)	60,4%		(1,06-2,13)
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	20,8%	0,151	1,36	58,4%	0,568	0,90
Mais que um salário mínimo	16,1%		(0,89-2,06)	56,0%		(0,66-1,25)

# RESULTADOS

(Continuação)

<b>Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas</b>	<b>Gravidez na adolescência</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Gravidez não planejada</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Gestação</b>						
Primigesta	33,9%			51,6%		
2ª ou mais gestações	11,5%	<b>&lt;0,001</b>	3,94 (2,62-5,91)	61,2%	<b>0,019</b>	1,48 (1,06-2,05)
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	11,6%			60,4%		
1 ou mais abortos	10,9%	0,502	1,07 (0,53-2,14)	60,9%	0,509	1,02 (0,65-1,59)
<b>Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas</b>	<b>Não recebeu orientações sobre métodos contraceptivos</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Não recebeu orientações sobre planejamento familiar</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Faixa etária</b>						
≤ 19 anos	40,0%			84,7%		
20 anos ou mais	40,7%	0,920	1,02 (0,69-1,53)	74,8%	<b>0,018</b>	0,53 (0,31-0,91)
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branca/Amarela	29,2%			77,0%		
Preta/Parda	42,9%	<b>0,008</b>	1,81 (1,17-2,82)	76,5%	0,508	0,97 (0,60-1,57)
<b>Zona de moradia</b>						
Urbana	39,9%			74,7%		
Rural	41,2%	0,749	1,05 (0,77-1,44)	79,1%	0,192	1,28 (0,88-1,84)
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou /Fundamental	43,5%			80,7%		
Médio/Superior	38,0%	0,174	0,79 (0,58-1,09)	73,1%	<b>0,026</b>	0,65 (0,44-0,94)
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	41,8%			75,5%		
Vive sem companheiro	33,0%	0,134	0,68 (0,42-1,09)	83,5%	0,109	1,64 (0,91-2,95)
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	43,2%			75,8%		
4 ou mais pessoas	38,7%	0,255	0,82 (0,60-1,13)	77,1%	0,707	1,07 (0,74-1,55)

# RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas	Não recebeu orientações sobre métodos contraceptivos			Não recebeu orientações sobre planejamento familiar	(Conclusão)	
		Valor de p	RP (IC 95%)		Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	39,9%	0,929	1,03 (0,72-1,46)	66,7%	<0,001	2,08 (1,42-3,06)
Não	40,7%			80,7%		
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	44,5%	0,008	0,64 (0,46-0,88)	78,9%	0,070	0,70 (0,48-1,02)
Mais que um salário mínimo	33,9%			72,6%		
<b>Gestação</b>						
Primigesta	42,6%	0,400	0,86 (0,62-1,20)	76,3%	0,923	1,01 (0,69-1,49)
2ª ou mais gestações	39,2%			76,7%		
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	41,9%	0,030	0,59 (0,37-0,95)	78,1%	0,357	0,78 (0,47-1,29)
1 ou mais abortos	30,0%			73,6%		

Nota: RP= Razão de Prevalência, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

## 6.2.2 Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal

O início tardio do pré-natal apresentou menor prevalência entre mulheres com idade  $\geq 20$  anos (RP: 0,45; IC 95%: 0,28-0,70; p: 0,001), com escolaridade média ou superior (RP: 0,46; IC 95%: 0,31-0,69; p: <0,001) e que possuíam renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,53; IC 95%: 0,34-0,82; p: 0,004), e maior prevalência entre aquelas que viviam sem companheiro(a) (RP: 1,98; IC 95%: 1,20-3,27; p: 0,009), em casas com quatro ou mais pessoas (RP: 1,66; IC 95%: 1,09-2,51; p: 0,016), sem trabalho remunerado (RP: 2,64; IC 95%: 1,55-4,51; p: <0,001) e que não planejaram a gestação atual (RP: 2,61; IC 95%: 1,69-4,04; p: <0,001). A prevalência de realização de cinco ou menos consultas de pré-natal, por sua vez, foi menor entre mulheres que viviam em casas com até três pessoas (RP: 0,51; IC 95%: 0,33-0,79; p: 0,003), com trabalho remunerado (RP: 0,42; IC 95%: 0,25-0,71; p: 0,001), primigestas (RP: 0,30; IC 95%: 0,18-0,51; p: <0,001) e cuja gestação atual foi

planejada (RP: 0,43; IC 95%: 0,28-0,67; p: <0,001), e maior prevalência entre mulheres que não estudaram ou que possuíam escolaridade fundamental (RP: 2,52; IC 95%: 1,67-3,79; p: <0,001) (Tabela 7).

Em relação à ausência de pré-natal do(a) parceiro(a) da gestante, observou-se menor prevalência entre mulheres com escolaridade média ou superior (RP: 0,55; IC 95%: 0,39-0,77; p: 0,001) e renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,54; IC 95%: 0,38-0,76; p: 0,001), e maior prevalência entre mulheres que não planejaram a gestação atual (RP: 1,50; IC 95%: 1,07-2,10; p: 0,021). Quanto ao não recebimento de orientações sobre a maternidade de referência para o parto, houve menor prevalência entre mulheres com um ou mais abortos à época da gestação atual (RP: 0,51; IC 95%: 0,32-0,83; p: 0,008) e maior entre aquelas que não planejaram a gravidez (RP: 1,47; IC 95%: 1,07-2,03; p: 0,019) (Tabela 7).

O não recebimento de orientações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto apresentou menor prevalência entre mulheres que possuíam escolaridade média ou superior (RP: 0,48; IC 95%: 0,35-0,67; p: <0,001) e renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,47; IC 95%: 0,33-0,66; p: <0,001), e maior prevalência entre aquelas que residiam na zona rural (RP: 1,57; IC 95%: 1,14-2,17; p: 0,006) e sem trabalho remunerado (RP: 1,86; IC 95%: 1,28-2,69; p: 0,001). Já o não recebimento de orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida apresentou maior prevalência entre aquelas que não possuíam trabalho remunerado à época da pesquisa (RP: 1,52; IC 95%: 1,05-2,18; p: 0,024) (Tabela 7).

**Tabela 7 – Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo com as inadequações da assistência pré-natal (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

(Continua)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo	Início tardio do pré-natal	Valor de p	RP (IC 95%)	Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal	Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Faixa etária</b>						
≤ 19 anos	31,5%	<b>0,001</b>	0,45 (0,28-0,70)	20,2%	0,704	1,09 (0,66-1,78)
20 anos ou mais	17,1%					

# RESULTADOS

(Continuação)

<b>Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo</b>	<b>Início tardio do pré-natal</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP (IC 95%)</b>	<b>Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal</b>	<b>Valor de p</b>	<b>RP (IC 95%)</b>
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branca/Amarela	23,2%	0,361	0,78 (0,48-1,27)	16,8%	0,598	0,83 (0,48-1,43)
Preta/Parda	19,1%			19,5%		
<b>Zona de moradia</b>						
Urbana	19,1%	0,553	1,13 (0,77-1,67)	17,5%	0,270	0,79 (0,53-1,17)
Rural	21,1%			21,1%		
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou/Fundamental	26,3%	<0,001	0,46 (0,31-0,69)	26,5%	<0,001	2,52 (1,67-3,79)
Médio/Superior	14,2%			12,5%		
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	18,2%	0,009	1,98 (1,20-3,27)	18,6%	0,469	0,79 (0,46-1,37)
Vive sem companheiro	30,7%			22,2%		
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	15,2%	0,016	1,66 (1,09-2,51)	13,2%	0,003	0,51 (0,33-0,79)
4 ou mais pessoas	22,9%			22,8%		
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	10,3%	<0,001	2,64 (1,55-4,51)	10,7%	0,001	0,42 (0,25-0,71)
Não	23,3%			22,0%		
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	23,1%	0,004	0,53 (0,34-0,82)	20,8%	0,097	1,43 (0,94-2,18)
Mais que um salário mínimo	13,9%			15,4%		
<b>Gestação</b>						
Primigesta	19,3%	0,757	1,07 (0,71-1,61)	9,0%	<0,001	0,30 (0,18-0,51)
2ª ou mais gestações	20,4%			24,3%		
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	19,8%	0,406	1,25 (0,73-2,12)	24,3%	0,896	0,95 (0,57-1,58)
1 ou mais abortos	23,6%			25,2%		

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo		Início tardio do pré-natal	Valor de p	RP (IC 95%)	Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal	Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Gravidez não planejada</b>							
Sim	11,8%	<0,001	2,61	12,1%	<0,001	0,43	
Não	25,9%		(1,69-4,04)	23,9%		(0,28-0,67)	
Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo		Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)	Valor de p	RP (IC 95%)	Não recebeu orientações sobre a maternidade de referência para o parto	Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Faixa etária</b>							
≤ 19 anos	54,5%	0,907	1,04	50,4%	0,126	0,72	
20 anos ou mais	55,6%		(0,65-1,64)	42,3%		(0,48-1,07)	
<b>Raça/Cor da pele</b>							
Branca/Amarela	50,0%	0,294	1,29	42,0%	0,753	1,09	
Preta/Parda	56,4%		(0,82-2,04)	44,1%		(0,72-1,65)	
<b>Zona de moradia</b>							
Urbana	52,6%	0,197	1,26	42,3%	0,572	1,11	
Rural	58,4%		(0,90-1,77)	44,9%		(0,80-1,52)	
<b>Escolaridade</b>							
Não estudou/Fundamental	63,3%	0,001	0,55	47,1%	0,127	0,77	
Médio/Superior	48,9%		(0,39-0,77)	40,9%		(0,56-1,06)	
<b>Situação conjugal</b>							
Vive com companheiro	-	-	-	43,6%	0,815	1,07	
Vive sem companheiro	-			45,3%		(0,68-1,69)	
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>							
Até 3 pessoas	51,3%	0,101	1,32	42,9%	0,744	1,05	
4 ou mais pessoas	58,3%		(0,94-1,86)	44,3%		(0,76-1,46)	
<b>Trabalho remunerado</b>							
Sim	50,9%	0,189	1,28	38,5%	0,106	1,35	
Não	57,2%		(0,89-1,86)	46,0%		(0,95-1,93)	

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo	Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)	Valor de p		RP (IC 95%)		Não recebeu orientações sobre a maternidade de referência para o parto	Valor de p		RP (IC 95%)	
<b>Renda familiar total</b>										
≤ 1 salário mínimo	61,3%					43,2%				
Mais que um salário mínimo	46,3%	<b>0,001</b>		0,54	(0,38-0,76)	44,2%	0,804		1,04	(0,75-1,44)
<b>Gestação</b>										
Primigesta	50,6%					44,5%				
2ª ou mais gestações	57,4%	0,144		1,31	(0,92-1,88)	42,9%	0,735		0,93	(0,67-1,30)
<b>Aborto</b>										
Nunca abortou	58,2%					45,9%				
1 ou mais abortos	55,2%	0,631		0,88	(0,55-1,41)	30,5%	<b>0,008</b>		0,51	(0,32-0,83)
<b>Gravidez não planejada</b>										
Sim	50,2%					38,3%				
Não	60,3%	<b>0,021</b>		1,50	(1,07-2,10)	47,8%	<b>0,019</b>		1,47	(1,07-2,03)
Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo	Não recebeu orientações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto	Valor de p		RP (IC 95%)		Não recebeu orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida	Valor de p		RP (IC 95%)	
<b>Faixa etária</b>										
≤ 19 anos	38,4%					36,1%				
20 anos ou mais	42,2%	0,479		1,17	(0,78-1,75)	41,1%	0,356		1,23	(0,82-1,86)
<b>Raça/Cor da pele</b>										
Branca/Amarela	42,0%					36,0%				
Preta/Parda	41,3%	0,916		0,97	(0,64-1,47)	40,9%	0,394		1,23	(0,80-1,88)
<b>Zona de moradia</b>										
Urbana	36,0%					37,8%				
Rural	47,0%	<b>0,006</b>		1,57	(1,14-2,17)	43,5%	0,146		1,27	(0,92-1,74)



# RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas e relacionadas ao planejamento reprodutivo	Não recebeu orientações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto	(Conclusão)		Não recebeu orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida		
		Valor de p	RP (IC 95%)		Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou/Fundamental	50,7%	<b>&lt;0,001</b>	0,48 (0,35-0,67)	40,9%	0,747	0,94 (0,68-1,29)
Médio/Superior	33,3%			39,5%		
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	40,8%	0,420	1,21 (0,77-1,90)	40,4%	0,562	0,86 (0,54-1,37)
Vive sem companheiro	45,6%			37,1%		
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	39,9%	0,566	1,10 (0,80-1,52)	40,9%	0,805	0,94 (0,68-1,31)
4 ou mais pessoas	42,4%			39,6%		
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	30,9%	<b>0,001</b>	1,86 (1,28-2,69)	33,0%	<b>0,024</b>	1,52 (1,05-2,18)
Não	45,4%			42,8%		
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	48,3%	<b>&lt;0,001</b>	0,47 (0,33-0,66)	42,9%	0,055	0,71 (0,51-1,00)
Mais que um salário mínimo	30,7%			35,0%		
<b>Gestação</b>						
Primigesta	38,5%	0,310	1,19 (0,85-1,66)	43,1%	0,307	0,83 (0,59-1,16)
2ª ou mais gestações	42,8%			38,8%		
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	43,8%	0,910	0,95 (0,61-1,48)	38,3%	0,566	1,15 (0,73-1,80)
1 ou mais abortos	42,6%			41,7%		
<b>Gravidez não planejada</b>						
Sim	42,4%	0,684	0,92 (0,67-1,27)	39,5%	0,807	1,05 (0,76-1,45)
Não	40,5%			40,8%		

Nota: RP= Razão de Prevalência, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

## 6.2.3 Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com inadequações da assistência ao parto

A peregrinação no anteparto apresentou maior prevalência entre mulheres que não estudaram ou possuíam ensino fundamental (RP: 1,91; IC 95%: 1,34-2,72; p: <0,001) e com renda familiar total igual ou menor a um salário mínimo (RP: 1,88; IC 95%: 1,28-2,76; p: 0,001), e menor prevalência entre aquelas que possuíam trabalho remunerado (RP: 0,52; IC 95%: 0,34-0,81; p: 0,004). A prevalência de ausência do(a) acompanhante em todos os momentos da parturição, por sua vez, mostrou-se menor entre mulheres com raça/cor da pele autorreferida branca ou amarela (RP: 0,52; IC 95%: 0,30-0,88; p: 0,013), com trabalho remunerado (RP: 0,50; IC 95%: 0,32-0,77; p: 0,002) e cujo parceiro(a) também participou das consultas de pré-natal da gestante (RP: 0,63; IC 95%: 0,42-0,93; p: 0,024), e maior entre mulheres que não estudaram ou possuíam ensino fundamental (RP: 1,77; IC 95%: 1,24-2,52; p: 0,002) e possuíam renda familiar total igual ou menor a um salário mínimo (RP: 1,61; IC 95%: 1,11-2,35; p: 0,013) (Tabela 8).

Em relação à decisão final pela via de parto não compartilhada com a gestante na maternidade, observou-se menor prevalência entre mulheres com idade  $\geq 20$  anos (RP: 0,58; IC 95%: 0,38-0,87; p: 0,012) e não primigestas (RP: 0,60; IC 95%: 0,42-0,86; p: 0,007). A prevalência de parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas foi menor entre mulheres com escolaridade média ou superior à época da pesquisa (RP: 0,71; IC 95%: 0,52-0,97; p: 0,034) (Tabela 8).

**Tabela 8 – Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal com as inadequações da assistência ao parto (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

(Continua)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal	Peregrinação no anteparto	Valor de p	RP (IC 95%)	Não ter acompanhante em todos os momentos da parturição	Valor de p	RP (IC 95%)

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal	Peregrinação no anteparto	Valor de p	RP (IC 95%)	Não ter acompanhante em todos os momentos da parturição	Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Faixa etária</b>						
≤ 19 anos	26,4%	0,910	1,02	26,4%	0,910	1,03
20 anos ou mais	26,0%		(0,65-1,59)	25,8%		(0,66-1,61)
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branca/Amarela	26,5%	0,906	1,03	16,8%	<b>0,013</b>	0,52
Preta/Parda	25,9%		(0,65-1,63)	27,9%		(0,30-0,88)
<b>Zona de moradia</b>						
Urbana	23,1%	0,107	0,74	23,7%	0,179	0,78
Rural	28,7%		(0,52-1,06)	28,4%		(0,54-1,12)
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou/ Fundamental	32,7%	<b>&lt;0,001</b>	1,91	31,7%	<b>0,002</b>	1,77
Médio/Superior	20,2%		(1,34-2,72)	20,7%		(1,24-2,52)
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	26,7%	0,522	1,21	25,4%	0,698	0,89
Vive sem companheiro	23,1%		(0,71-2,04)	27,5%		(0,54-1,47)
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	26,5%	0,856	1,04	25,5%	0,856	0,95
4 ou mais pessoas	25,7%		(0,73-1,49)	26,3%		(0,66-1,36)
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	17,9%	<b>0,004</b>	0,52	17,2%	<b>0,002</b>	0,50
Não	29,2%		(0,34-0,81)	29,2%		(0,32-0,77)
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	30,6%	<b>0,001</b>	1,88	29,5%	<b>0,013</b>	1,61
Mais que um salário mínimo	19,0%		(1,28-2,76)	20,6%		(1,11-2,35)

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal	Peregrinação no anteparto	Valor de p (IC 95%)		Não ter acompanhante em todos os momentos da parturição	Valor de p (IC 95%)	
		Valor de p	RP (IC 95%)		Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Gestação</b>						
Primigesta	24,7%	0,573	0,89 (0,61-1,29)	24,7%	0,574	0,89 (0,61-1,30)
2ª ou mais gestações	26,8%			26,8%		
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	72,6%	0,616	1,14 (0,69-1,89)	26,4%	0,617	0,87 (0,53-1,41)
1 ou mais abortos	75,2%			29,1%		
<b>Gravidez não planejada</b>						
Sim	24,4%	0,417	0,85 (0,59-1,22)	27,2%	0,589	1,10 (0,77-1,57)
Não	27,4%			25,2%		
<b>Início tardio do pré-natal</b>						
Sim	27,3%	0,737	0,92 (0,59-1,43)	32,8%	0,057	0,66 (0,43-1,00)
Não	25,8%			24,4%		
<b>Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal</b>						
Sim	30,9%	0,170	1,36 (0,88-2,09)	30,1%	0,305	1,27 (0,82-1,96)
Não	24,7%			25,2%		
<b>Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)</b>						
Sim	29,0%	0,209	0,76 (0,52-1,12)	16,2%	0,024	0,63 (0,42-0,93)
Não	23,9%			9,2%		
Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal	Decisão final pela via de parto não compartilhada com a gestante na maternidade	Valor de p (IC 95%)		Parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas	Valor de p (IC 95%)	
Valor de p	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)			

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal	Decisão final pela via de parto não compartilhada com a gestante na maternidade	Parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas	
		Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Faixa etária</b>			
≤ 19 anos	39,5%	<b>0,012</b>	0,58
20 anos ou mais	27,6%		(0,38-0,87)
			59,2%
			54,6%
			0,369
			0,83
			(0,55-1,23)
<b>Raça/Cor da pele</b>			
Branca/Amarela	31,0%	0,822	0,94
Preta/Parda	29,8%		(0,60-1,46)
			54,0%
			55,9%
			0,755
			1,08
			(0,71-1,62)
<b>Zona de moradia</b>			
Urbana	28,7%	0,440	1,14
Rural	31,5%		(0,81-1,60)
			56,0%
			55,1%
			0,874
			0,96
			(0,70-1,31)
<b>Escolaridade</b>			
Não estudou/Fundamental	28,8%	0,606	1,10
Médio/Superior	30,9%		(0,79-1,55)
			59,9%
			51,6%
			<b>0,034</b>
			0,71
			(0,52-0,97)
<b>Situação conjugal</b>			
Vive com companheiro	29,2%	0,319	1,29
Vive sem companheiro	34,8%		(0,80-2,07)
			54,0%
			64,8%
			0,068
			1,57
			(0,99-2,49)
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>			
Até 3 pessoas	33,5%	0,137	0,76
4 ou mais pessoas	27,7%		(0,54-1,07)
			58,5%
			53,7%
			0,229
			0,82
			(0,60-1,12)
<b>Trabalho remunerado</b>			
Sim	26,1%	0,213	1,29
Não	31,3%		(0,87-1,90)
			53,3%
			56,2%
			0,538
			1,12
			(0,79-1,58)
<b>Renda familiar total</b>			
≤ 1 salário mínimo	31,6%	0,332	0,83
Mais que um salário mínimo	27,8%		(0,58-1,18)
			57,0%
			53,4%
			0,373
			0,86
			(0,62-1,18)

# RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal	Decisão final pela via de parto não compartilhada com a gestante na maternidade	(Conclusão)		Parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas	(Conclusão)	
		Valor de p	RP (IC 95%)		Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Gestação</b>						
Primigesta	36,9%	<b>0,007</b>	0,60 (0,42-0,86)	58,0%	0,456	0,88 (0,63-1,22)
2ª ou mais gestações	26,2%			54,9%		
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	26,7%	0,899	0,93 (0,57-1,54)	53,5%	0,317	1,25 (0,80-1,95)
1 ou mais abortos	25,5%			59,1%		
<b>Gravidez não planejada</b>						
Sim	33,1%	0,166	0,77 (0,55-1,09)	52,9%	0,264	1,20 (0,88-1,65)
Não	27,8%			57,6%		
<b>Início tardio do pré-natal</b>						
Sim	30,7%	0,830	1,04 (0,68-1,59)	63,3%	0,060	1,47 (0,98-2,19)
Não	29,8%			54,0%		
<b>Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal</b>						
Sim	25,6%	0,321	1,27 (0,81-1,99)	56,9%	0,763	0,93 (0,62-1,38)
Não	30,5%			55,2%		
<b>Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)</b>						
Sim	28,1%	0,512	0,88 (0,60-1,27)	55,2%	0,608	1,10 (0,78-1,53)
Não	30,8%			52,8%		

Nota: RP= Razão de Prevalência, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

## 6.2.4 Resultados inferenciais: associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com inadequações da assistência ao nascimento

O não recebimento de informações sobre os procedimentos realizados com o filho(a) logo após o nascimento apresentou maior prevalência entre mulheres da zona

rural (RP: 1,69; IC 95%: 1,24-2,32; p: 0,001), sem trabalho remunerado (RP: 1,87; IC 95%: 1,37-2,65; p: <0,001) e que referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,79; IC 95%: 1,31-2,45; p: <0,001), e menor prevalência entre aquelas que possuíam escolaridade média ou superior (RP: 0,61; IC 95%: 0,44-0,83; p: 0,003), com renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,70; IC 95%: 0,51-0,97; p: 0,035), que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (RP: 0,55; IC 95%: 0,36-0,83; p: 0,005) e que tiveram acompanhante em todos os momentos da parturição (RP: 0,59; IC 95%: 0,41-0,85; p: 0,005). Quanto à não implementação de contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho(a), observou-se menor prevalência entre mulheres que residiam em casas com quatro ou mais pessoas (RP: 0,68; IC 95%: 0,48-0,97; p: 0,041) e que tiveram a presença de acompanhante em todos os momentos da parturição (RP: 0,47; IC 95%: 0,32-0,68; p: <0,001), e maior prevalência entre aquelas insatisfeitas com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,63; IC 95%: 1,15-2,32; p: 0,007) (Tabela 9).

Em relação à prevalência de não implementação da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido foi maior entre mulheres com escolaridade média ou superior (RP: 1,49; IC 95%: 1,09-2,03; p: 0,012), que não planejaram a gestação atual (RP: 1,49; IC 95%: 1,09-2,04; p: 0,014) e referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,49; IC 95%: 1,09-2,03; p: 0,012), e houve menor prevalência entre aquelas que residiam em casas com quatro ou mais pessoas (RP: 0,58; IC 95%: 0,42-0,79; p: 0,001) e primigestas (RP: 0,66; IC 95%: 0,47-0,92; p: 0,016). O não recebimento de orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido, por sua vez, apresentou maior prevalência entre mulheres sem trabalho remunerado (RP: 1,72; IC 95%: 1,18-2,52; p: 0,004), que iniciaram tardiamente o pré-natal (RP: 1,61; IC 95%: 1,08-2,39; p: 0,018) e insatisfeitas com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,63; IC 95%: 1,16-2,25; p: 0,004) (Tabela 9).

**Tabela 9 – Associações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto com as inadequações da assistência ao nascimento (n= 655). Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

(Continua)

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto	Não recebeu informações sobre os procedimentos realizados com o filho(a) logo após o nascimento	Valor de p (IC 95%)		Não houve contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho(a)	Valor de p (IC 95%)	
		Valor de p	RP (IC 95%)		Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Faixa etária</b>						
≤ 19 anos	56,9%	0,763	0,93 (0,63-1,39)	28,8%	0,912	0,96 (0,62-1,47)
20 anos ou mais	55,3%			28,0%		
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branca/Amarela	52,7%	0,531	1,15 (0,76-1,72)	26,5%	0,731	1,09 (0,69-1,73)
Preta/Parda	56,1%			28,4%		
<b>Zona de moradia</b>						
Urbana	49,1%	<b>0,001</b>	1,69 (1,24-2,32)	27,7%	0,861	1,03 (0,73-1,45)
Rural	62,1%			28,3%		
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou/ Fundamental	62,0%	<b>0,003</b>	0,61 (0,44-0,83)	28,3%	0,931	0,98 (0,69-1,38)
Médio/Superior	50,0%			28,0%		
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	55,1%	0,424	1,22 (0,77-1,92)	27,1%	0,169	1,39 (0,86-2,22)
Vive sem companheiro	60,0%			34,1%		
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	56,4%	0,747	0,94 (0,68-1,29)	32,7%	<b>0,041</b>	0,68 (0,48-0,97)
4 ou mais pessoas	55,0%			25,1%		
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	44,4%	<b>&lt;0,001</b>	1,87 (1,37-2,65)	25,0%	0,285	1,24 (0,84-1,84)
Não	60,0%			29,4%		
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	58,7%	<b>0,035</b>	0,70 (0,51-0,97)	27,5%	0,654	1,09 (0,77-1,55)
Mais que um salário mínimo	50,2%			29,3%		
<b>Gestação</b>						
Primigesta	55,6%	0,525	1,01 (0,72-1,39)	33,0%	0,054	0,69 (0,49-1,00)
2ª ou mais gestações	55,7%			25,6%		



# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto	Não recebeu informações sobre os procedimentos realizados com o filho(a) logo após o nascimento	Valor de p (IC 95%)		Não houve contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho(a)	Valor de p (IC 95%)	
		RP	RP		RP	RP
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	56,5%	0,573	0,86 (0,55-1,33)	26,1%	0,524	0,83 (0,49-1,39)
1 ou mais abortos	52,8%			22,7%		
<b>Gravidez não planejada</b>						
Sim	51,1%	0,055	1,37 (1,00-1,87)	28,3%	0,518	0,99 (0,70-1,40)
Não	58,9%			28,1%		
<b>Início tardio do pré-natal</b>						
Sim	62,2%	0,110	1,40 (0,94-2,09)	22,7%	0,126	0,69 (0,44-1,09)
Não	53,9%			29,6%		
<b>Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal</b>						
Sim	67,2%	<b>0,005</b>	0,55 (0,36-0,83)	22,0%	0,096	1,49 (0,93-2,38)
Não	53,0%			29,6%		
<b>Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)</b>						
Sim	58,0%	0,123	1,30 (0,93-1,83)	26,9%	0,848	0,95 (0,65-1,39)
Não	51,4%			27,8%		
<b>Peregrinação no anteparto</b>						
Sim	58,8%	0,325	0,83 (0,58-1,19)	25,3%	0,373	1,21 (0,81-1,81)
Não	54,4%			29,2%		
<b>Não teve acompanhante em todos os momentos da parturição</b>						
Sim	64,9%	<b>0,005</b>	0,59 (0,41-0,85)	40,0%	<b>&lt;0,001</b>	0,47 (0,32-0,68)
Não	52,4%			24,0%		

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto	Não recebeu informações sobre os procedimentos realizados com o filho(a) logo após o nascimento	Valor de p (IC 95%)		Não houve contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho(a)	Valor de p (IC 95%)	
		RP	RP		RP	RP
<b>Parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas</b>						
Sim	61,9%	<b>&lt;0,001</b>	1,79	32,4%	<b>0,007</b>	1,63
Não	47,6%		(1,31-2,45)	22,7%		(1,15-2,32)
Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto	Não houve amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido	Valor de p (IC 95%)		Não recebeu orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido	Valor de p (IC 95%)	
		RP	RP		RP	RP
<b>Faixa etária</b>						
≤ 19 anos	54,4%	0,505	1,01	41,6%	0,119	0,72
20 anos ou mais	54,8%		(0,68-1,50)	34,0%		(0,48-1,07)
<b>Raça/Cor da pele</b>						
Branca/Amarela	54,0%	0,917	1,03	31,0%	0,330	1,27
Preta/Parda	54,8%		(0,68-1,55)	36,3%		(0,82-1,96)
<b>Zona de moradia</b>						
Urbana	56,0%	0,580	0,90	34,1%	0,510	1,12
Rural	53,6%		(0,66-1,23)	36,8%		(0,81-1,55)
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou/ Fundamental	49,5%	<b>0,012</b>	1,49	34,0%	0,512	1,12
Médio/Superior	59,4%		(1,09-2,03)	36,7%		(0,81-1,55)
<b>Situação conjugal</b>						
Vive com companheiro	55,1%	0,571	0,87	34,0%	0,076	1,52
Vive sem companheiro	51,6%		(0,55-1,35)	44,0%		(0,97-2,38)

# RESULTADOS

(Continuação)

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto	Não houve amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido	Valor de p (IC 95%)		Não recebeu orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido	Valor de p (IC 95%)	
		RP	RP		RP	RP
<b>Total de pessoas que reside na casa (incluindo a mulher)</b>						
Até 3 pessoas	62,7%	<b>0,001</b>	0,58 (0,42-0,79)	35,8%	0,868	0,97 (0,70-1,34)
4 ou mais pessoas	49,4%			35,1%		
<b>Trabalho remunerado</b>						
Sim	57,8%	0,379	0,84 (0,59-1,19)	26,8%	<b>0,004</b>	1,72 (1,18-2,52)
Não	53,7%			38,8%		
<b>Renda familiar total</b>						
≤ 1 salário mínimo	52,8%	0,194	1,24 (0,90-1,71)	34,6%	0,554	1,11 (0,80-1,55)
Mais que um salário mínimo	58,2%			37,1%		
<b>Gestação</b>						
Primigesta	61,2%	<b>0,016</b>	0,66 (0,47-0,92)	38,8%	0,197	0,80 (0,57-1,12)
2ª ou mais gestações	51,2%			33,7%		
<b>Aborto</b>						
Nunca abortou	48,5%	0,222	1,32 (0,85-2,04)	31,1%	0,156	1,42 (0,90-2,23)
1 ou mais abortos	55,5%			39,1%		
<b>Gravidez não planejada</b>						
Sim	48,9%	<b>0,014</b>	1,49 (1,09-2,04)	32,7%	0,215	1,23 (0,88-1,71)
Não	58,9%			37,5%		
<b>Início tardio do pré-natal</b>						
Sim	52,3%	0,553	0,88 (0,60-1,30)	44,5%	<b>0,018</b>	1,61 (1,08-2,39)
Não	55,3%			33,2%		
<b>Realização de ≤ cinco consultas de pré-natal</b>						
Sim	51,2%	0,422	1,18 (0,79-1,74)	34,1%	0,834	1,06 (0,70-1,61)
Não	55,3%			35,6%		

# RESULTADOS

Variáveis sociodemográficas e obstétricas maternas, relacionadas ao planejamento reprodutivo e assistência pré-natal e ao parto	Não houve amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido			(Conclusão)	
		Valor de p	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)
<b>Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)</b>					
Sim	52,9%	0,231	0,81 (0,58-1,13)	37,3%	0,105
Não	58,1%			30,5%	
<b>Peregrinação no anteparto</b>					
Sim	50,0%	0,152	1,30 (0,91-1,84)	37,3%	0,575
Não	56,5%			34,6%	
<b>Não teve acompanhante em todos os momentos da parturição</b>					
Sim	58,2%	0,325	0,82 (0,58-1,17)	40,6%	0,113
Não	53,5%			33,6%	
<b>Parturiente insatisfeita com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas</b>					
Sim	59,1%	<b>0,012</b>	1,49 (1,09-2,03)	40,2%	<b>0,004</b>
Não	49,1%			29,3%	

Nota: RP= Razão de Prevalência, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

## 6.2.5 Resultados inferenciais: agrupamentos de fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento

O quadro 15 apresenta a consolidação dos fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento.

**Quadro 15 – Consolidado de fatores associados às inadequações do planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, Brasil, 2018**

## RESULTADOS

Dimensão avaliativa	Inadequação ou indesejável ou representa maior risco ginecológico, obstétrico e/ou perinatal	Variáveis associadas (p < 0,05)
<b>Planejamento Reprodutivo</b>	Gravidez na adolescência	Menor prevalência entre mulheres com companheiro (RP: 0,28; IC 95%: 0,17-0,46; p: <0,001) e trabalho remunerado (RP: 0,08; IC 95%: 0,03-0,21; p: <0,001), e maior prevalência entre primigestas (RP: 3,94; IC 95%: 2,62-5,91; p: <0,001).
	Gravidez não planejada	Menor prevalência entre mulheres com ensino médio ou superior (RP: 0,72; IC 95%: 0,53-0,99; p: 0,048) e maior prevalência entre aquelas sem companheiro (RP: 4,78; IC 95%: 2,64-8,64; p: <0,001), que residiam em casas com 4 ou mais pessoas (RP: 1,87; IC 95%: 1,36-2,58; p: <0,001) e não possuíam trabalho remunerado (RP: 1,50; IC 95%: 1,06-2,13; p: 0,021).
	Não recebimento de orientações profissionais sobre métodos contraceptivos, antes e/ou durante e/ou após à gestação atual	Maior prevalência entre mulheres com raça/cor da pele autorreferida preta ou parda (RP: 1,81; IC 95%: 1,17-2,82; p: 0,008), e menor entre mulheres com renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,64; IC 95%: 0,46-0,88; p: 0,008) e que já haviam passado por um ou mais abortos à época da pesquisa (RP: 0,59; IC 95%: 0,37-0,95; p: 0,030).
	Não recebimento de orientações profissionais sobre planejamento familiar, antes e/ou durante e/ou após à gestação atual	Menor prevalência entre mulheres com idade ≥ 20 anos (RP: 0,53; IC 95%: 0,31-0,91; p: 0,018) e que possuíam escolaridade média ou superior (RP: 0,65; IC 95%: 0,44-0,94; p: 0,026), e maior entre aquelas sem trabalho remunerado (RP: 2,08; IC 95%: 1,42-3,06; p: <0,001).
<b>Assistência pré-natal</b>	Início tardio do pré-natal	Menor prevalência entre mulheres com idade ≥ 20 anos (RP: 0,45; IC 95%: 0,28-0,70; p: 0,001), com escolaridade média ou superior (RP: 0,46; IC 95%: 0,31-0,69; p: <0,001) e que possuíam renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,53; IC 95%: 0,34-

## RESULTADOS

		0,82; p: 0,004), e maior prevalência entre aquelas que viviam sem companheiro(a) (RP: 1,98; IC 95%: 1,20-3,27; p: 0,009), em casas com quatro ou mais pessoas (RP: 1,66; IC 95%: 1,09-2,51; p: 0,016), sem trabalho remunerado (RP: 2,64; IC 95%: 1,55-4,51; p: <0,001) e não planejaram a gestação atual (RP: 2,61; IC 95%: 1,69-4,04; p: <0,001).
	Realização de cinco ou menos consultas de pré-natal	Menor prevalência entre mulheres que viviam em casas com até três pessoas (RP: 0,51; IC 95%: 0,33-0,79; p: 0,003), com trabalho remunerado (RP: 0,42; IC 95%: 0,25-0,71; p: 0,001), primigestas (RP: 0,30; IC 95%: 0,18-0,51; p: <0,001) e cuja gestação atual foi planejada (RP: 0,43; IC 95%: 0,28-0,67; p: <0,001), e maior prevalência entre aquelas que não estudaram ou que possuíam escolaridade fundamental (RP: 2,52; IC 95%: 1,67-3,79; p: <0,001).
	Ausência de pré-natal do(a) parceiro(a)	Menor prevalência entre mulheres com escolaridade média ou superior (RP: 0,55; IC 95%: 0,39-0,77; p: 0,001) e renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,54; IC 95%: 0,38-0,76; p: 0,001), e maior prevalência entre mulheres que não planejaram a gestação atual (RP: 1,50; IC 95%: 1,07-2,10; p: 0,021).
	Não recebimento de orientações sobre a maternidade de referência para o parto	Menor prevalência entre mulheres com um ou mais abortos (RP: 0,51; IC 95%: 0,32-0,83; p: 0,008) e maior entre aquelas que não planejaram a gravidez (RP: 1,47; IC 95%: 1,07-2,03; p: 0,019).
	Não recebimento de orientações sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto	Menor prevalência entre mulheres que possuíam escolaridade média ou superior (RP: 0,48; IC 95%: 0,35-0,67; p: <0,001) e renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,47; IC 95%: 0,33-0,66; p: <0,001), e maior prevalência entre aquelas que residiam na zona rural (RP: 1,57; IC 95%: 1,14-2,17; p: 0,006) e sem

## RESULTADOS

		trabalho remunerado (RP: 1,86; IC 95%: 1,28-2,69; p: 0,001).
	Não recebimento de orientações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida	Maior prevalência entre mulheres que não possuíam trabalho remunerado (RP: 1,52; IC 95%: 1,05-2,18; p: 0,024).
<b>Assistência ao parto</b>	Peregrinação no anteparto	Maior prevalência entre mulheres que não estudaram ou possuíam ensino fundamental (RP: 1,91; IC 95%: 1,34-2,72; p: <0,001) e com renda familiar total igual ou menor a um salário mínimo (RP: 1,88; IC 95%: 1,28-2,76; p: 0,001), e menor prevalência entre aquelas que possuíam trabalho remunerado (RP: 0,52; IC 95%: 0,34-0,81; p: 0,004).
	Não teve acompanhante em todos os momentos da parturição	Menor prevalência entre mulheres com raça/cor da pele autorreferida branca ou amarela (RP: 0,52; IC 95%: 0,30-0,88; p: 0,013), com trabalho remunerado (RP: 0,50; IC 95%: 0,32-0,77; p: 0,002) e cujo parceiro(a) também participou das consultas de pré-natal da gestante (RP: 0,63; IC 95%: 0,42-0,93; p: 0,024), e maior entre mulheres que não estudaram ou possuíam ensino fundamental (RP: 1,77; IC 95%: 1,24-2,52; p: 0,002) e possuíam renda familiar total igual ou menor a um salário mínimo (RP: 1,61; IC 95%: 1,11-2,35; p: 0,013).
	Decisão final pela via de parto não compartilhada com a gestante na maternidade	Menor prevalência entre mulheres com idade $\geq 20$ anos (RP: 0,58; IC 95%: 0,38-0,87; p: 0,012) e não primigestas (RP: 0,60; IC 95%: 0,42-0,86; p: 0,007).
	Insatisfação da parturiente com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimentos de dúvidas	Menor prevalência entre mulheres com escolaridade média ou superior à época da pesquisa (RP: 0,71; IC 95%: 0,52-0,97; p: 0,034).
<b>Assistência ao nascimento</b>	Não recebimento de informações sobre os procedimentos realizados com o filho(a) logo após o nascimento	Maior prevalência entre mulheres da zona rural (RP: 1,69; IC 95%: 1,24-2,32; p: 0,001), sem trabalho remunerado (RP: 1,87; IC 95%: 1,37-2,65; p: <0,001) e que referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais

## RESULTADOS

		para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,79; IC 95%: 1,31-2,45; p: <0,001), e menor prevalência entre aquelas que possuíam escolaridade média ou superior (RP: 0,61; IC 95%: 0,44-0,83; p: 0,003), com renda familiar total maior que um salário mínimo (RP: 0,70; IC 95%: 0,51-0,97; p: 0,035), que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal (RP: 0,55; IC 95%: 0,36-0,83; p: 0,005) e que tiveram acompanhante em todos os momentos da parturição (RP: 0,59; IC 95%: 0,41-0,85; p: 0,005).
	Não houve contato pele a pele na primeira hora de vida entre mãe e filho(a)	Menor prevalência entre mulheres que residiam em casas com quatro ou mais pessoas (RP: 0,68; IC 95%: 0,48-0,97; p: 0,041) e que tiveram a presença de acompanhante em todos os momentos da parturição (RP: 0,47; IC 95%: 0,32-0,68; p: <0,001), e maior prevalência entre aquelas insatisfeitas com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,63; IC 95%: 1,15-2,32; p: 0,007).
	Não houve amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido	Maior prevalência entre mulheres com escolaridade média ou superior (RP: 1,49; IC 95%: 1,09-2,03; p: 0,012), que não planejaram a gestação atual (RP: 1,49; IC 95%: 1,09-2,04; p: 0,014) e referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,49; IC 95%: 1,09-2,03; p: 0,012), e menor prevalência entre aquelas que residiam em casas com quatro ou mais pessoas (RP: 0,58; IC 95%: 0,42-0,79; p: 0,001) e primigestas (RP: 0,66; IC 95%: 0,47-0,92; p: 0,016).
	Não recebimento de orientações na maternidade sobre a higiene do recém-nascido	Maior prevalência entre mulheres sem trabalho remunerado (RP: 1,72; IC 95%: 1,18-2,52; p: 0,004), que iniciaram tardiamente o pré-

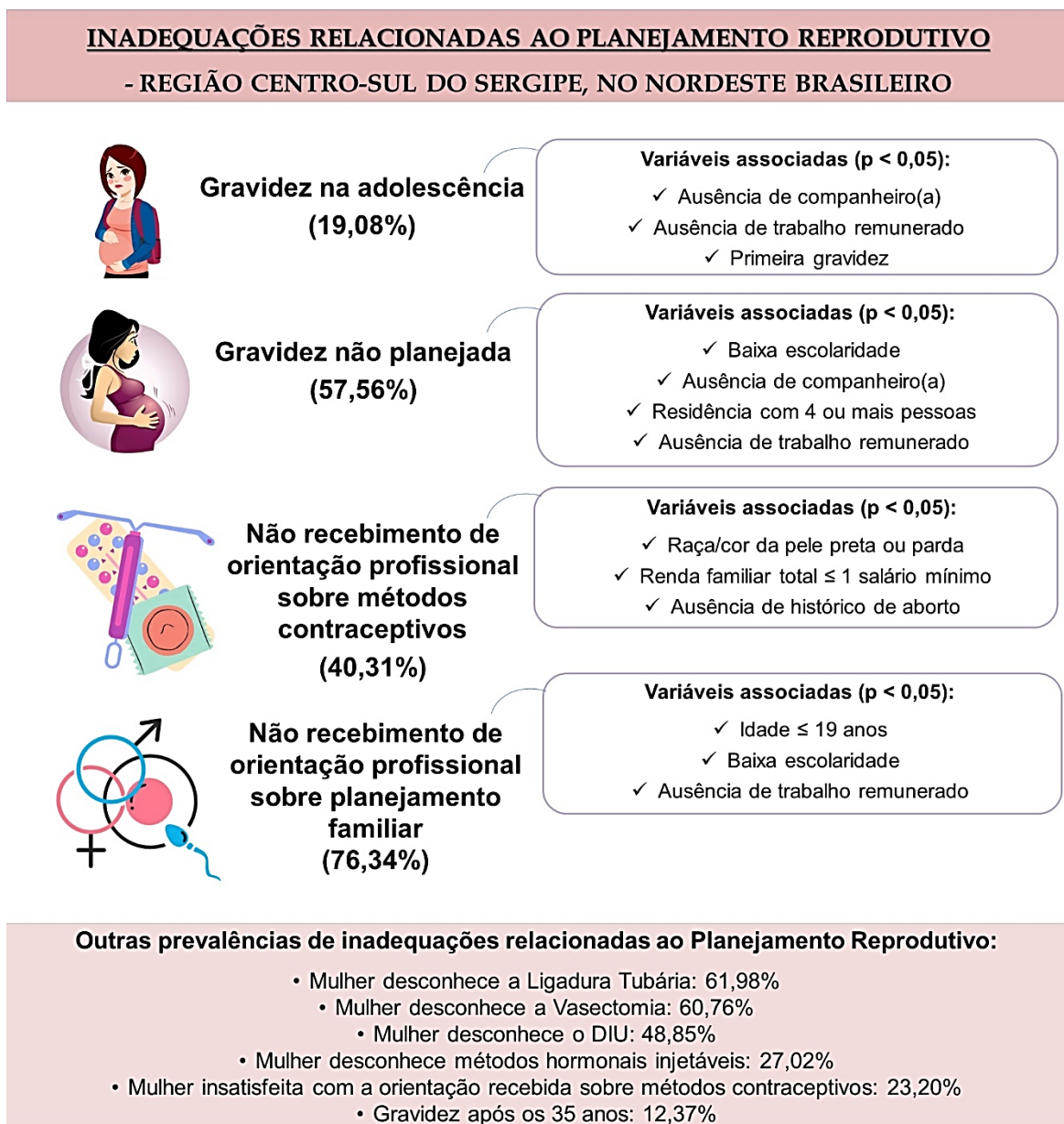


		natal (RP: 1,61; IC 95%: 1,08-2,39; p: 0,018) e insatisfeitas com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na maternidade (RP: 1,63; IC 95%: 1,16-2,25; p: 0,004).
--	--	--

Elaborado pelo autor.

## 6.3 Síntese didática dos resultados descritivos e inferenciais

Figura 12 – Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas ao planejamento reprodutivo



Elaborada pelo autor.

Notação: Síntese dos resultados da presente Tese. Figuras obtidas em Canva e Depositphotos.

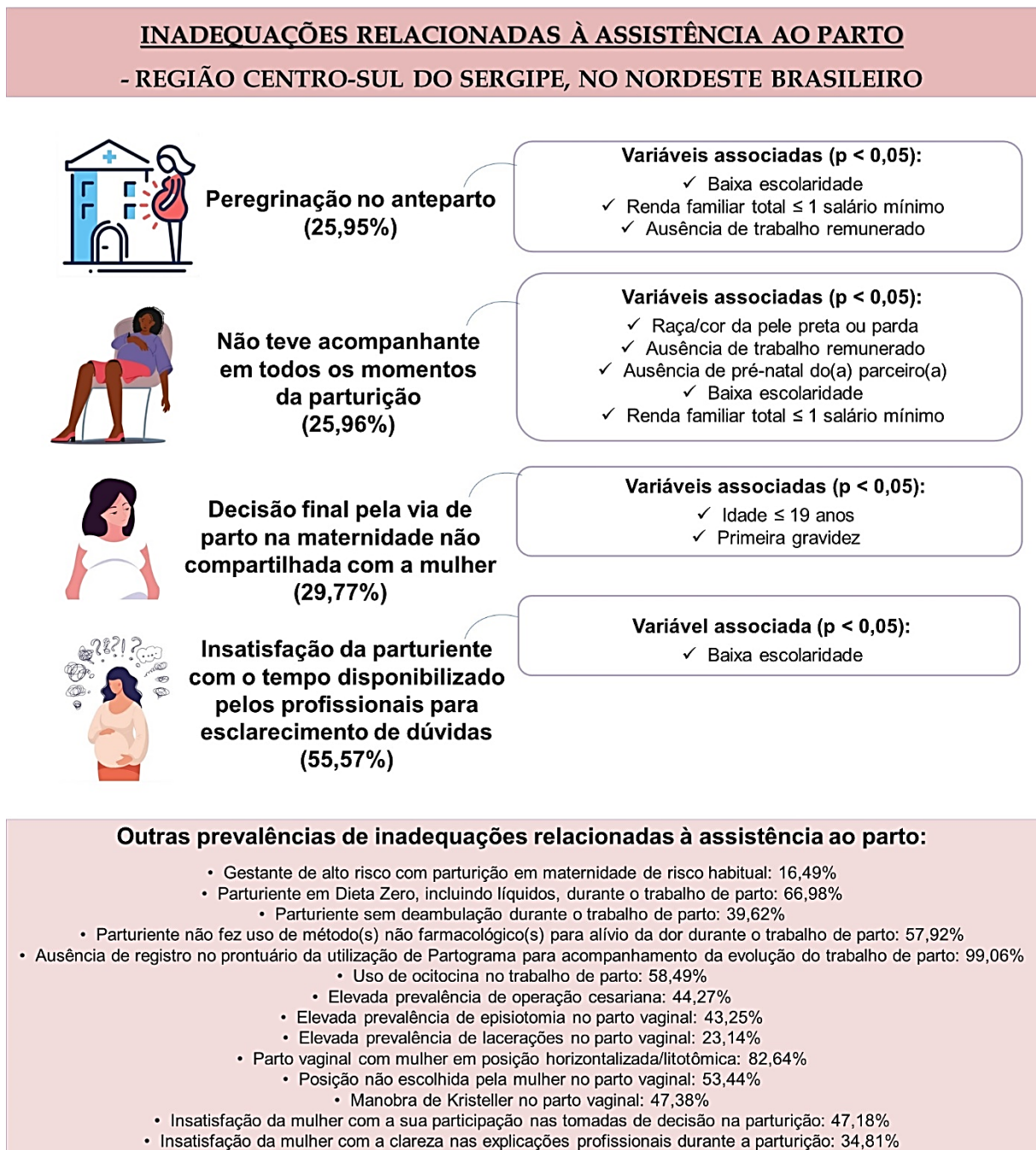
Figura 13 – Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas à assistência pré-natal



Elaborada pelo autor.

Notação: Síntese dos resultados da presente Tese. Figuras obtidas em Canva e Depositphotos.

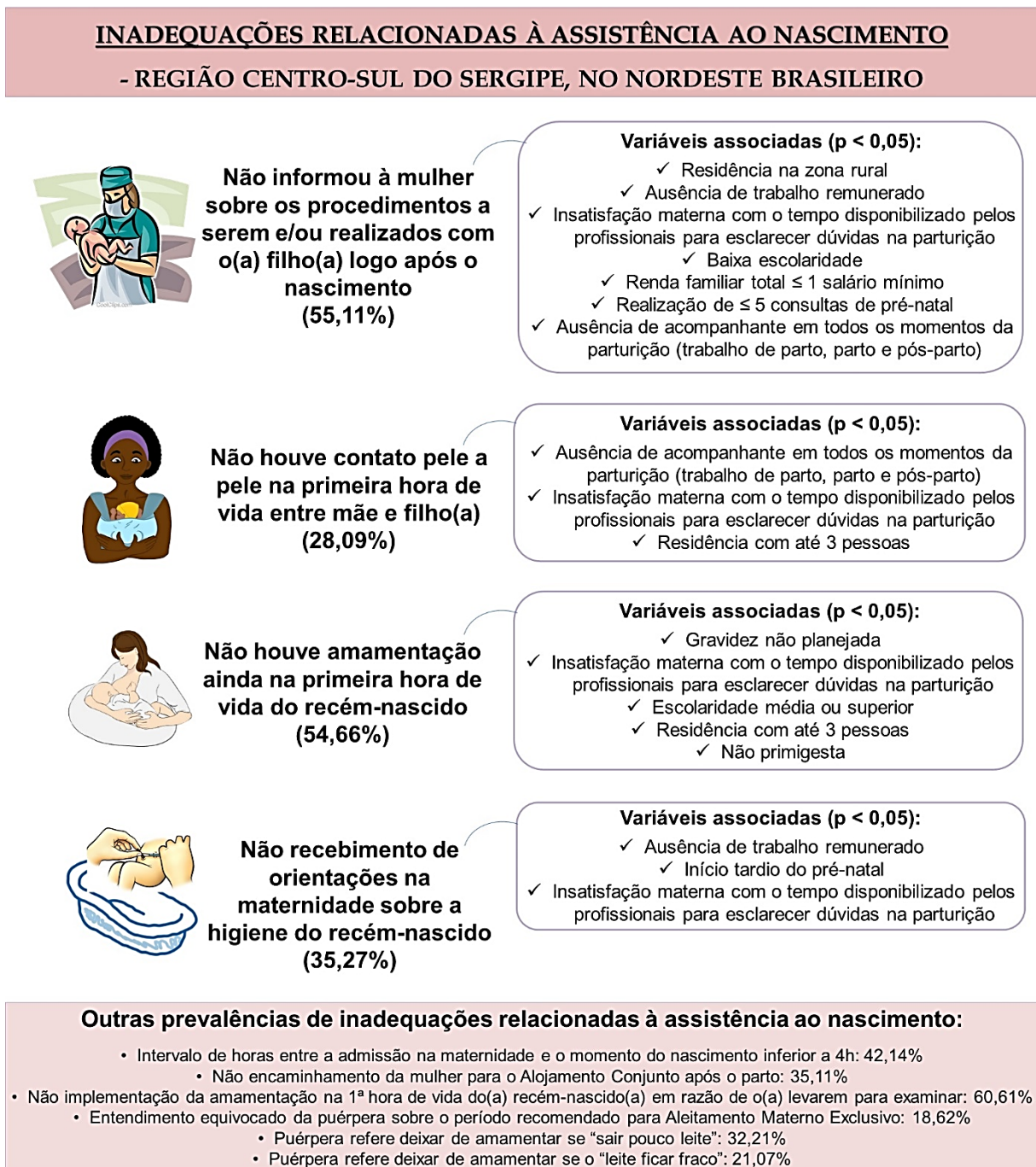
Figura 14 – Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas à assistência ao parto



Elaborada pelo autor.

Notação: Síntese dos resultados da presente Tese. Figuras obtidas em Canva e Depositphotos.

Figura 15 – Infográfico das prevalências e associações de inadequações relacionadas à assistência ao nascimento



Elaborada pelo autor.

Notação: Síntese dos resultados da presente Tese. Figuras obtidas em Canva, Depositphotos e CoolClips.

## **6.4 Apresentação da proposta de Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN)**

A MAPSUS-PRPPN está disponibilizada nas páginas 232 a 235 como proposta preliminar e viável para avaliação de processo relacionada à adequação / qualidade de todo o período gravídico-puerperal em territórios brasileiros, incluindo o planejamento reprodutivo. A seguir, descreve-se, nas subseções 6.4.1 e 6.4.2, uma introdução à ferramenta e as instruções para sua utilização, respectivamente.

### **6.4.1 Introdução à MAPSUS-PRPPN**

A Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN) foi elaborada pelo autor da presente Tese de Doutorado Direto, e apresentada ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Sua construção ocorreu sob a orientação da Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, que é Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, com graduação em Enfermagem (EERP-USP), Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal (EERP-USP), Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal (EE-USP), Doutorado em Ciências no PPG Enfermagem em Saúde Pública (EERP-USP) e Pós-Doutorado na University of Alberta, na área de Enfermagem Neonatal.

A MAPSUS-PRPPN é uma ferramenta que objetiva avaliar globalmente a adequação da assistência à saúde materno-infantil em territórios brasileiros, tendo como público-alvo puérperas de qualquer idade – idade da mulher não pode ser critério de exclusão em estudos que desejarem utilizar a MAPSUS-PRPPN porque provocaria viés no 1º indicador da Dimensão I (Planejamento Reprodutivo) –, cuja realização do pré-natal, parto e nascimento ocorreram, integral (100%) ou em sua maior parte (51% ou mais), no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua idealização ocorreu à luz do referencial Donabedian (2003), com indicadores de adequação elaborados a partir de dispositivos legais e recomendações do Ministério da Saúde do Brasil sobre planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência ao nascimento.

A MAPSUS-PRPPN possui um total de 50 indicadores de adequação, distribuídos entre quatro dimensões avaliativas e interligadas: Dimensão I (Planejamento Reprodutivo – 7 indicadores), Dimensão II (Assistência Pré-natal – 23 indicadores), Dimensão III (Assistência ao Parto – 11 indicadores) e Dimensão IV (Assistência ao Nascimento – 9 indicadores), contendo, para cada indicador, o seu respectivo método de cálculo. Estabeleceu-se ainda, para cálculo do Índice Final de Adequação (IFA) (varia de 0 a 10), o mesmo peso (2,5) para as quatro dimensões, conforme apresentado na matriz (páginas 232 a 235).

Assim, após o devido preenchimento desta ferramenta, pode-se atribuir um julgamento final sobre a magnitude da adequação do Planejamento Reprodutivo, Assistência Pré-natal, Assistência ao Parto e Assistência ao Nascimento, a partir do valor obtido no IFA, tendo como base os seguintes escores: “Adequação ideal” (se IFA com resultado igual ou maior que 8), “Adequação regular” (se IFA com resultado entre 6 e 7,9), “Adequação insuficiente” (se IFA com resultado entre 5 e 5,9) e “Inadequada” (se IFA com resultado igual ou menor que 4,9).

Ressalta-se que a MAPSUS-PRPPN possui como público-alvo puérperas de qualquer idade cuja realização do pré-natal, parto e nascimento ocorreram, integral (100%) ou em sua maior parte (51% ou mais), no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa destinação foi motivada pelas competências e responsabilidades legais que os diferentes níveis de gestão destes serviços no âmbito do SUS possuem na saúde materno-infantil do país, estabelecidas em dispositivos como Resoluções, Portarias, Leis, Programas ou Políticas Públicas do Ministério da Saúde.

As referências utilizadas na determinação dos indicadores de adequação da MAPSUS-PRPPN foram: BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1996. BRASIL. **Portaria GM n.º 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência

no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 1 – Cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. BRASIL. **Manual de gestão de alto risco**. Departamento de Ações Programáticas. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Torna-se pertinente mencionar que os indicadores de adequação da MAPSUS-PRPPN também atendem, direta ou indiretamente, aos pressupostos de boas práticas assistenciais e de humanização do cuidado à saúde materno-infantil, presentes em importantes iniciativas do Ministério da Saúde, em especial no Método Canguru, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, Rede Cegonha, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Cuidado Amigo da Mulher e HumanizaSUS, dentre outras correlatas.

## 6.4.2 Instruções para utilização da MAPSUS-PRPPN

A MAPSUS-PRPPN é uma ferramenta de fácil utilização, sendo necessário, apenas, o preenchimento do resultado de cada indicador avaliado mediante o seu respectivo método de cálculo, além de alguns espaços ao final de cada dimensão, todos estes com campo em fundo branco para facilitar a identificação na matriz.

Todavia, para a construção de banco de dados nos moldes aplicáveis à matriz, além de debruçar-se sobre a mesma para conhecimento de quais dados precisam ser obtidos em cada dimensão na sua pesquisa, e também de atentar-se ao público-alvo, recomenda-se que a coleta de dados ocorra no período de puerpério imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), sendo preferível, que inclua a puérpera ainda na

maternidade, desde que respeitado o intervalo mínimo de 6h após o parto vaginal ou a operação cesariana. Ademais, sugere-se a realização de entrevista ou autopreenchimento de questionário (dados primários), e também a consulta ao cartão ou caderneta das gestantes para verificação dos exames realizados durante o pré-natal (dados secundários). O instrumento de coleta de dados da presente tese de Doutorado Direto, disposto no Apêndice A, pode ser útil nesse processo, desde que realizados alguns acréscimos à luz dos indicadores da MAPSUS-PRPPN.

Assim, após a obtenção e organização dos dados nos moldes supracitados, basta atentar-se ao método de cálculo de cada um dos 50 indicadores de adequação, para em seguida, calcular o Percentual Médio de Adequação de cada dimensão (somatório de todos os percentuais dos indicadores da dimensão avaliada e divisão desta soma pela quantidade de indicadores da dimensão) e o Resultado de cada dimensão avaliativa no Índice Final de Adequação ( $2,5 \div 100 = 0,025 \times$  Valor do Percentual Médio de Adequação da dimensão avaliada). Por fim, a partir da soma dos Resultados das quatro dimensões avaliativas, conclui-se o valor do IFA da MAPSUS-PRPPN, e torna-se possível determinar, assim, a existência de “Adequação ideal” (se IFA com resultado igual ou maior que 8), “Adequação regular” (se IFA com resultado entre 6 e 7,9), “Adequação insuficiente” (se IFA com resultado entre 5 e 5,9) e “Inadequada” (se IFA com resultado igual ou menor que 4,9).

### 6.4.3 Apresentação da versão preliminar da MAPSUS-PRPPN

Apresenta-se, nas páginas 232 a 235 a versão preliminar da Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN). Se utilizada, referenciá-la da seguinte forma:

SANTOS, J. M. J.; LEITE, A. M. Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN). In: SANTOS, J. M. J. **Planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento numa região do nordeste brasileiro: análise da realidade e proposta de matriz de avaliação**. Tese (Doutorado Direto no PPG Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022. p. 232-235.



## Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN)

Dimensões avaliativas	Indicadores de adequação	Método de cálculo	Resultado do indicador %	Peso no Índice Final de Adequação
Dimensão I Planejamento Reprodutivo	1) Percentual de gestantes com idade entre 20 e 34 anos	$\frac{\text{Gestantes com idade entre 20 e 34 anos}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		2,5
	2) Percentual de gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, já haviam recebido orientações sobre Métodos Contraceptivos (definitivos E de barreira E hormonais) por parte de profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)	$\frac{\text{Gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Métodos Contraceptivos por parte de profissional de saúde da APS}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		
	3) Percentual de gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Planejamento Familiar por parte de profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)	$\frac{\text{Gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Planejamento Familiar por parte de profissional de saúde da APS}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		
	4) Percentual de gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por parte de profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS)	$\frac{\text{Gestantes que, antes de iniciar o pré-natal, receberam orientações sobre IST por parte de profissional de saúde da APS}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		
	5) Percentual de gestantes cuja gravidez foi planejada	$\frac{\text{Gestantes cuja gravidez foi planejada}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		
	6) Percentual de gestantes que se sentiram satisfeitas e/ou felizes ao descobrirem a gravidez atual	$\frac{\text{Gestantes que se sentiram satisfeitas e/ou felizes ao descobrirem a gravidez atual}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		
	7) Percentual de gestantes que realmente gostariam de ter engravidado neste momento da vida (percepção em relação ao tempo)	$\frac{\text{Gestantes que realmente gostariam de ter engravidado neste momento da vida}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		
<p><b>Percentual Médio de Adequação do Planejamento Reprodutivo (Dimensão I) =</b>  Método de cálculo do Percentual Médio: soma dos percentuais dos 7 indicadores ÷ 7</p>				
<p><b>Resultado da Dimensão I para o Índice Final de Adequação da MAPSUS-PRPPN =</b>  Método de cálculo do Resultado da Dimensão I: <math>(2,5 \div 100) \times</math> Percentual Médio de Adequação da Dimensão I</p>				
Dimensão II Assistência Pré-natal	8) Percentual de gestantes que realizaram o pré-natal na gravidez atual	$\frac{\text{Gestantes que realizaram o pré-natal na gravidez atual}}{\text{Total de gestantes avaliadas}} \times 100$		2,5
	9) Percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional (até a 13ª semana ou 3º mês de gravidez)	$\frac{\text{Gestantes que iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$		
	10) Percentual de gestantes com realização de seis ou mais consultas de pré-natal	$\frac{\text{Gestantes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$		
	11) Percentual de gestantes cujo parceiro(a), quando houver, também participou das consultas de pré-natal (parcial ou integralmente)	$\frac{\text{Gestantes cujo parceiro(a), quando houver, também participou das consultas de pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$		
	12) Percentual de gestantes que receberam a classificação de risco ginecológico e obstétrico na primeira consulta de pré-natal (risco habitual, médio)	$\frac{\text{Gestantes que receberam a classificação de risco ginecológico e obstétrico na 1ª consulta}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$		

	ou alto – trata-se de processo dinâmico e contínuo)		
	<b>13) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre sinais de risco / alerta na gravidez</b>	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre sinais de risco / alerta na gravidez}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>14) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre como inicia o trabalho de parto</b>	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre como inicia o trabalho de parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>15) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre a maternidade de referência para o parto</b>	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>16) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre atividades para facilitar o parto (deambulação E posicionamentos E formas de alívio da dor)</b>	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre atividades para facilitar o parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>17) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre aleitamento materno / amamentação</b>	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre aleitamento materno/amamentação}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>18) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, foram orientadas sobre as vantagens e as desvantagens de cada tipo de parto</b>	$\frac{\text{Gestantes orientadas no pré-natal sobre vantagens e desvantagens de cada tipo de parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>19) Percentual de gestantes que receberam o Cartão ou Caderneta da Gestante no início do pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes que receberam o cartão ou caderneta da gestante no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$	
	<b>20) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta o registro de ultrassonografia no início do pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta registro de ultrassonografia no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	
	<b>21) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta o registro de ABO-Rh no início do pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta registro de ABO-Rh no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	
	<b>22) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta o registro de toxoplasmose no início do pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta registro de toxoplasmose no início do pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	
	<b>23) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de hemograma durante o pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{ dois exames de hemograma durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	
	<b>24) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de HBsAg durante o pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{ dois exames de HBsAg durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	
	<b>25) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de Urina rotina (EAS) durante o pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{ dois exames de Urina rotina durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	
	<b>26) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de Glicemia jejum durante o pré-natal</b>	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{ dois exames de Glicemia jejum durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$	

# RESULTADOS

	27) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de VDRL durante o pré-natal	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de VDRL durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$		
	28) Percentual de gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta dois ou mais exames de HIV durante o pré-natal (Teste rápido ou Anti-HIV)	$\frac{\text{Gestantes cujo cartão ou caderneta apresenta } \geq \text{dois exames de HIV durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal e receberam o cartão ou caderneta da gestante}} \times 100$		
	29) Percentual de gestantes que, durante o pré-natal, tiveram acompanhamento odontológico (uma ou mais consultas)	$\frac{\text{Gestantes que, durante o pré-natal, tiveram acompanhamento odontológico}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$		
	30) Percentual de gestantes que, junto ao profissional de saúde do pré-natal, construíram um plano de parto	$\frac{\text{Gestantes que, junto ao profissional de saúde do pré-natal, construíram um plano de parto}}{\text{Total de gestantes avaliadas que fizeram pré-natal}} \times 100$		
<b>Percentual Médio de Adequação da Assistência Pré-natal (Dimensão II) =</b>				
Método de cálculo do Percentual Médio: soma dos percentuais dos 23 indicadores ÷ 23				
<b>Resultado da Dimensão II para o Índice Final de Adequação / Qualidade da MAPSUS-PRPPN =</b>				
Método de cálculo do Resultado da Dimensão II: (2,5 ÷ 100) x Percentual Médio de Adequação da Dimensão II				
Dimensão III Assistência ao Parto	31) Percentual de parturientes que não precisaram procurar outro(s) estabelecimento(s) para ter o parto antes de conseguir nesta maternidade (referente à peregrinação no anteparto)	$\frac{\text{Parturientes que não precisaram procurar outro(s) estabelecimento(s) para ter o parto antes de conseguir nesta maternidade}}{\text{Total de parturientes avaliadas}} \times 100$		2,5
	32) Percentual de parturientes que tiveram o(a) acompanhante de sua escolha na maternidade (em alguns ou todos momentos)	$\frac{\text{Parturientes que tiveram o(a) acompanhante de sua escolha na maternidade}}{\text{Total de parturientes avaliadas}} \times 100$		
	33) Percentual de parturientes que, se entrou em trabalho de parto, ingeriram, no mínimo, líquidos (inclui soluções isotônicas e água)	$\frac{\text{Parturientes que, durante o trabalho de parto, ingeriram, no mínimo, líquidos}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$		
	34) Percentual de parturientes que, se entrou em trabalho de parto, deambularam na maternidade	$\frac{\text{Parturientes que deambularam durante o trabalho de parto na maternidade}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$		
	35) Percentual de parturientes que, se entrou em trabalho de parto, utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor (ao menos um deles)	$\frac{\text{Parturientes que, durante o trabalho de parto, utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$		
	36) Percentual de parturientes que tiveram a evolução de seu trabalho de parto acompanhada por meio de partograma	$\frac{\text{Parturientes que tiveram a evolução do trabalho de parto acompanhada por meio de partograma}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$		
	37) Percentual de parturientes que, durante o trabalho de parto avançado e/ou parto vaginal, não receberam apertos/pressões com certa força na barriga e/ou subiram na barriga (manobra de Kristeller)	$\frac{\text{Parturientes que, durante o trabalho de parto avançado e/ou parto vaginal, não receberam apertos/pressões com certa força na barriga e/ou subiram na barriga}}{\text{Total de parturientes avaliadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido}} \times 100$		
	38) Percentual de puérperas que utilizaram posição verticalizada no parto vaginal	$\frac{\text{Puérperas que utilizaram posição verticalizada no parto vaginal}}{\text{Total de puérperas avaliadas e cujo parto foi por via vaginal}} \times 100$		

	39) Percentual de puérperas que não sofreram episiotomia no parto vaginal espontâneo	$\frac{\text{Puérperas que não sofreram episiotomia no parto vaginal espontâneo}}{\text{Total de puérperas avaliadas e cujo parto foi por via vaginal}} \times 100$		
	40) Percentual de puérperas que tiveram o(a) acompanhante durante a operação cesariana e cujo procedimento foi devidamente explicado à mulher para tranquilizá-la	$\frac{\text{Puérperas que tiveram o(a) acompanhante durante a cesariana e cuja operação foi devidamente explicada à mulher para tranquilizá-la}}{\text{Total de puérperas avaliadas e cujo parto ocorreu por via cirúrgica}} \times 100$		
	41) Percentual de puérperas que consideram não ter sofrido qualquer tipo de violência na maternidade, seja verbal e/ou psicológica e/ou física	$\frac{\text{Puérperas que consideraram não ter sofrido qualquer tipo de violência na maternidade, seja verbal e/ou psicológica e/ou física}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
<b>Percentual Médio de Adequação da Assistência ao Parto (Dimensão III) =</b> Método de cálculo do Percentual Médio: soma dos percentuais dos 11 indicadores ÷ 11				
<b>Resultado do Dimensão III para o Índice Final de Adequação da MAPSUS-PRPPN =</b> Método de cálculo do Resultado do Dimensão III: $(2,5 \div 100) \times$ Percentual Médio de Adequação do Dimensão III				
Dimensão IV Assistência ao Nascimento	42) Percentual de puérperas cujos partos ocorreram entre 37 a 42 semanas de gestação	$\frac{\text{Puérperas cujos partos ocorreram entre 37 a 42 semanas de gestação}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		2,5
	43) Percentual de puérperas que, logo após o nascimento, receberam informação do profissional de saúde sobre os procedimentos realizados no(a) seu(a) filho(a)	$\frac{\text{Puérperas que, logo após o parto/nascimento, o(a) profissional de saúde informou quais procedimentos iriam ser/foram realizados no bebê}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	44) Percentual de puérperas que tiveram contato pele a pele com seu(a) filho(a) logo após o nascimento (ainda na 1ª hora)	$\frac{\text{Puérperas que tiveram contato pele a pele com seu(a) filho(a) logo após o nascimento (ainda na 1ª hora de vida)}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	45) Percentual de puérperas que foram encaminhadas para o alojamento conjunto	$\frac{\text{Puérperas que foram encaminhadas para o alojamento conjunto}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	46) Percentual de puérperas que amamentaram seu filho na primeira hora de vida	$\frac{\text{Puérperas que amamentaram seu(a) filho(a) na primeira hora de vida}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	47) Percentual de puérperas que receberam orientações na maternidade sobre o banho do recém-nascido	$\frac{\text{Puérperas que foram orientadas na maternidade sobre o banho de recém-nascido}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	48) Percentual de puérperas que receberam orientações na maternidade sobre cuidados com o coto umbilical	$\frac{\text{Puérperas que foram orientadas na maternidade sobre cuidados com o coto umbilical}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	49) Percentual de puérperas que pretendem amamentar seu(a) filho(a) exclusivamente com leite materno até o 6º mês de vida	$\frac{\text{Puérperas que pretendem amamentar seu(a) filho(a) exclusivamente com leite materno até o 6º mês de vida}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	50) Percentual de puérperas orientadas, antes ou após o parto, sobre a importância da consulta puerperal na APS	$\frac{\text{Puérperas orientadas, antes ou após o parto, sobre a importância da consulta puerperal na APS}}{\text{Total de puérperas avaliadas}} \times 100$		
	<b>Percentual Médio de Adequação da Assistência ao Parto (Dimensão IV) =</b> Método de cálculo do Percentual Médio: soma dos percentuais dos 9 indicadores ÷ 9			
<b>Resultado da Dimensão IV para o Índice Final de Adequação da MAPSUS-PRPPN =</b> Método de cálculo do Resultado da Dimensão IV: $(2,5 \div 100) \times$ Percentual Médio de Adequação do Dimensão IV				
<b>Índice Final de Adequação (IFA) da MAPSUS-PRPPN = 0 a 10</b> Método de cálculo: somatório do resultado das quatro dimensões para o IFA				<b>Resultado do IFA:</b>  _____
<b>Julgamento do IFA da MAPSUS-PRPPN: Adequação ideal:</b> IFA igual ou maior que 8; <b>Adequação regular:</b> IFA entre 6 e 7,9; <b>Adequação insuficiente:</b> IFA entre 5 e 5,9; <b>Inadequada:</b> IFA igual ou menor que 4,9				

Como referenciar: SANTOS, J. M. J.; LEITE, A. M. Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento (MAPSUS-PRPPN). In: SANTOS, J. M. J. Planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento numa região do nordeste brasileiro: análise da realidade e proposta de matriz de avaliação. Tese (Doutorado Direto no PPG Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022. pp. 232-235.

## DISCUSSÃO

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 7 DISCUSSÃO

Foram evidenciadas prevalências significativas de inadequações assistenciais relacionadas ao Planejamento Reprodutivo, Assistência Pré-natal, Assistência ao Parto e Assistência ao Nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro, e suas respectivas variáveis associadas, nas quais observou-se predomínio de inadequações entre mulheres com condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, conforme disposto nas subseções abaixo. Nesse sentido, para melhor compreensão, organizou-se a presente discussão a partir das seguintes temáticas: planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento.

### 7.1 Discussão: Planejamento reprodutivo

Planejamento Reprodutivo (PR) é uma terminologia recentemente adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil em ampliação do olhar voltado ao Planejamento Familiar (PF), por entender que o termo PR é mais abrangente quanto aos direitos sexuais e reprodutivos humanos que o PF. Com isso, o planejamento familiar passa a ser entendido como um destes direitos do planejamento reprodutivo, mantendo o seu papel de assegurar ao homem, mulher ou casal a possibilidade de escolher livre e conscientemente o número de filhos que quer ter, quando tê-los e o espaçamento entre eles, usando, para isso método contraceptivos (SANTOS *et al.*, 2019).

O planejamento reprodutivo, enquanto política de saúde pública, com foco especial na adolescência e juventude, não se faz dispensando o debate sobre gênero, sexualidade, racismo, violência de gênero nas escolas, na formação universitária, na mídia, tampouco sem ampla distribuição de preservativos em locais de sociabilidade juvenil, de contracepção de emergência, da provisão dos demais métodos contraceptivos (definitivos ou temporários, que por sua vez incluem métodos de barreira e hormonais orais e injetáveis) e do acesso ao aborto seguro, livre de aprovação do cônjuge, apoiando tais jovens em suas decisões. Deve-se resguardar, assim, os princípios éticos de respeito à integridade e à autonomia pessoal, sem qualquer constrangimento por parte de profissionais de saúde nestes processos (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Entende-se que a atuação dos profissionais de saúde em relação ao planejamento reprodutivo envolve, dentre outros aspectos, a realização de ações de

educação em saúde voltadas à população, aconselhamentos sobre contracepção e planejamento familiar individualizado, em conjunto e/ou coletivamente, a oferta e a orientação sobre os diferentes métodos contraceptivos, em especial os disponíveis no Sistema Único de Saúde, e demais atividades que contribuam para práticas sexuais e reprodutivas mais saudáveis. A orientação sobre métodos contraceptivos deve abordar as vantagens e desvantagens de cada método, sua elegibilidade e contraindicações, eficácia/efetividade/segurança, mecanismo de ação, efeitos adversos, modo de uso, entre outros assuntos correlatos, além de existir a abertura de espaços para dúvidas/questionamentos eventuais do(a) usuário(a).

Nesse contexto, dentre as inadequações assistenciais relacionadas ao planejamento reprodutivo na Região Centro-Sul do Sergipe, cita-se a gravidez não planejada, gravidez na adolescência, não recebimento ou insatisfação com a orientação profissional recebida sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar, seja antes e/ou durante e/ou após a gestação atual, e desconhecimento da mulher sobre o que é a Ligadura Tubária, Vasectomia, DIU e hormonais injetáveis.

A prevalência de gravidez não planejada foi de 57,56%, sobretudo entre mulheres com baixa escolaridade, sem companheiro(a), que residem com 4 ou mais pessoas e não possuem trabalho remunerado. Esse resultado corrobora o achado de um estudo de abrangência nacional, no qual evidenciou-se que mais da metade dos nascimentos ocorre de forma não planejada nas cinco Regiões do Brasil (VIELLAS *et al.*, 2014). Dentre outras deficiências, cita-se a oferta limitada de métodos contraceptivos, espaço físico inadequado dos serviços de saúde para a realização de orientações e a ausência ou poucas atividades de educação permanente sobre anticoncepção voltadas aos profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

Ademais, essa problemática não é restrita aos países em desenvolvimento, tendo em vista que uma proporção considerável das unidades de saúde internacionais também não possui e/ou não segue protocolos de planejamento reprodutivo (ROBBINS *et al.*, 2017). Nos Estados Unidos, a exemplo, estima-se que 51% dos 6 milhões de nascimentos por ano ocorram de forma não planejada (ACOG, 2018). Em 28 estados e no distrito da Columbia, mais da metade das gestações também ocorre sem planejamento. As maiores taxas de gravidez não planejada no mundo foram observadas em Delaware (62%) e no Havaí (61%) (KOST, 2015).

A gravidez na adolescência, por sua vez, representou 19,08% das mulheres entrevistadas, sendo compreendida como uma das principais associações à

prematuridade, inclusive com maior risco de complicações obstétricas e de morbimortalidades materna e neonatal (ALMEIDA *et al.*, 2020). Ademais, observou-se maior prevalência desta problemática entre mulheres sem companheiro(a), sem trabalho remunerado e primigestas. Essa constatação está de acordo com Martinez e Rosa (2020), que trazem uma forte associação entre a gravidez na adolescência e as características ambientais, de forma que adolescentes que vivem em ambientes de alta vulnerabilidade apresentam maior risco de gravidez precoce. Reforça-se, assim, que a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública multidimensional, que requer atuação intersetorial e multidisciplinar.

Quanto ao não recebimento de orientação profissional sobre métodos contraceptivos, tal fato foi referido por 40,31% das participantes, principalmente entre mulheres com raça/cor da pele preta ou parda, com renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo e sem histórico de aborto. Ademais, quando houve esta orientação, 23,20% das mulheres referiram insatisfação quanto à abrangência de seu conteúdo e abordagem. Neste aspecto, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* reforça a importância do acesso precoce das mulheres ao planejamento reprodutivo, e incentiva obstetras, ginecologistas e outros profissionais da área da saúde a usarem quaisquer atendimentos na saúde da mulher como oportunidades de conversa e aconselhamento sobre anticoncepção (ACOG, 2018). É pertinente, portanto, que as consultas de pré-natal também sejam vistas, pelos profissionais de saúde, como momentos estratégicos para a prevenção da recorrência de gravidez não planejada e/ou indesejada, abordando, com profundidade, os diferentes métodos contraceptivos disponíveis no Sistema Único de Saúde: definitivos (esterilização) ou temporários (reversíveis), que por sua vez incluem métodos de barreira e hormonais orais e injetáveis (RENAME, 2022).

Resultado ainda mais preocupante foi identificado em relação às orientações sobre planejamento familiar, que segundo a Lei nº 9.263/1996 compreende o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantam direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. No presente estudo, 76,34% das mulheres entrevistadas referiram não ter recebido orientações nesse sentido por parte de profissional de saúde, sobretudo entre adolescentes, com baixa escolaridade e sem trabalho remunerado. Ressalta-se que tal problemática também é encontrada em outros países. Na África do Sul, há autonomia limitada das mulheres na contracepção e planejamento familiar, em especial na escolha do método



de sua preferência, ausência de aconselhamentos/trocas de informações entre mulheres e profissionais, além de infraestrutura precária, falta de atualização/treinamento dos profissionais e outras limitações (KRIEL *et al.*, 2021). Na Índia, estudo também evidenciou a necessidade de treinamentos entre profissionais envolvidos na contracepção e planejamento familiar (DEY *et al.*, 2021). Na Malásia, as melhores experiências em planejamento familiar foram identificadas em serviços privados (LAI *et al.*, 2021). Na Turquia, há forte preferência das mulheres por métodos tradicionais em comparação a contraceptivos modernos, além de influência de fatores religiosos neste processo e falta de envolvimento dos homens na tomada de decisões relacionadas ao planejamento familiar (KARADON *et al.* 2021).

Foi também identificado que 12,37% das mulheres entrevistadas possuíam 35 anos ou mais à época da gravidez atual. Essa é uma característica considerada pelo Ministério da Saúde do Brasil como fator de risco associado ao óbito fetal, além de ser critério para estratificação ginecológica e obstétrica, classificando tal mulher como sendo de médio risco ou risco intermediário, requerendo assim, além de acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde, apoio de equipe multiprofissional ou de ambulatório pré-natal de alto risco (BRASIL, 2022).

Alguns métodos contraceptivos apresentaram prevalências significativas de desconhecimento por parte das participantes do presente estudo, em especial a Ligadura Tubária (61,98%), a Vasectomia (60,76%), o DIU (48,85%) e até de métodos hormonais injetáveis (27,02%). Quanto aos métodos definitivos (Ligadura Tubária e Vasectomia), sabe-se que a Ligadura/Laqueadura Tubária consiste na oclusão mecânica ou ressecção parcial das trompas de Falópio, evitando a junção dos gametas e eliminando as probabilidades da fecundação. Trata-se de um método de preferência para muitos casais, sobretudo quando chegam a três ou mais filhos, e então optam pela contracepção definitiva (esterilização) (LEITE *et al.*, 2021). A Vasectomia, por sua vez, caracteriza-se pela interrupção dos dois canais deferentes masculinos, a fim de inibir a passagem dos espermatozoides dos testículos até as vesículas seminais, provocando, assim, a azoospermia (ausência de espermatozoides no sêmen) (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2020).

O Dispositivo Intrauterino (DIU) consiste em um objeto sólido de formato variável que é inserido através do colo uterino na cavidade uterina, com o objetivo de evitar a gestação, e classificados em três grupos principais: não medicados, medicados ou de cobre e hormonais. No SUS, disponibiliza-se o DIU com cobre,

(RENAME, 2022), que por sua vez consiste em um fio de prata corado com cobre. A presença de um corpo estranho e de cobre na cavidade endometrial causa mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, além de produzir modificações no muco cervical. O DIU de cobre é associado à resposta inflamatória aumentada com acréscimo de citocinas citotóxicas. O cobre é responsável pelo aumento da produção de prostaglandinas e pela inibição de enzimas endometriais, e assim, estas mudanças afetam adversamente o transporte de espermatozoides, de modo a prevenir a fertilização (FINOTTI, 2015). Acrescenta-se que o uso atual do DIU é pouco frequente (1,7%), com nível de conhecimento sobre o método maior entre mulheres com 25 a 34 anos de idade, mais escolarizadas, brancas, que usavam ou já tinham usado tal método. Ademais, o interesse em usar o DIU também é maior entre as mulheres mais jovens, com maior escolaridade, com plano de saúde, solteiras, sem filhos e com maior nível de conhecimento sobre o mesmo (BORGES *et al.*, 2020).

Em relação aos métodos hormonais injetáveis, autores ressaltam que contraceptivos injetáveis trimestrais representam métodos de longo prazo muito utilizados, sendo acessíveis a grande contingente de mulheres. São altamente eficazes e com fácil posologia, colaborando com eficiente planejamento familiar. Suas taxas de gravidez oscilam entre 0,0 e 0,7/100 mulheres por ano, sendo interessante para mulheres que não desejam ingestão de comprimidos, que apresentam contra-indicações ao uso de estrogênios, que optam por amenorreia e para as adolescentes. Ademais, as injeções intramusculares são capazes de inibir a ovulação e, também, alterar o muco cervical e o endométrio, com efeitos adversos reduzidos, destacando-se o ganho de peso, dor abdominal, cefaleia, mudança de humor e diminuição do desejo sexual. Apresenta benefícios relevantes como diminuição no risco de câncer endometrial, de câncer ovariano, de doença inflamatória pélvica e pode apresentar efeito benéfico nos sintomas da endometriose (PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015).

Ainda nesse contexto de métodos contraceptivos, cabe destacar que estudo de abrangência nacional avaliou a disponibilidade e distribuição de insumos para o planejamento reprodutivo em UBS que aderiram ao PMAQ-AB, comparando os resultados de três ciclos (2012, 2014 e 2018), e mostrou que a disponibilidade de todos os insumos aumentou de 1,5% para 10,9%, com etinilestradiol + levonorgestrel e preservativo masculino apresentando as maiores disponibilidades e o DIU a menor nos três ciclos avaliados. Ademais, somente os preservativos masculino e feminino

estiveram universalmente disponíveis nas cinco Regiões do Brasil, sendo preciso a ampliação da disponibilidade dos demais insumos, em especial do DIU e do teste rápido de gravidez. Os autores apontam a necessidade de melhor garantir a disponibilidade destes insumos no Norte e Centro-oeste (RUIVO *et al.*, 2021).

Por fim, chama-se atenção ao perfil característico de vulnerabilidade socioeconômica associado às inadequações do planejamento reprodutivo no presente estudo, especialmente entre mulheres adolescentes, com baixa escolaridade, sem companheiro(a), sem trabalho remunerado, renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo e raça/cor da pele preta ou parda. Isso corrobora a evidência de outros estudos nacionais que trazem a interferência das desigualdades sociais em indicadores de saúde materna (BELÉM *et al.*, 2021; FAVARO *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2019; 2020; SILVA; MOTTA; BELLENZANI, 2020). Tais constatações dizem respeito, também, às iniquidades sociais em saúde, isto é, às diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre os diferentes grupos populacionais, em razão das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. São desigualdades na saúde, que por sua vez devem ser reduzidas, ao máximo possível, pela combinação de políticas, programas e ações governamentais (WHO, 2018). Autores complementam que, para a resolução das iniquidades no acesso em saúde, há a necessidade de criação de instâncias intersetoriais, para além do campo da saúde, que confluam seus recursos na formulação de políticas públicas propiciadoras da garantia do gozo pleno dos direitos sociais por todas as pessoas (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

## **7.2 Discussão: Pré-natal**

O pré-natal é um cuidado de grande importância na prevenção e tratamento adequado de eventuais desfechos adversos da gravidez (HOLCOMB *et al.*, 2021), devendo ser iniciado o mais precocemente possível, com a incorporação de condutas profissionais qualificadas e acolhedoras, baseadas em recomendações atualizadas da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. No presente estudo, evidenciou-se cobertura do pré-natal na Região Centro-Sul do Sergipe de 99,69%, sobretudo no Serviço Público (85,19%), sendo 93,19% destas realizadas em Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, foram encontradas significativas inadequações assistenciais neste processo, com destaque

ao início tardio do pré-natal (no segundo ou terceiro trimestre gestacional); realização de cinco ou menos consultas; ausência do parceiro(a) da gestante nas consultas de pré-natal, ou quando presente, não houve a oferta dos serviços preconizados para o pré-natal do(a) parceiro(a); não recebimento de orientações profissionais consideradas essenciais à mulher e parceiro(a) para o período gravídico-puerperal e, com maior agravante, baixa realização de exames indicados para o primeiro e, mais ainda, para o terceiro trimestres de gravidez.

O início do pré-natal no segundo ou terceiro trimestre gestacional teve prevalência de 19,54% na Região avaliada, principalmente entre mulheres adolescentes, com baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo, sem companheiro(a), que residem com 4 ou mais pessoas, sem trabalho remunerado e que não planejaram a gestação atual. Neste aspecto, reforça-se que o início precoce do pré-natal favorece, em tempo oportuno, o diagnóstico e tratamento/manejo de eventuais agravos e/ou fatores de risco no desenvolvimento da gestação e/ou parturição, que por sua vez representariam complicações para o binômio mãe-filho, tais como a hipertensão arterial, diabetes, anemia, infecção por sífilis e/ou HIV, entre outras possíveis problemáticas (VAICHULONIS *et al.*, 2021). No Brasil, para ampliar a captação precoce de gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria Unidade Básica de Saúde da área de abrangência da mulher, acelerando o processo para a confirmação da gravidez e o imediato início do pré-natal. Chama-se atenção, também, aos sinais de presunção, de probabilidade e de certeza da gravidez (BRASIL, 2013). Deve-se ainda avaliar, em cada contexto geográfico e social, a existência de possíveis barreiras de acesso, e se houverem, considerar a utilização de recursos alternativos, além da disponibilização de transportes/caronas às mulheres (HOLCOMB *et al.*, 2021).

A realização de cinco ou menos consultas de pré-natal foi referida por 18,78% das participantes, com maior prevalência entre aquelas que residem com 4 ou mais pessoas, sem trabalho remunerado, com baixa escolaridade, não primigestas e que não planejaram a gestação atual. Reforça-se que, no Brasil, o PHPN estabelece, dentre o conjunto das atividades a serem oferecidas às gestantes, que a primeira consulta de pré-natal ocorra até o 4º mês de gestação, e que sejam realizadas, no mínimo, 06 (seis) consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gravidez.

Todavia, essa problemática de início tardio e/ou de realização de poucas consultas de pré-natal não é restrita a países em desenvolvimento. Wu, Lopez e Nichols (2022) trazem que cerca de um milhão de grávidas nos Estados Unidos da América não recebem cuidados pré-natais precoces ou suficientes a cada ano, e neste aspecto, evidenciam que as consultas virtuais no pré-natal têm sido bem recebidas por mulheres e profissionais de saúde destas localidades, mostrando-se como estratégia promissora na melhoria destes indicadores, e ainda sem diferenças significativas nos resultados clínicos obtidos entre mulheres que tiveram consultas virtuais intercaladas com presenciais e aquelas que só utilizaram consultas presenciais no acompanhamento pré-natal. Cabe aqui ponderar, entretanto, a viabilidade desta estratégia nas diferentes realidades do Brasil, e sugerir uma avaliação individualizada de cada mulher quanto à possibilidade de utilizá-la.

Além disso, 36,18% das mulheres da Região Centro-Sul do Sergipe não foram acompanhadas pelo(s) mesmo(s) profissional(is) durante todo ou a maior parte do pré-natal. Esse resultado chamou atenção ao se considerar a importância do estabelecimento de vínculos entre profissional de saúde e paciente – aqui, em especial, gestantes e seu(ua) parceiro(a). Estudo nacional mostrou que mulheres grávidas associam a qualidade da assistência pré-natal, sobretudo, ao modo como foram tratadas nesse processo, ou seja, ao acolhimento que receberam, e ao vínculo estabelecido entre elas e o profissional responsável pelo seu acompanhamento gestacional (LIVRAMENTO *et al.*, 2019). Ademais, não é incomum que o pré-natal represente o primeiro contato destas mulheres com os serviços de saúde, o que reforça a necessidade de uma organização assistencial à luz da integralidade, considerando suas necessidades para além da gestação (MENDES *et al.*, 2020).

Outras falhas do pré-natal também foram encontradas no contexto das orientações profissionais pertinentes ao período gravídico-puerperal, que por sua vez são consideradas fundamentais às gestantes e parceiros(as) neste processo. O não recebimento de orientação sobre a maternidade de referência para o parto foi referido por 45,48% das mulheres entrevistadas, sobretudo entre aquelas sem histórico de aborto e que não planejaram a gestação atual. No Brasil, a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, garantiu o direito da gestante ao conhecimento e vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência ao parto, bem como à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrências durante o pré-natal. Ademais, tal inadequação pode favorecer, inclusive, à ocorrência da peregrinação no anteparto,

que por sua vez diz respeito à busca da gestante por internação para o parto em mais de um serviço de saúde, aumentando, significativamente, os riscos de intercorrências/complicações e até de morte materna e/ou fetal (MENDES *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2018).

O não recebimento de orientação profissional sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto foi encontrado em 40,46% das participantes, sobretudo entre mulheres com baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo, residentes na zona rural e sem trabalho remunerado. Neste aspecto, revisão integrativa mostra que a acupuntura e a acupressão agem tanto sobre aspectos fisiológicos da dor como sobre sua subjetividade. O banho quente de aspersão, a musicoterapia, a aromaterapia e as técnicas de respiração promovem o relaxamento e a diminuição dos níveis de ansiedade. As terapias térmicas contribuem para a analgesia local de regiões afetadas pela dor. Os exercícios na bola suíça reduzem a dor e a adoção de posição vertical contribui na progressão do trabalho de parto (MASCARENHAS *et al.*, 2019). De modo semelhante, orientações sobre como inicia o trabalho de parto e sobre atividades para facilitar o parto, tais como deambulação, posicionamentos e demais formas de alívio da dor, também não foram oferecidas a 39,97% e 50,69% das mulheres entrevistadas, respectivamente.

A deambulação é capaz de acelerar o trabalho de parto, sendo facilitado pela posição verticalizada e pelo efeito favorável da gravidade que, associada à mobilidade pélvica, aumenta a velocidade da dilatação cervical e da descida fetal. As recomendações atuais apontam para o incentivo à livre movimentação, incluindo a deambulação, e a adoção de posicionamentos confortáveis à mulher, principalmente verticalizados (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017; PRATA *et al.*, 2022; WHO, 2018), pois estas posições podem evitar, sobretudo, lacerações perineais graves no parto vaginal (ROCHA *et al.*, 2020).

Em relação ao Aleitamento Materno (AM), 41,19% das mulheres referiram o não recebimento de orientação profissional, durante o pré-natal, sobre a importância de amamentar na 1ª hora de vida, sobretudo entre mulheres sem trabalho remunerado. Cabe ressaltar que a amamentação na primeira hora de vida apresenta importante efeito protetor sobre a mortalidade neonatal (ALVES; ALMEIDA, 2020; BOCCOLINI *et al.*, 2016; JESUS *et al.*, 2020; SÁ, 2015), e que estudos nacionais evidenciaram como principais fatores associados a esta prática o parto vaginal, enfermeiro prestador da assistência ao parto, contato pele a pele entre mãe e filho

logo após o nascimento, gravidez planejada, utilização do serviço público no pré-natal e na parturição e recebimento de orientações no pré-natal sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida (JESUS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) enfatizam, como prioridade para os recém-nascidos (RN), o contato pele a pele logo após o nascimento, levando-se em consideração que isso facilita a implementação do aleitamento materno na primeira hora de vida. Sabe-se que esta prática favorece o estabelecimento de vínculos entre mãe e filho, além de aquecer o RN e possibilitar a oferta da sua primeira forma natural de imunização. Ademais, no Brasil, a prática do aleitamento materno é fortalecida pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio da qual foram estabelecidos 10 passos prioritários para o sucesso do aleitamento, contribuintes no aumento da prevalência e duração da amamentação (JESUS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018). O quarto passo apresenta a necessidade de os profissionais de saúde ajudarem as mães a iniciarem o aleitamento materno ainda na primeira meia hora após o nascimento do bebê (BOCCOLINI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

Houve também ausência de recebimento de orientação profissional, durante o pré-natal, sobre Aleitamento Materno Exclusivo (28,33%) e sobre Aleitamento Materno Complementar (47,63%) na Região Centro-Sul do Sergipe. O AM Exclusivo ocorre quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; enquanto o AM Complementar é quando a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são alimentos sólidos ou semissólidos que complementam o leite materno (BRASIL, 2014).

A prevalência de não recebimento de orientação profissional, durante o pré-natal, sobre sinais de risco/alerta na gravidez foi de 50,54%. Neste aspecto, a própria Caderneta da Gestante, publicada em 2014, traz as seguintes orientações em linguagem acessível à mulher, orientando a procurar um serviço de saúde se:

- 1) a pressão estiver alta; 2) sentir dores fortes de cabeça, com a visão embaralhada ou enxergando estrelinhas; 3) o bebê parar de se mexer por mais de 12 horas; 4) tiver sangramento ou perda de líquido (água) pela vagina; 5) tiver um corrimento escuro (marrom ou preto); 6) apresentar muito

inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar; 7) tiver dor ou ardor ao urinar; 8) houver sangramento, mesmo sem dor; 9) tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes – se a bolsa das águas se romper antes de começarem as contrações, preste atenção na cor e no cheiro do líquido (informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la) (BRASIL, 2014, p. 27).

Em relação ao pré-natal do parceiro(a) da gestante, destaca-se que 51,43% das mulheres elegíveis, isto é, que fizeram pré-natal e tinham companheiro(a) à época da pesquisa, não tiveram a participação do mesmo no pré-natal da gestação atual na Região Centro-Sul do Sergipe, sobretudo entre mulheres com baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo e que não planejaram a gestação atual. Neste aspecto, cabe mencionar a publicação do *Guia do Pré-Natal do Parceiro* do Ministério da Saúde, voltado aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde do país, no qual estabeleceu-se a realização/oferta das seguintes atividades ao parceiro da gestante: a) incentivo à participação do(a) parceiro(a) nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas; b) realização de testes rápidos e exames de rotina no parceiro (tipagem sanguínea e fator RH, HBsAg, teste treponêmico e/ ou não treponêmico para detecção de sífilis, pesquisa de anticorpos anti-HIV e anti-HCV, hemograma, lipidograma, dosagem de glicose, eletroforese da hemoglobina, aferição de pressão arterial, verificação de peso e cálculo de IMC); c) atualização do cartão de vacina do parceiro; d) abordagens de temáticas voltados ao público masculino; e, por fim, e) orientações sobre o papel do homem na gestação, pré-parto, parto, puerpério imediato e cuidados com a criança (BRASIL, 2016).

Ademais, em continuidade à preconização ministerial supracitada, verificou-se ainda que, quando o(a) parceiro(a) da gestante participou do pré-natal, não lhe foram realizadas/ofertadas as seguintes atividades: oportunidade de atualizar o cartão de vacina (ausente em 82,40%), testes rápidos e exames de rotina (ausente em 70,41%) e informação sobre seu direito de acompanhar a gestante na parturição (ausente em 59,55%). Autores reforçam a necessidade de maior estímulo à inclusão do homem brasileiro neste processo assistencial, recomendando aos profissionais de saúde atenção especial ao fato de a gravidez também ser um assunto de homem, de modo que estimular a participação do pai/parceiro durante todo esse processo pode ser fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio,



devendo o homem também ser atendido de forma integral e adequada neste seguimento (BRITO *et al.*, 2021).

Quanto aos exames realizados no pré-natal, de forma geral, observou-se baixa realização no primeiro trimestre gestacional, e ainda mais baixa no terceiro trimestre de gravidez. A ausência de realização de teste rápido para Sífilis ou VDRL no primeiro trimestre gestacional foi de 46,62% e 32,62%, respectivamente, e a ausência de realização de teste rápido para Sífilis ou VDRL no terceiro trimestre gestacional foi de 82,70% e 78,58%, respectivamente. Tais constatações representam grave risco de desfechos negativos, em especial devido à sífilis congênita, que é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). A maioria dos casos acontece porque a mãe não foi testada para sífilis durante o pré-natal ou porque recebeu tratamento não adequado para sífilis antes ou durante a gestação. A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna pode também resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas, e apenas os casos muito graves serão clinicamente aparentes ao nascimento (BRASIL, 2020).

Houve também a ausência de realização dos seguintes exames no primeiro trimestre gestacional, em mais de ¼ das mulheres entrevistadas na Região Centro-Sul do Sergipe: Teste rápido para HIV, Urina rotina, Toxoplasmose e HBsAg. No terceiro trimestre, identificou-se ausência de realização de teste rápido para HIV em 78,91%, de realização de exame Urina rotina (EAS) em 69,19% e de Glicemia jejum em 68,53%. Cabe aqui reforçar que, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização dos seguintes exames complementares de rotina no pré-natal: na 1ª consulta ou 1º trimestre (Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto – se Rh negativo; Glicemia em jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV, Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Urocultura e Urina tipo I – sumário de urina; Ultrassonografia obstétrica; Citopatológico de colo de útero – se necessário; Exame da secreção vaginal – se houver indicação clínica; e Parasitológico de fezes – se houver indicação clínica); no 2º trimestre (Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco – realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana; e Coombs indireto – se Rh negativo);

e no 3º trimestre (Hemograma, Glicemia em jejum, Coombs indireto – se Rh negativo; VDRL; Anti-HIV; Sorologia para hepatite B; Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente; Urocultura e urina tipo I – sumário de urina; e Bacterioscopia de secreção vaginal – a partir de 37 semanas de gestação) (BRASIL, 2013).

Ademais, desde 2000, o PHPN havia determinado a realização mínima dos seguintes exames durante o pré-natal do Brasil: ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; e HB/Ht, na primeira consulta; além da oferta de Testagem anti-HIV e da aplicação de vacina antitetânica, dentre outras atividades (BRASIL, 2000).

Acrescenta-se que 10,38% das mulheres entrevistadas referiram fazer ingestão de bebida alcoólica, inclusive durante a gravidez atual. Neste aspecto, torna-se pertinente mencionar que o álcool é uma substância teratogênica com efeitos irreversíveis no sistema nervoso central. A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é caracterizada por um complexo de sinais apresentados pelo recém-nascido, consequente à ingestão de álcool pela mãe durante a gravidez e/ou durante o período pré-concepcional. Há alterações estruturais e funcionais no cérebro, embora não haja nenhum padrão consistente identificado. As anormalidades incluem redução do volume cerebral (lobo frontal, estriado e núcleo caudado, álamo, hipocampo e cerebelo) e alteração da função da amígdala. Essas áreas são responsáveis pela cognição, pelo controle de impulso e julgamento, pelo emocional, pela transferência de informação entre os hemisférios, pela memória e aprendizagem, pela coordenação motora, pela capacidade de trabalho em direção a objetivos, pela percepção espacial e pela percepção de tempo (BRASIL, 2022; GUPTA; GUPTA; SHIRASAKA, 2016).

Sabe-se que mesmo baixos níveis de álcool durante o pré-natal podem afetar negativamente o desenvolvimento embriofetal. Por isso, a recomendação internacional é que as mulheres se abstenham completamente do uso de álcool durante toda a gravidez (DEVIDO; BOGUNOVIC; WEISS, 2015). No Brasil, estudo mostrou que o consumo de álcool foi mais frequente entre mulheres sem companheiro fixo (BAPTISTA *et al.*, 2017), e o Ministério da Saúde também orienta que o álcool pode causar efeitos deletérios em todos os estágios da gravidez. A exposição durante o primeiro trimestre associa-se à presença de anomalias faciais e estruturais, incluindo anomalias cerebrais. Quando a exposição ocorre no segundo trimestre, aumenta-se

o risco de aborto espontâneo; e no terceiro trimestre, afeta predominantemente o peso, o comprimento e o crescimento do cérebro. Esses efeitos teratogênicos podem variar dependendo da quantidade de álcool consumido, da frequência de consumo e do momento da idade gestacional em que o álcool foi consumido. Além de outros fatores como a genética materna e fetal, idade e nutrição (BRASIL, 2022).

Por fim, cabe aqui pontuar o perfil de vulnerabilidade socioeconômica associado também às inadequações do pré-natal na Região Centro-Sul do Sergipe, sobretudo entre mulheres com idade  $\leq 19$  anos, residentes em zona rural, com baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo, sem companheiro(a), sem trabalho remunerado, não primigestas e cuja gravidez atual não foi planejada. Outros estudos nacionais também evidenciam diferenças significativas na adequação do pré-natal a depender das características socioeconômicas maternas, bem como do apoio social de cada mulher (DANTAS *et al.*, 2018; MENDES *et al.*, 2020; PEDRAZA; GOMES, 2021). Tais constatações reforçam a necessidade de que os profissionais de saúde procurem sempre atuar à luz dos princípios bioéticos e do SUS, priorizando as boas práticas e a humanização do cuidado, com olhar integral, intersetorial e multidisciplinar, bem como acolhedor e, sobretudo, viabilizador da equidade.

### 7.3 Discussão: Parto

Parir em ambiente hospitalar no Brasil é quase sempre associado a muita dor e excesso de intervenções, além de registros de outras inadequações neste processo (LEAL; DA GAMA, 2014). Na Região Centro-Sul do Sergipe, identificou-se peregrinação no anteparto; gestantes de alto risco com parturição em maternidade de risco habitual; ausência de acompanhante em todos os momentos da parturição; parturientes de risco habitual em dieta zero (incluindo líquidos) e sem deambulação durante o trabalho de parto; não utilização de método(s) não farmacológico(s) para alívio da dor; sem registro de utilização de Partograma; uso indiscriminado da ocitocina, elevada prevalência de manobra de Kristeller, posição horizontalizada/litotômica no momento do parto, episiotomia e laceração no parto vaginal; posição da mulher no parto vaginal não escolhida por ela; decisão final pelo tipo de parto na maternidade não compartilhada com a mulher; realização de operação cesariana em quase metade das mulheres entrevistadas; insatisfação materna com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na

maternidade, bem como com a sua participação nas tomadas de decisão e com a clareza das explicações profissionais; dentre outras.

A peregrinação no anteparto ocorreu em 25,95% das participantes, sobretudo entre mulheres com baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo e sem trabalho remunerado. Essa maior prevalência entre mulheres com maior perfil de vulnerabilidade socioeconômica também foi evidenciada em outro estudo nacional, no qual a peregrinação no anteparto sofreu interferência das características socioeconômicas maternas, da assistência pré-natal e do tipo de financiamento utilizado para o parto (MENDES *et al.*, 2019). Sabe-se que, no Brasil, a Lei nº 11.634/2007 assegurou o direito a toda gestante a ter conhecimento e à vinculação prévia à maternidade de referência na qual será realizado seu parto. Entretanto, estudos nacionais ainda evidenciam prevalências em torno de 30% desta problemática (MENDES *et al.*, 2019; MORAES *et al.*, 2018).

Em relação à gestante ser classificada no pré-natal como de alto risco ginecológico e/ou obstétrico, e ainda assim ter sua parturição em maternidade de referência para risco habitual (16,49%), surgem inquietudes quanto à organização da Rede Materno-Infantil, sobretudo em aspectos de referência e da efetividade do contato/vínculo entre a Atenção Ambulatorial destas mulheres – aqui, em especial, nas equipes de Saúde da Família (eSF) – e a Atenção Hospitalar – aqui, em especial, nas maternidades. Neste aspecto, reforça-se que as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) devem possuir canais de comunicação e apoio recíprocos, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante classificada como de alto risco (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

Ademais, a prevalência de parturientes que não tiveram acompanhante em todos os momentos da parturição foi de 25,96% na Região estudada, mostrando-se associada à raça/cor da pele preta ou parda, ausência de trabalho remunerado, que não tiveram a participação do(a) parceiro(a) no pré-natal, com baixa escolaridade e renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo. Sabe-se que a presença de acompanhante escolhido pela mulher na parturição promove sentimentos de segurança e de confiança na parturiente, que por sua vez implicam não só no processo fisiológico da evolução do parto, mas também no fortalecimento dos vínculos familiares, ao viabilizarem a aproximação e o contato do acompanhante com a mulher e o bebê logo após o nascimento. Pode ainda haver a modificação de conduta dos profissionais na

atenção à saúde prestada, indicando a necessidade em reconhecer o acompanhante como importante ator social no processo de parto e nascimento. Assim, faz-se necessário ampliar as ações institucionais e dos profissionais que viabilizem a efetiva participação do acompanhante nesses processos (GOMES *et al.*, 2019).

Quanto à dieta durante o trabalho de parto, 66,98% das participantes referiram que permaneceram em dieta zero em todo trabalho de parto, incluindo líquidos. Neste aspecto, o Ministério da Saúde esclarece que mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água, e ainda, se a parturiente não estiver sob efeito de opioides ou não apresentar fatores de risco iminente para anestesia geral, pode-se ingerir uma dieta leve. Acrescenta também que antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de risco habitual para anestesia geral durante o trabalho de parto, e que aquelas com opioides ou fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos (BRASIL, 2017).

A deambulação durante o trabalho de parto não ocorreu em 39,62% das mulheres entrevistadas na Região Centro-Sul do Sergipe, e a não utilização de método(s) não farmacológico(s) para alívio da dor no trabalho de parto foi ainda maior, representando 57,92% do total de participantes do estudo. Tais problemáticas dizem respeito à baixa utilização de boas práticas assistenciais na saúde materno-infantil, à luz da humanização e evidências científicas, e reforçam a necessidade de revisões de processos de trabalho e de condutas profissionais. Os benefícios da deambulação e dos métodos não farmacológicos para alívio da dor já estão estabelecidos na literatura (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017; MASCARENHAS *et al.*, 2019; PRATA *et al.*, 2022; ROCHA *et al.*, 2020; WHO, 2018;). São práticas recomendadas pelo OMS e que provocam, também, alto grau de satisfação nas mulheres quanto à sua utilização na parturição. Assim, considera-se importante informar às gestantes, às parturientes e aos seus acompanhantes sobre as estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o trabalho de parto, para que, nesse momento, possam, em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método disponível, visando experiências cada vez mais positivas nesse processo (MIELKE; GOUVEIA; GONCALVES, 2019). Ademais, acrescenta-se que, ainda durante a gravidez, a caminhada também é indicada e traz benefícios para a saúde do binômio materno-fetal, em comparação a outros tipos de atividade física. O fato de não exigir tanto esforço, a facilidade de execução e a possibilidade de

interação social são algumas das vantagens de se adotar tal prática (GALÁN; VALLEJO, 2021).

Ainda no contexto de trabalho do parto, identificou-se a ausência de registro no prontuário da utilização de partograma no acompanhamento da evolução do trabalho de parto em 99,06% das participantes. Reforça-se que o partograma é um instrumento que representa em gráfico a evolução do trabalho de parto, cuja utilização no acompanhamento da parturiente em fase ativa do trabalho de parto contribui para uma assistência adequada, indicando desvios neste processo, e se necessário, permitindo intervenções em tempo oportuno para a garantia da saúde materna e fetal (LUCENA; SANTOS; MORAIS, 2019). Autores defendem a importância da aplicabilidade contínua do partograma como mediador das condutas a serem tomadas na parturição, uma vez que, a partir da utilização deste instrumento, as condutas se tornariam mais adequadas, resultando na amenização de intervenções desnecessárias e diminuição do número de cesáreas (MEDEIROS *et al.*, 2020).

A utilização de ocitocina sintética foi de 58,49% na Região estudada. Sabe-se que a ocitocina sintética é um método farmacológico muito utilizado na prática obstétrica para induzir o trabalho de parto, quando este não acontece de forma fisiológica por alguma condição clínica ou física da gestante ou do bebê, todavia, infelizmente, ocorre que esse fármaco vem sendo utilizado de forma inadequada e/ou desnecessária, e em consequência disso, ocasiona problemas materno-fetais. Autores ressaltam a utilização inadequada da ocitocina pode provocar: Hiperestimulação uterina, ruptura uterina, sofrimento fetal, contrações uterinas dolorosas, hiponatremia, hipóxia fetal e acidemia, além do aumento da taxa de cesariana. Na maioria das vezes, esses problemas podem acontecer por conta da dosagem da ocitocina e a sua infusão no momento inapropriado do parto, sendo então pertinente a produção de um protocolo padrão para avaliação criteriosa da gestante, evitando administração deste fármaco de forma inadequada e desnecessária, e melhorando a assistência à parturição (SANTOS *et al.*, 2020).

A operação cesariana ocorreu em 44,27% das participantes da Região Centro-Sul do Sergipe. Essa prevalência está muito acima do percentual máximo de 15% ainda aceito pela OMS (OMS, 2015). Todavia, cabe reforçar que se trata de um achado esperado à luz da realidade obstétrica do Brasil, que por sua vez possui uma das maiores prevalências de cesariana do mundo, mais especificamente, nos últimos dados o país alcançou a maior prevalência de cesarianas (58,1%) das Américas e a

segunda maior do planeta (BETRAN *et al.*, 2021). Esse cenário reforça a afirmação de que a cesariana, cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo como principal via de parto no país (LEAL; DA GAMA, 2014), apesar dos riscos aumentados e das recomendações vigentes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; 2015; 2018). Acrescenta-se que, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.284, de 22 de outubro de 2020, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo haver, para isso, decisão registrada em termo de consentimento livre e esclarecido e registro em prontuário (CFM, 2020).

Reforça-se ainda que, em 2013, o Ministério da Saúde apresentou as indicações absolutas e relativas, e os benefícios e desvantagens da cesariana no Brasil. Considerou-se indicação absoluta: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total e/ou morte materna com feto vivo. Considerou-se indicação relativa: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrosomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto e/ou psicopatia. Em relação aos benefícios da cesárea planejada, citou a conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, além de não passar pela dor do parto. Contudo, nas desvantagens, incluiu: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal (BRASIL, 2013).

A prevalência da episiotomia foi de 43,25% entre as mulheres cujo parto foi vaginal. Essa prevalência pode ser considerada muito elevada, indicando, inclusive, uso indiscriminado e inadequado na parturição, uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde, sua utilização é indicada somente para situações de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e quando houver risco de laceração de terceiro grau (WHO, 1996). Esse resultado corrobora os achados de um estudo que mostrou seu uso de forma indiscriminada pelos profissionais de saúde, chegando a 90% do total de partos instrumentados (parto vaginal com a ajuda de vácuo, fórceps ou espátulas). As principais variáveis clínicas associadas foram: primiparidade, indução

do trabalho de parto e utilização da posição horizontal durante a expulsão fetal (BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016).

Ainda sobre a região perineal, também se evidenciou lacerações em 23,14% de mulheres com parto vaginal. Trata-se de um problema relacionado a diversos fatores, como características maternas gineco-obstétricas, intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto, e também aspectos do próprio feto. Autores evidenciaram associação entre posição horizontal no período expulsivo do parto e uso de episiotomia, relacionada às posições litotômica e semissentada, o que reforça a importância de informar a mulher sobre outras posições de parto para sentir-se mais segura nesse processo, sempre priorizando as possibilidades de posições verticalizadas (SOUZA *et al.*, 2020).

Cabe aqui destacar que 82,64% das mulheres tiveram seu parto vaginal em posição horizontalizada/litotômica, e que em 53,44% essa posição não era a escolhida pela mesma para a parturição. Esse resultado corrobora os achados de outros autores que evidenciam predomínio da posição horizontal durante o parto vaginal (66,8%) (SOUSA *et al.*, 2016) (81,5%) (SANTOS *et al.*, 2017). Nesse aspecto, reforça-se que, desde 1996, a Organização Mundial de Saúde recomenda às mulheres adotarem a posição que melhor lhes agrada para o parto, mas que evitem longos períodos em posição horizontal (WHO, 1996). As principais vantagens da posição verticalizada no parto vaginal são: menor duração do parto, redução do desconforto e dificuldade nos puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais e perineais e de infecções (BRASIL, 2001; LAWRENCE *et al.* 2011; 2013).

A manobra de Kristeller ocorreu em 47,38% das mulheres com parto vaginal. Trata-se da aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo, com a possibilidade de provocar danos maternos e fetais, bem como de lesões ao nível do útero e períneo (CARVALHO, 2014). Autores compreendem que os prejuízos para o binômio mãe-bebê, mediante utilização da manobra de Kristeller, relacionam-se à possibilidade de traumatizar física, psicológica e, até, emocionalmente a mãe. É uma violência compreendida no atual modelo biomédico como procedimento habitual em serviços hospitalares da saúde da mulher (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

A decisão final pelo tipo de parto na maternidade não foi compartilhada com a mulher em 29,77% das participantes, sobretudo entre mulheres adolescentes e primigestas. Sabe-se que a organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto, afetando, inclusive, a



preferência inicial destas mulheres e a forma como a via de parto é decidida. Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana numa gestação futura. Mulheres do setor público, por sua vez, mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação. Assim, em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo a dor do parto o seu grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana no país (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Evidenciou-se também insatisfação materna com o tempo disponibilizado pelos profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas na maternidade (55,57%), sobretudo entre mulheres com baixa escolaridade, e também insatisfação com a sua participação nas tomadas de decisão (47,18%) e com a clareza das explicações profissionais que lhe foram ofertadas na parturição (34,81%). Estes aspectos podem ser discutidos à luz dos princípios bioéticos e dos pressupostos legais do exercício profissional de cada categoria, uma vez que tais constatações não deveriam ocorrer nem em baixas proporções, e muito menos em mais da metade, quase metade e mais de 1/3 das participantes, respectivamente.

Frente ao exposto, cabe ainda pontuar que, embora a maioria das mulheres tenha recebido no pré-natal a estratificação de risco ginecológico e obstétrico considerado habitual (82,14%), registrou-se muitas intervenções no trabalho de parto e parto. Além disso, assim como ocorreu no planejamento reprodutivo e no pré-natal, observou-se aqui inadequações assistenciais associadas à perfis maternos de maior vulnerabilidade socioeconômica, fato que retoma a importância de se buscar viabilizar a universalidade e a equidade no cuidado prestado.

Estudo nacional mostrou contextos de fragilidades clínica e social, de violação de direitos e da dignidade entre mulheres atendidas em uma maternidade pública, atribuídos pelas próprias participantes à desigualdade social, e que resultava em sentimentos de resignação e impotência frente ao desamparo que lhes afligia. As mulheres recorriam aos desígnios divinos para interceder diante dos obstáculos enfrentados no acesso aos serviços de saúde, assim como na garantia do direito às consultas pré-natais, exames e internamento para o parto. Com isso, os autores recomendam aos profissionais da assistência obstétrica que incluam em suas ações aspectos sociais, culturais e subjetivos para o fornecimento de um cuidado

culturalmente congruente, bem como aos diferentes níveis de gestão que garantam a universalidade do acesso aos serviços, com oportunidades iguais, justas e dignas, considerando marcadores sociais (classe, raça/etnia, gênero) e culturais, padrões resistentes de desigualdades e áreas de vulnerabilidade (BELÉM *et al.*, 2021).

## 7.4 Discussão: Nascimento

A maioria dos nascimentos ocorreu com Idade Gestacional do recém-nascido entre 37 e 42 semanas (92,82%), peso ao nascer de  $\geq 2.500\text{g}$  a  $\leq 4.000\text{g}$  (89,77%), apresentação fetal cefálica (88,40%) situação fetal longitudinal (92,21%), estatura física do recém-nascido de 48 a 53cm (76,49%), perímetro craniano de 33 a 37cm (88,24%) e Apgar  $\geq 7$  no 1º (96,18%) e 5º minutos de vida (98,63%). Neste cenário, cabe mencionar que o Ministério da Saúde estabelece que todo recém-nascido a termo, com boa vitalidade, deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no mínimo, um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente três minutos após o nascimento), para só então realizar-se o clameamento. Considera-se RN com boa vitalidade, em geral, aqueles com mais de 2.000g, mais de 35 semanas de gestação e índice de Apgar maior que seis no quinto minuto, com capacidade de sucção e controle térmico. Isso favorece, inclusive, o contato pele a pele entre mãe e filho e a efetiva amamentação nos primeiros trinta minutos de vida e/ou ainda na primeira hora do recém-nascido (BRASIL, 2015).

Entretanto, na presente tese, registrou-se inadequações importantes no contexto do nascimento da Região Centro-Sul do Sergipe, principalmente relacionadas à ausência/deficiência de orientações/informações oferecidas à mulher, ausência de encaminhamento da mãe e bebê para o Alojamento Conjunto após o parto e a não implementação de contato pele a pele e de amamentação ainda na primeira hora de vida do recém-nascido.

A ausência de informação à puérpera sobre os procedimentos realizados no(a) recém-nascido(a) logo após o nascimento teve prevalência de 55,11%, sobretudo entre mulheres residentes na zona rural, sem trabalho remunerado, que referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas na parturição, com baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo, realização de  $\leq 5$  consultas de pré-natal e sem acompanhante em todos os momentos da parturição. O Ministério da Saúde estabeleceu em 2017 a

necessidade de assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença, ou se isso não for possível, que ao menos ocorra com o seu conhecimento. Deve-se explicar quaisquer achados no recém-nascido para a mulher, informando-a sobre o que procurar e com quem falar se tiver alguma preocupação. Recomenda-se ainda evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina, tais como pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido (BRASIL, 2017).

O não encaminhamento da mãe e bebê para o Alojamento Conjunto após o parto foi referido por 35,11% das participantes. Sabe-se que o Alojamento Conjunto é definido como local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta, possibilitando a atenção integral por parte do serviço de saúde. Essa definição consta na Portaria GM/MS nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, que instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto no Brasil. Deve-se observar com atenção os critérios de elegibilidade da mulher e recém-nascido, os recursos humanos mínimos, equipamentos, materiais e medicamentos, competências / responsabilidades da equipe profissional e condutas a serem adotadas no momento da alta.

A ausência de contato pele a pele ainda na primeira hora de vida do(a) recém-nascido(a) ocorreu em 28,09% das participantes, sobretudo entre mulheres sem acompanhante em todos os momentos da parturição e que referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas na maternidade. Sabe-se que o contato pele a pele precoce é uma prática de atendimento humanizado à saúde materno-infantil, com forte evidência para a formação de vínculo mãe/bebê, além de favorecer a adesão materna ao Aleitamento Materno Exclusivo (KARIMI *et al.*, 2020). Todavia, sua efetiva implementação requer mudança de paradigmas no cuidado materno e neonatal do Brasil, uma vez que o modelo de parto e nascimento vigente constitui-se como dificultador desta boa prática assistencial (KOLOGESKI *et al.*, 2017). Recomenda-se aos profissionais de saúde e gestores que priorizem e viabilizem o contato pele-a-pele entre a mulher e o seu bebê imediatamente, ou o mais cedo possível, após o parto, seja vaginal ou operação cesariana (KAHALON; PREIS; BENYAMINI, 2021).

A não implementação da amamentação ainda na primeira hora de vida do(a) recém-nascido(a) foi evidenciada em 54,66% das participantes, principalmente entre mulheres que não planejaram a gravidez atual, que referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas na maternidade e não primigestas. Reforça-se que a amamentação na primeira hora de vida apresenta importante efeito protetor sobre a mortalidade neonatal (ALVES; ALMEIDA, 2020; BOCCOLINI *et al.*, 2016; JESUS *et al.*, 2020; SÁ, 2015), e que o parto vaginal, enfermeiro prestador da assistência ao parto, contato pele a pele entre mãe e filho logo após o nascimento, gravidez planejada, utilização do serviço público no pré-natal e na parturição e recebimento de orientações no pré-natal sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida são alguns dos principais fatores associados à implementação (JESUS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018).

No Brasil, a prática do aleitamento materno é fortalecida pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio da qual foram estabelecidos 10 passos prioritários para o sucesso do aleitamento, contribuintes no aumento da prevalência e duração da amamentação (JESUS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2018). O quarto passo apresenta a necessidade de os profissionais de saúde ajudarem as mães a iniciarem o aleitamento materno ainda na primeira meia hora após o nascimento (BOCCOLINI *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017). Ademais, ressalta-se que o aleitamento materno logo após o nascimento requer intensificação especial entre mulheres que têm gravidez de alto risco e que passaram por operação cesariana, pois são as que menos vivenciam desta boa prática. O leite materno deve ser o primeiro alimento do bebê, e as mães, devidamente orientadas, devem ser as principais tomadoras de decisão sobre a sua nutrição (DUDUKCU; AYGOR; KARAKOC, 2022).

Acrescenta-se que foi também observado entendimento equivocado das puérperas sobre o período recomendado para o Aleitamento Materno Exclusivo (18,62%), bem como em relação aos motivos pelos quais elas abandonariam a amamentação: “se sair pouco leite” (32,21%) ou “se o leite ficar fraco” (21,07%). Tais constatações levantam inquietudes quanto às orientações sobre aleitamento materno eventualmente oferecidas às mulheres durante o pré-natal. Recomenda-se atenção especial nesse sentido, buscando qualificar o acompanhamento das gestantes no contexto de formação e preparo efetivo para todo o período gravídico-puerperal.

Menciona-se ainda os vários benefícios da amamentação de forma geral, pois contribui para o crescimento e desenvolvimento do filho e para a saúde física e

psíquica da mãe. Na criança, cita-se o fortalecimento do sistema imunológico e menos má oclusão dentária, além de haver uma sugestão recente de maior proteção contra o excesso de peso e diabetes mellitus em idades mais avançadas. Em relação às mães, a amamentação previne o câncer de mama, aumenta o intervalo interpartal e reduz o risco de desenvolver diabetes e/ou câncer de ovário (VICTORA *et al.*, 2016).

Evidenciou-se também que 35,27% das mulheres entrevistadas não foram orientadas na maternidade sobre a higiene do recém-nascido, em aspectos do banho e do cuidado com o coto umbilical. Isso ocorreu, sobretudo, entre mulheres sem trabalho remunerado, com início tardio do pré-natal e que referiram insatisfação com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecimento de dúvidas.

A OMS recomenda promover o primeiro banho do recém-nascido em até 24 horas após o nascimento, mantendo a pele com a camada protetora do vernix caseoso, o que melhora a adaptação da transição do neonato do meio intrauterino aquoso para o ambiente extrauterino seco, promovendo a função antimicrobiana, a hidratação da pele, a diminuição da descamação, a redução do eritema tóxico neonatal e a termorregulação, além do tempo adicional pele a pele com a mãe (LIMA *et al.*, 2020; WHO, 2017). O primeiro banho do recém-nascido pode interferir na sua adaptação ao meio extrauterino, alterando os seus sinais vitais e a sua proteção térmica, que quando modificada, pode causar hipotermia, aumento do consumo de oxigênio, aumento da frequência respiratória e exibindo um quadro sugestivo de estresse, além de aumentar o risco de dermatites por irritação. Por isso, recomenda-se sua realização em ambiente aquecido, com tranquilidade e segurança, bem como com água morna e em imersão (LIMA *et al.*, 2020).

Em relação ao cuidado com o coto umbilical, esclarece-se, inicialmente, que o cordão umbilical após ser cortado é chamado coto umbilical e precisa passar por um processo fisiológico de desidratação e mumificação para que possa ocorrer a sua queda em um período entre 10 e 15 dias, permanecendo apenas uma cicatriz conhecida popularmente por umbigo (LINHARES *et al.*, 2019; REZENDE; MONTENEGRO, 2016). Durante esse processo, o coto deve ser mantido limpo e seco e o curativo realizado após a troca de fraldas e banho. A técnica de realização desse procedimento passou por várias mudanças no decorrer dos anos, sendo que a partir de 2001 estabeleceu-se a orientação padrão para o uso do álcool etílico 70%, devendo o coto e a área circundante ficarem descobertos, a fim de que ocorra uma aeração

adequada que favoreça a mumificação rápida e queda em menor tempo (ALMEIDA *et al.*, 2016; LINHARES *et al.*, 2019).

Por fim, da mesma forma que foi observado no planejamento reprodutivo, pré-natal e parto, também foram evidenciadas maiores prevalências de inadequações assistenciais entre mulheres de maior vulnerabilidade socioeconômica. Essa reflexão das possíveis iniquidades sociais em saúde é de suma importância, tendo em visto as diferenças sociais, demográficas e econômicas de um país como o Brasil, que possui dimensões continentais (MONTEIRO *et al.*, 2022).

## CONCLUSÕES

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## 8 CONCLUSÕES

A presente tese de Doutorado Direto evidenciou prevalências significativas de inadequações assistenciais relacionadas ao Planejamento Reprodutivo, Assistência Pré-natal, Assistência ao Parto e Assistência ao Nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro, e suas respectivas variáveis associadas, dentre as quais, observou-se, de forma geral, predomínio de inadequações entre mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica.

No planejamento reprodutivo, as principais inadequações dizem respeito à gravidez não planejada (associada à baixa escolaridade, ausência de companheiro, residência com 4 ou mais pessoas e ausência de trabalho remunerado); gravidez na adolescência (associada à ausência de companheiro e de trabalho remunerado e primigesta); não recebimento ou insatisfação da mulher com a orientação profissional recebida sobre métodos contraceptivos (associada à raça/cor da pele preta ou parda, renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo e ausência de histórico de aborto) ou sobre planejamento familiar (associada à idade  $\leq 19$  anos, baixa escolaridade e ausência de trabalho remunerado), seja antes e/ou durante e/ou após a gestação atual; gravidez após os 35 anos de idade e desconhecimento da mulher sobre vários métodos contraceptivos disponíveis no SUS, dentre outras.

Na assistência pré-natal, identificou-se início tardio do acompanhamento, isto é, primeira consulta realizada no segundo ou terceiro trimestre gestacional (associada à idade  $\leq 19$  anos, baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo, ausência de companheiro(a), residência com 4 ou mais pessoas, ausência de trabalho remunerado e gravidez não planejada); bem como a realização de cinco ou menos consultas (associada à residência com 4 ou mais pessoas, ausência de trabalho remunerado, baixa escolaridade, não primigesta e gravidez não planejada); ausência do parceiro(a) da gestante neste acompanhamento (associada à baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq 1$  salário mínimo e gravidez não planejada), ou quando presente, não houve a oferta dos serviços preconizados para o pré-natal do(a) parceiro(a); não recebimento de orientações profissionais consideradas essenciais à mulher e parceiro(a) para o período gravídico-puerperal e, com maior agravante, baixa oferta/realização de exames indicados para o primeiro trimestre gestacional e, situação ainda mais grave, para o terceiro trimestre, dentre outras.



Na assistência ao parto, constatou-se peregrinação no anteparto (associada à baixa escolaridade, renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo e ausência de trabalho remunerado); gestantes de alto risco com parturição em maternidade de risco habitual; ausência de acompanhante em todos os momentos da parturição (associada à raça/cor da pele preta ou parda, ausência de trabalho remunerado, ausência de pré-natal do(a) parceiro(a), baixa escolaridade e renda familiar total  $\leq$  1 salário mínimo); parturientes de risco habitual em dieta zero (incluindo líquidos) e sem deambulação durante o trabalho de parto; não utilização de método(s) não farmacológico(s) para alívio da dor; sem registro de utilização de partograma; uso indiscriminado da ocitocina, elevada prevalência de manobra de Kristeller, posição horizontalizada/litotômica da mulher no parto vaginal, episiotomia e laceração no parto vaginal; posição da mulher no parto vaginal não escolhida por ela; decisão final pelo tipo de parto na maternidade não compartilhada com a mulher (associada à idade  $\leq$  19 anos e primigesta); realização de operação cesariana em quase metade das mulheres entrevistadas; insatisfação materna com o tempo disponibilizado pelos profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas na maternidade (associada à baixa escolaridade) e com a sua participação nas tomadas de decisão, bem como com a clareza das explicações profissionais recebidas, dentre outras.

Na assistência ao nascimento, por sua vez, as principais inadequações mostraram-se relacionadas à ausência/deficiência de orientações/informações oferecidas à mulher, ausência de encaminhamento de algumas mães e bebês para o Alojamento Conjunto e a não implementação de contato pele a pele (associada à ausência de acompanhante em todos os momentos da parturição, insatisfação materna com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas na parturição e residência com até 3 pessoas) e de amamentação ainda na primeira hora de vida do recém-nascido (ausência de trabalho remunerado, início tardio do pré-natal, insatisfação materna com o tempo disponibilizado pelos profissionais para esclarecer dúvidas na parturição). Esses achados de deficiências no contato pele a pele e na amamentação na primeira hora de vida chamaram atenção em razão da maternidade possuir habilitação à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Desse modo, confirmou-se a hipótese alternativa do presente estudo quanto à existência de inadequações assistenciais (de Processo) relacionadas ao Planejamento Reprodutivo, à Assistência Pré-natal, Assistência ao Parto e Assistência ao Nascimento na Região Centro-Sul do Sergipe, sobretudo entre mulheres com perfis

de maior vulnerabilidade socioeconômica. Nesse contexto, ficou disponibilizado, portanto, aos profissionais de saúde e aos diferentes níveis de gestão, os possíveis perfis individuais e as condições assistenciais do planejamento reprodutivo e/ou do pré-natal e/ou do parto e/ou do nascimento que requerem, respectivamente, cuidados especiais na assistência antes e/ou após o parto e ajustes/reorganizações de processos de trabalho, sempre à luz das boas práticas assistenciais e da humanização do cuidado nestes processos. Ademais, recomenda-se a busca por atuações intersetoriais e multidisciplinares para efetivo enfrentamento da maioria das inadequações evidenciadas no presente estudo.

Acrescenta-se ainda a necessidade de o Governo Federal fortalecer, em todo o país, os processos estratégicos de monitoramento e avaliação da saúde materno-infantil, sobretudo acerca da implementação das boas práticas assistenciais recomendadas pelo Ministério da Saúde, tendo efetivo controle destes indicadores nos diferentes contextos territoriais do Brasil. Compreende-se que esses processos poderão ter o objetivo de auxiliar municípios e estados nas eventuais dificuldades estruturais e/ou assistenciais da saúde da mulher e saúde da criança, tendo referências técnicas com maior proximidade/acessibilidade.

Ademais, aos gestores de serviços de saúde do país, ressalta-se também a necessidade de (re)pensarem modelos de gestão que garantam os princípios do SUS em todo o período gravídico-puerperal: universalidade, integralidade e, em especial, a equidade. Sabe-se que a equidade visa diminuir as desigualdades, uma vez que, apesar da saúde ser direito de todos e dever do Estado, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Neste aspecto, a equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde houver maior necessidade. Trata-se de um senso de justiça, no qual, o cuidado às pessoas ocorrerá com base no reconhecimento das suas características individuais/especificidades. Esses aspectos visam também garantir os pressupostos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e aqui, em especial, da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, que por sua vez reúne seis princípios básicos de cidadania para assegurar ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam públicos e/ou privados.

Aos profissionais atuantes na saúde materno-infantil, reforça-se a importância de sempre buscarem atualizações teóricas e práticas acerca das recomendações vigentes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde no cuidado ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, evitando a realização de

intervenções desnecessárias e, inclusive, eventualmente já consideradas inadequadas e/ou prejudiciais ao binômio mãe-filho. É esperado que as boas práticas assistenciais à luz das melhores evidências científicas e da humanização destes cuidados representem, cada vez mais, a atuação destes profissionais no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento nas cinco Regiões do Brasil, visando obter o maior número possível de experiências positivas no gestar, parir e lactar do país – aqui, em especial, também entre mulheres SUS dependentes.

Destaca-se que a presente tese disponibilizou como produto a versão preliminar de uma “Matriz de Avaliação de Processo no SUS - Planejamento Reprodutivo, Pré-natal, Parto e Nascimento”, abreviada pela sigla MAPSUS-PRPPN. Trata-se de uma ferramenta original para avaliação global da adequação da assistência à saúde materno-infantil em municípios e/ou estados brasileiros, tendo como público-alvo puérperas de qualquer idade, e cuja realização do pré-natal, parto e nascimento ocorreram, integral ou em sua maior parte, no Sistema Único de Saúde.

Por fim, em relação às limitações, cita-se, nos resultados descritivos e inferenciais, a impossibilidade de assegurar a confiabilidade dos dados primários sobre as características assistenciais do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento obtidas exclusivamente a partir do relato das puérperas entrevistadas, sem também ouvir os respectivos profissionais envolvidos nestes processos; e em relação à MAPSUS-PRPPN, o fato desta ferramenta ainda não ter passado por um processo de validação, a partir de um estudo metodológico devidamente delineado para esta finalidade.

# REFERÊNCIAS

---

# REFERÊNCIAS

---



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

## REFERÊNCIAS

ALEXANDER, G. R.; COMELY, D. A. Prenatal Care Utilization: Its Measurement and Relationship to Pregnancy Outcome. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 3, n. 5, pp. 243-253, 1987. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)31241-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)31241-8). Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/3452362>. Acesso em: 18 mar. 2022.

ALMEIDA, A. H. V. *et al.* Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00145919>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n12/1678-4464-csp-36-12-e00145919.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

ALMEIDA, J. D. *et al.* Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram laqueadura tubária: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e203101523059, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23059>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23059>. Acesso em: 02 abr. 2022.

ALMEIDA, J. M. *et al.* Educational practice in the care for the umbilical cord stump: experience report. **Rev Enferm UFPE**, v. 10, n. 5, pp. 4383-8, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11186/12735>. Acesso em: 14 fev. 2022.

ALVES, E. P.; ALMEIDA, G. O. A importância do aleitamento na primeira hora de vida. **Faculdade Sant'Ana em Revista**, v. 4, n. 1, pp. 101-108, 2020. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1637>. Acesso em: 6 abr. 2022.

ALVES, F. N. *et al.* Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, pp. 4509-4520, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jqHDCqms6hzCjv3vbqLvLNQ/?lang=pt#>. Acesso em: 02 mar. 2022.

ALVES, M. T. S. S. B. *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 837-846, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v26n3/1413-8123-csc-26-03-0837.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Optimizing Postpartum Care**. Replaces Committee Opinion Number 736. Washington, v. 131, n. 5, 2018.

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do

Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TkQmfrBXJrTHgpcpbmyTTtx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2022.

ARATANI, N. **Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka. São Paulo: USP, 2020. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-29092020-153604/publico/ArataniN\\_DR\\_O.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-29092020-153604/publico/ArataniN_DR_O.pdf). Acesso em: 18 mar. 2022.

BALLESTEROS-MESEGUER, C. *et al.* Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 24, e2793, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cg4QVxt4Q5dwz3pHZQQkQcD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2022.

BAPTISTA, F. H. *et al.* Prevalence and factors associated with alcohol consumption during pregnancy. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 2, pp. 271-279, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HFCfpGcYksGFqX93V6vnLrv/?lang=pt#>. Acesso em: 07 mar. 2022.

BARBETTA, P.A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 7ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014.

BELÉM, J. M. *et al.* Divinization, pilgrimage, and social inequality: experiences of women in the access to obstetric assistance. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 1, pp. 327-334, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4D75FCyhJrMyfL3bXV45MnR/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BETRAN, A. P. *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, e005671, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

BEZERRA, F. D. *et al.* Cuidado perinatal em um estado do Nordeste brasileiro: estrutura, processos de trabalho e avaliação dos componentes do Essential Newborn Care. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 140-148, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462;2019;37;2;00003>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rpp/v37n2/pt\\_0103-0582-rpp-2019-37-2-00003.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v37n2/pt_0103-0582-rpp-2019-37-2-00003.pdf). Acesso em: 05 abr. 2022.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Arch Pediatr Urug**, v. 87, n. 2, pp. 172-177, 2016. Disponível em:

[https://www.sup.org.uy/archivos-de-pediatria/adp87-2/web/pdf/adp87-2\\_brasil-mortalidad.pdf](https://www.sup.org.uy/archivos-de-pediatria/adp87-2/web/pdf/adp87-2_brasil-mortalidad.pdf). Acesso em: 04 mar. 2022.

BORGES, A. L. V. *et al.* Knowledge about the intrauterine device and interest in using it among women users of primary care services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3232, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MBdtsctXQTtVZhMX6rmyQzB/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, pp. 2673-2682, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08322021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wDjVt3n5DNQGPtZ7qHr9x7M/?lang=pt#>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

BRASIL. **Relatório de avaliação do Projeto de Assistência integral à Saúde da Mulher e da Criança: primeira parte**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. **Assistência e controle das doenças diarreicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a.

BRASIL. **Manual de normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b.

BRASIL. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Coordenação Materno-Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual\\_assistencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. **Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. **Revisão do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

BRASIL. **A monitorização da saúde da criança em situação de risco e o município**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Portaria GM n.º 569, de 1 de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria GM n.º 570, de 1 de junho de 2000.** Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. **Portaria GM n.º 571, de 1 de junho de 2000.** Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

BRASIL. **Portaria GM n.º 572, de 1 de junho de 2000.** Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d.

BRASIL. **Manual de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Mãe Canguru.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. **Agenda de compromissos com a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação para o período de 2004-2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.



BRASIL. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Caderneta de Saúde da Criança**. Revisada e nas versões menino e menina. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e outras DSTs**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil**. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html). Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. **Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 1 – Cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Volume 4 – Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_metodo\\_canguru.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru - manual técnico**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. **Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_terceira\\_etapa\\_metodo\\_canguru.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Manual de gestação de alto risco. Departamento de Ações Programáticas**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2022.

BRITO, J. G. E. *et al.* Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados. **Cogitare enferm.**, v. 26, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75169>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/qMhg65jGmBMcXzGdYDBqyrQ/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 34, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jun. 2022.

CANARIO, M. A. S. S. *et al.* Planejamento reprodutivo e a vulnerabilidade após o parto: uma coorte do sul do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 87, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769240659>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40659>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 05, pp. 741-748, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9xjZwGz5qyxtQtDQ48zgbmN/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jun. 2022.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 220-230, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/z9MYcwD3kgPKW3sMfL58bFJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2022.

CARVALHO, L. C. **Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2014.

CARVALHO, M. L. *et al.* The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. **Reproductive Health**, United Kingdom, v. 13, sup. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0234-9>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0234-9>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CIARI Jr., C., SANTOS, J. L. F.; DE ALMEIDA, P. A. M. Avaliação quantitativa de serviços de pré-natal. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, pp. 361-370, 1972. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101972000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4vNGZPQTcdp3mQjdRnKv7mK/?lang=pt>. Acesso em: 09 mar. 2022.

COIMBRA, L. C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, pp. 456-462, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Jwppw8dGyCS3cGnL6JLsmYJg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.284, de 22 de outubro de 2020**. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138. Brasília: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.284-de-22-de-outubro-de-2020-321640891>. Acesso em: 20 mar. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS (CONITEC). **Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel 52 mg para anticoncepção em mulheres de 15 a 19 anos de idade**. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Levonorgestrel\\_Anticoncepcao\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Levonorgestrel_Anticoncepcao_final.pdf). Acesso em: 19 mar. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 25, n. 10, pp. 717-724, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003001000004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/yGdcPSt6j4Zz8fxqqxtmB3j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CUNHA, A. C. **Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde**. Dissertação (Mestrado no Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josimari Telino de Lacerda. Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/186796/PGSC0192-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 mar. 2022.

CRUZ, M. M.; REIS, A. C. **Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde**. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). Qualificação de gestores do SUS. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp, 2011. 480p. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_511202866.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_511202866.pdf). Acesso em: 08 mar. 2022.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for future, 1991. Disponível em: <https://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-inhealth/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

DANTAS, D. S. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1365-1371, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230531p1365-1371-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230531>. Acesso em: 06 abr. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Informações de Saúde: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

DEVIDO, J.; BOGUNOVIC, O.; WEISS, R. D. Alcohol use disorders in pregnancy. **Harv Rev Psychiatry**, v. 23, n. 2, pp. 112-21, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/hrp.000000000000070>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530607/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

DEY, A. K. *et al.* Measuring quality of family planning counselling and its effects on uptake of contraceptives in public health facilities in Uttar Pradesh, India: A cross-sectional analysis. **PLoS ONE**, v. 16, n. 5, e0239565, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239565>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8096066/pdf/pone.0239565.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 3, pp. 140-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>. Acesso em: 03 mar. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, pp. S101-S116, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BdmBs37cdNJNLzstXTQngsj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DUDUKCU FT, AYGOR H, KARAKOC H. Factors Affecting Breastfeeding within the First Hour After Birth. **Niger J Clin Pract**, v. 25, n. 1, pp. 62-68, 2022. DOI: [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_703\\_20](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_703_20). Disponível em: <https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2022;volume=25;issue=1;spage=62;epage=68;aulast=Dudukcu>. Acesso em: 04 abr. 2022.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1735-1750, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1735.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

FAVARO, M. *et al.* O lugar do desejo de aborto na parentalidade: uma reflexão bioética. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 75-89, 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2020000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 abr. 2022.

FINOTTI, M. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2683, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KCWZH8cYdXWxDCfJhVpGZKj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integral**. Cinco módulos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

GALÁN, L. M. G.; VALLEJO, M. A. G. Caminar durante el embarazo: la actividad física preferida por las embarazadas. **REVAGOG**, v. 3, n. 3, pp. 80-87, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343841/03.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

GARCIA, R. A. *et al.* **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Módulo 1: Saúde da Mulher**. São Paulo: Coren SP, 2019.

GARCIA, R. A. *et al.* **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Módulo 1: Saúde da Mulher**. São Paulo: Coren SP, 2019.

GUERRA, H. S. *et al.* Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n1p73-80>. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897/pdf>. Acesso em: 09 mar. 2022.

GIFFIN, K. M. Mulher e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jsBMwVJtz8brNXz9LLrC3Bb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GOMES, I. E. M. *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, e61, p. 1-18, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769234170>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34170/html>. Acesso em: 10 mar. 2022.

GOMES, M. A. S. M. *et al.* Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, pp. 859-874, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sMX4jp5MbK9DBLzsTjTrbTF/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GOMES, S. C. *et al.* Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, pp. 2594-2598, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nHFxfwdbY9sCV7KcHyP9Rfh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

GOUDARD, M. J. F. *et al.* Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pp. 1227-1238, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12512015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NyZgXRT8LZbvFm47gXRQp7c/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GUPTA, K. K.; GUPTA, V. K.; SHIRASAKA, T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome-Pathogenesis, Risks, and Treatment. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 40, n. 8, pp. 1594-602, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.13135>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.13135>. Acesso em: 03 mar. 2022.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 10, pp. 297-304, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2022.

HARTZ, Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a avaliação na gestão da vigilância em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, pp. 1217-24, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VSnvtNPS7stxsYCXGv7NYKd/?lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2022.

HOLANDA, C. S. M. *et al.* Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 6, pp. 388-394, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n6/388-394/pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça cidades e estados do Brasil: Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

JESUS, A. S. *et al.* Amamentação na primeira hora de vida entre mulheres do Nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 22, e58772, pp. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.58772>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/58772/35783>. Acesso em: 20 mar. 2022.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus Resource Center**. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU), 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 29 mar. 2022.

KAHALON, R.; PREIS, H.; BENYAMINI, Y. Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. **Midwifery**, v. 92, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862>. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138\(20\)30234-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138(20)30234-5). Acesso em: 04 mar. 2022.

KARADON D. *et al.* Understanding family planning decision-making: perspectives of providers and community stakeholders from Istanbul, Turkey. **BMC Womens Health**, v. 21, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01490-3>. Disponível em: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01490-3>. Acesso em: 04 abr. 2022.

KARIMI, F. Z. *et al.* The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. **J Turk Ger Gynecol Assoc**, v. 21, n. 1, pp. 46-56, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>. Disponível em: [https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_26120/JTGGA-21-46-En.pdf](https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_26120/JTGGA-21-46-En.pdf). Acesso em: 04 abr. 2022.

KESSNER, D. M. *et al.* **Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status**. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy of Science, 1973.

KOGAN, M. D. *et al.* **The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981-1995, using different prenatal care indices**. **JAMA**, v. 279, n. 20, pp. 1623-1628, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.279.20.1623>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/vol/279/pg/1623>. Acesso em: 12 mar. 2022.

KOLOGESKI, T. K. *et al.* Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 1, pp. 94-101, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11882p94-101-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11882>. Acesso em: 10 fev. 2022.

KOTELCHUCK, M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 84, n. 9, pp. 1414-1420, 1994. Disponível em:



<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.84.9.1414>. Acesso em: 12 mar. 2022.

KOST, K. **Unintended Pregnancy Rates at the State Level: Estimates for 2010 and Trends Since 2002**. New York: Guttmacher Institute, 2015.

KRIEL, Y. *et al.* Quality of care in public sector family planning services in KwaZulu-Natal, South Africa: a qualitative evaluation from community and health care provider perspectives. **BMC Health Serv Res**, v. 21, n. 1, pp. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07247-w>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07247-w>. Acesso em: 04 abr. 2022.

LAI, S. L. *et al.* Utilization of Private Sector Family Planning Services in Malaysia. **Int Q Community Health Educ**, v. 41, n. 4, pp. 395-403, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272684x20972864>. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272684X20972864?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272684X20972864?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&). Acesso em: 04 abr. 2022.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 4, pp. 486-493, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7vLNHNbWNPQrBy5BfVBfghn/?lang=pt#>. Acesso em: 05 mar. 2022.

LAWRENCE A., *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Med J.**, v. 129, n. 5, pp. 362-9, 2011.

LAWRENCE A., *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour: update. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 20, n. 8, p. 1-6, 2013.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, pp. 91-104, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/9zxhRbM8GHHz9pJWr59GZTJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>. Acesso em: 04 abr. 2022.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, pp. S5, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TfDWbFMJSGTBDGLBH5jrc5w/?lang=pt#>. Acesso em: 20 mar. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Suppl 1, p. 17-32, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 mar. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, pp. 823-835, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8nR78PnmfFQssDDgTggTjz/?lang=pt#>.

Acesso em: 12 mar. 2022.

LEAL, M. C. **Questionário Hospitalar – Puérpera / Instrumento para coleta de dados do prontuário**. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. Disponível em:

<https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/Questionario-Puerpera.pdf>

/ <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/Questionario-Prontuario.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2022.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M. R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 11, n. 12, 4929-37, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4937-2017>.

Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22487>. Acesso em: 05 mar. 2022.

LEITE, A. M. *et al.* Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Brasil, v. 17, n. 3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.31932>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31932>. Acesso em: 02 abr. 2022.

LIMA, R. O. *et al.* Interação de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, e-APE20190031, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO0031>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MNTRtZTNDLCWgHV4YWpHmP/?format=pdf&lang=pt>.

LINHARES, E. F. *et al.* Collective memory of umbilical cord stump care: an educational experience. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, suppl 3, pp. 360-364, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0735>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/n44chS7KjSLn5HLXb3fZsSf/?lang=pt#>. Acesso em: 14 mar. 2022.

LIVRAMENTO, D. V. P. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180211, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/BBmdvmww53KqpSdCrLYJZ5s/?lang=pt#>. Acesso em: 16 mar. 2022.

LUCENA, T. S.; SANTOS, A. A. P.; MORAIS, R. J. L. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 1, pp. 222-227, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7003>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LUZ, S. C. L. *et al.* Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D8Syrvy8TQLdTxzvpQ7BYDq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9258/1/livro\\_saude\\_crianca.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9258/1/livro_saude_crianca.pdf). Acesso em: 13 mar. 2022.

MARQUES, C. P. C. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. UNASUS/UFMA: São Luís, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7564/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20rede%20cegonha.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MAEDA, T. C. *et al.* Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 3, n. 2, pp. 6-18, 2014. DOI: <https://doi.org/10.18554/>. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1016>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MARTINEZ, E. Z.; ROZA, D. L. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human Development Index. **Women and Birth**, Austrália, v. 33, n. 2, p. 191-198, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921930068X?via%3Dihub>. Acesso em: 07 abr. 2022.

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, pp. 350-357, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QPfVQVTpmczQgjL783B9bVc/?lang=pt#>. Acesso em: 05 mar. 2022.

MEDEIROS, A. B. *et al.* Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 11, n. 3, e1046, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v11n3/2346-3414-cuid-11-3-e1046.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MEDEIROS, A. L. *et al.* Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 3, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.55316>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/9dZwkv3VJjm9Fv8V39bfkKC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MEDEIROS, M. Q. *et al.* Comparison of obstetrical interventions in women with vaginal and cesarean section delivered: cross-sectional study in a reference tertiary center in the Northeast of Brazil. **Czech Gynaecology**, Praha, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.prolekare.cz/en/journals/czech-gynaecology/2019-3-7/comparison-of-obstetrical-interventions-in-women-with-vaginal-and-cesarean-section-delivered-cross-sectional-study-in-a-reference-tertiary-center-in-the-northeast-of-brazil-113047/download?hl=en>. Acesso em: 07 abr. 2022.

MENDES, R. B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n3/1413-8123-csc-25-03-0793.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MENDES, R. B. *et al.* Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001087>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt\\_1518-8787-rsp-53-70.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-70.pdf). Acesso em: 05 abr. 2022.

MENEZES, A. M. B. *et al.* Stillbirth, newborn and infant mortality: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 48, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy129>. Disponível em: [https://academic.oup.com/ije/article/48/Supplement\\_1/i54/5382479](https://academic.oup.com/ije/article/48/Supplement_1/i54/5382479). Acesso em: 06 abr. 2022.

MENEZES, M. L. N.; BEZERRA, J. F. O.; BEZERRA, J. F. O. Epidemiological profile of maternal deaths in a referral hospital for high-risk pregnancy. **Rev Rene**, v. 16, n. 5, pp. 714-721, 2015. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500013>. Disponível em: [http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2838#:~:text=Most%20of%20these%20deaths%20were,and%20lung%20disease%20\(10.8%25\)..](http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2838#:~:text=Most%20of%20these%20deaths%20were,and%20lung%20disease%20(10.8%25)..) Acesso em: 12 mar. 2022.

MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, C. A. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Av Enferm**, v. 37, n. 1, pp. 47-55, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-47.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MONTEIRO, J. C. S. *et al.* Autoeficácia na amamentação em mulheres adultas e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v. 28, e3364, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PSKcd85NYhfnGYz3X97Jtcw/?lang=en>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MONTEIRO, J. C. S. *et al.* Determinantes sociais da saúde, aleitamento materno e diminuição das iniquidades em saúde. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 2, e7411225558, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25558>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25558>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MORAES, L. M. V. *et al.* Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151217>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DHJWcCxQ7X7j6wzJYZ4kD3z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

NASCIMENTO, K. I. M. *et al.* Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, pp. 7362-7380, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-278>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/27710>. Acesso em: 10 mar. 2022.

OLIVEIRA, F. A. M. *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, pp. 177-184, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kxCD6zdw69cTs6tLzHPfDDj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 20 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Normal childbirth care: a practical guide**. Genebra: OMS, 1996.

PANISSET, K.; GIORDANO, M. V.; GIORDANO, L. A. Contracepção injetável trimestral. **Revista da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, Supl. 1, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsupl1/a4852.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2 ed. Newbury Park: Sage, 1990.

PEDRAZA, D. F.; GOMES, A. A. P. Atenção pré-natal e contexto social de usuárias da Estratégia Saúde da Família em municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Cienc. Salud**, Bogotá, v. 19, n. 2, p. 55-78, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10600>. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732021000200055](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732021000200055). Acesso em: 15 mar. 2022.

PEREIRA JUNIOR, A. Uma introdução à filosofia das ciências da vida e da saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

PRATA, J. A. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210182, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0182>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bRFmDysd7BbxKzQ6JqJxSqK/?lang=pt#>. Acesso em: 06 abr. 2022.

PRADO, D. S. *et al.* Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 12, pp. 1039-1048, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1039>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/cvGk6hxK5C8LbSwMDzVfDGy/?lang=en#>. Acesso em: 17 mar. 2022.

PRADO, D. S. *et al.* The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000742>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZkqXrP5mw3xhK5tQTdBPgWy/?lang=en#>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PYYKÖNEN, A. *et al.* Cesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 96, n. 5, pp. 607-616, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13108>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13108>. Acesso em: 06 mar. 2022.

REZENDE, J. F.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

ROBBINS, C. L. *et al.* The Link Between Reproductive Life Plan Assessment And Provision of Preconception Care At Publicly Funded Health Centers. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 49, n. 3, pp. 167-172, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1363/psrh.12030>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603190/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

ROCHA, B. D. *et al.* Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03610, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ftGqgMsj3xwJXG778pQDHZc/?lang=pt#>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ROSEN, M. G.; MERKATZ, I. R.; HILL, J. G. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. **Obstet Gynecol**, v. 77, pp. 782-787, 1991.

RUDEY, E. L.; LEAL, M. C.; REGO, G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. **Medicine**, Philadelphia, v. 100, n. 1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000024176>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33429803/>. Acesso em: 07 abr. 2022.

RUIVO, A. C. O. *et al.* Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wSdLzrhW7RTGZ7dGPqwWfFj/?lang=pt#>. Acesso em: 05 abr. 2022.

SÁ, N. N. B. **Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) — Universidade de Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19252>. Acesso em: 05 abr. 2022.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. **Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00281.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.

SANDIN-BOJÖ, A. K.; KVIST, L. J. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. **Birth**, v. 35, n. 4, pp. 321-328, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x>. Acesso em: 06 abr. 2022.

SANCHES, M. T. C. *et al.* **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/canguru\\_capa\\_miolo.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/canguru_capa_miolo.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

SANTOS JÚNIOR, H. S. *et al.* Planejamento Reprodutivo: Perfil de adesão aos métodos contraceptivos. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14996-15010, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-287>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18649>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, pp.1664-1674, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125612>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KyF8pFNHQ6qBGTPRQw4QXdw/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SANTOS, K. L. A. *et al.* Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 3, p. 1787–1804, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.17648/diversitas-journal-v5i3-946>. Disponível em: [https://diversitasjournal.com.br/diversitas\\_journal/article/view/946](https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/946). Acesso em: 7 abr. 2022.

SANTOS, J. M. J. *et al.* Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 19, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jmLHsG6tP3NGNhsJXyGZSFH/?lang=pt#>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SANTOS, R. B. *et al.* Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1074/pdf1074>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SANTOS, J. M. J. *et al.* Posição da parturiente durante o parto vaginal: divergência entre a prática médica e da enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 4, p. 58–64, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19804>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE (SES-SE). **Plano Estadual de Saúde: 2020 a 2023**. Aracaju: Governo de Sergipe, 2019. Disponível em: <https://cides.se.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Plano-Estadual-de-Sa%C3%BAde-vig%C3%AAncia-2020-2023.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVA, C. B.; MOTTA, M. G. C.; BELLENZANI, R. Vivência da gestação e da maternidade por adolescentes/jovens que nasceram infectadas pelo HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 4, e20190405, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0405>. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001100178&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001100178&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 12 mar. 2022.

SILVA, C. M. *et al.* Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, pp. 1661-1671, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501661&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501661&lng=en). Acesso em: 04 abr. 2022.

SILVA, D. E. S. *et al.* Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto em um município do Nordeste brasileiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68997>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/68997/pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SILVA, E. P. *et al.* Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 5, pp. 356-362, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n5/356-362/pt>. Acesso em: 07 mar. 2022.



SILVA, J. L. P. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4190017.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YsRJDL4rwzT5Bx7xWnVD98y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2022.

SIQUEIRA, T. S. *et al.* Clinical characteristics and risk factors for maternal deaths due to COVID-19 in Brazil: a nationwide population-based cohort study. **Journal of Travel Medicine**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/jtm/taab199>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/advance-article/doi/10.1093/jtm/taab199/6495959?login=false>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, pp. 324-331, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xDQqdphRKhRc7K6HRV3TWdF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 abr. 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019.

SOUZA, M. R. T. *et al.* Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03549, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/v9jcnr6rLwsPZYM4zptGCrk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2022.

TAKEDA, S. **Avaliação da Qualidade do Pré-natal**. In: Unidade de Avaliação de Atenção Primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Orientadores: Fernando Celso Barros e Sandra Fuchs. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas, 1993. Disponível em: <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20Takeda.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.

VALE, C. C. R.; ALMEIDA, N. K. O.; DE ALMEIDA, R. M. V. R. Association between Prenatal Care Adequacy Indexes and Low Birth Weight Outcome. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 43, n. 4, pp. 256–263, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1728779>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/PfrjsrBzcvgzjQBgJq9hwcv/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 mar. 2022.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, pp. S85-S100, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDP4FL5qYQCpPKSVQpC/?lang=pt#>. Acesso em: 22 mar. 2022.

VAICHULONIS, C. G. *et al.* Evaluation of prenatal care according to indicators for the Prenatal and Birth Humanization Program. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 2, pp. 441-450, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tvgYtDBXYgmvDZcRmJWqW7j/?lang=pt#>. Acesso em: 19 mar. 2022.

VICTORA C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet Journal**, v. 387, n. 10017, pp. 475-90, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext). Acesso em: 09 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Global Strategy for Women's and Children's Health and the efforts of Every Woman Every Child. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health inequities and their causes**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>. Acesso em: 02 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding**. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Florence: WHO/UNICEF, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in Normal Birth: a practical guide**. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf). Acesso em: 19 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

WU, D. S. *et al.* Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. **Am J Obstet Gynecol MFM**, v. 3, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100442>. Disponível em: [https://www.ajogmf.org/article/S2589-9333\(21\)00137-3/fulltext#relatedArticles](https://www.ajogmf.org/article/S2589-9333(21)00137-3/fulltext#relatedArticles). Acesso em: 12 mar. 2022.

WU, K. K.; LOPEZ, C.; NICHOLS, M. Virtual Visits in Prenatal Care: An Integrative Review. **J Midwifery Womens Health**, v. 67, n. 1, pp. 39-52, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13284>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.13284>. Acesso em: 04 abr. 2022.



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Questionário nº \_\_\_\_\_

<b>DADOS DOS PRONTUÁRIOS DA PUÉRPERA E DO RN / CARTÃO DA GESTANTE*</b>		
<b>Leito:</b> _____		
<b>Tipo de gestação:</b>	1.( ) Única	2.( ) Gemelar/Múltipla
<b>Tipo de parto REALIZADO:</b>	1.( ) Vaginal (normal/natural) 3.( ) Fórceps	2.( ) Cesariana
<b>Intervenções DURANTE O TRABALHO DE PARTO:</b> - Ler atentamente a evolução no prontuário da puérpera no posto de enfermagem do alojamento. - Marque X na(s) alternativa(s).	1.( ) Cateter venoso periférico 3.( ) Analgesia epidural 5.( ) Enteroclistma	2.( ) Ocitocina 4.( ) Amniotomia 6.( ) Uso de partograma 0.( ) Não se aplica / Não entrou em trabalho de parto.
<b>Intervenções DURANTE O PARTO:</b> - Marque X na(s) alternativa(s).	1.( ) Laceração 3.( ) Episiotomia	2.( ) Manobra de Kristeller 0.( ) Não se aplica / Cesariana
<b>APRESENTAÇÃO fetal:</b>	1.( ) Cefálica 3.( ) Córmica ou Transversa	2.( ) Pélvica
<b>SITUAÇÃO fetal:</b> - Se apresentação cefálica ou pélvica, marcar item 1.	1.( ) Longitudinal	2.( ) Transversa
<b>APGAR no 1º Minuto:</b>	1.( ) < 7 (Número: _____)	2.( ) ≥ 7 (Número: _____)
<b>APGAR no 5º Minuto:</b>	1.( ) < 7 (Número: _____)	2.( ) ≥ 7 (Número: _____)
<b>RN com qualquer anormalidade congênita:</b>	1.( ) _____	Sim: 2.( ) Não
<b>PESO do RN ao nascer:</b>	1.( ) < 2.500g 3.( ) > 4.000g	2.( ) ≥ 2.500g e ≤ 4.000g
<b>Com quantas semanas de gestação ocorreu o parto?</b>	1.( ) ≤ 36 semanas 3.( ) > 42 semanas	2.( ) 37 a 42 semanas
<b>Quais práticas foram realizadas no RN logo após o nascimento?</b> - Observar a ficha do RN no alojamento conjunto. - Ler atentamente a evolução completa do RN. - Marque X na(s) alternativa(s).	1.( ) Credeização <input type="checkbox"/> Nitrato <input type="checkbox"/> PVPI 3.( ) Administração da vitamina K 5.( ) Aspiração vias aéreas superiores 7.( ) Aspiração gástrica	2.( ) Vacinação <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> BCG 4.( ) Uso de berço aquecido 6.( ) Uso de incubadora 8.( ) Oxigênio inalatório
<b>Gestação/Paridade/Abortos = G: _____ P: _____ A: _____</b>		<b>Comprimento do RN: _____ cm</b>
<b>Perímetro Cefálico do RN: _____ cm</b>	<b>Perímetro Torácico do RN: _____ cm</b>	<b>Perímetro Abdominal do RN: _____ cm</b>
<b>*Peso anterior à gravidez (kg): _____</b>	<b>*Altura (cm): _____</b>	<b>*IMC anterior à gravidez: _____</b>
<b>INÍCIO DA ENTREVISTA</b>		
- A partir de agora, a única fonte de informação será a fala da puérpera (exceto na avaliação dos exames realizados no pré-natal).		
<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		
<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____	<b>Idade da puérpera (em anos completos):</b> _____	
<b>Município de residência:</b> _____	<b>Zona de moradia:</b> 1.( ) Urbana 2.( ) Rural	
<b>1. Qual sua situação conjugal?</b>	1.( ) Vive COM companheiro	2.( ) Vive SEM companheiro
<b>2. Qual sua escolaridade?</b> - Pode ser completo ou incompleto.	1.( ) Não estudou 3.( ) Médio	2.( ) Fundamental 4.( ) Superior
<b>3. Possui algum trabalho remunerado?</b>	1.( ) Sim	2.( ) Não
<b>3.1. Se SIM, onde trabalha?</b>	1.( ) Dentro de sua casa	2.( ) Fora de sua casa 0.( ) Não se aplica
<b>3.2. Se SIM, quantas horas por dia você precisa trabalhar?</b>	1.( ) Até 4 hrs 3.( ) Até 8 hrs ou mais	2.( ) Até 6 hrs 0.( ) Não se aplica
<b>4. Quantas pessoas moram em sua casa (incluindo você)?</b> _____		
<b>5. Qual sua renda familiar total?</b>	1.( ) ≤ 1 Salário Mínimo (SM) 3.( ) > 2 SM e ≤ 3 SM	2.( ) > 1 SM e ≤ 2 SM 4.( ) > 3 SM
<b>6. Qual a cor da sua pele?</b> - Referida pela mulher.	1.( ) Branca 3.( ) Parda	2.( ) Amarela 4.( ) Preta
<b>7. Qual sua religião?</b>	1.( ) Sem religião	2.( ) Católica

	3.( ) Evangélica	4.( ) Outra: _____
8. Você tem diabetes e/ou “pressão alta”?	1.( ) Sim [ ] DM e/ou [ ] HAS	2.( ) Não
9. Faz uso de bebida alcoólica?	1.( ) Sim	2.( ) Não
10. Faz uso de tabaco/cigarro?	1.( ) Sim	2.( ) Não
<b>DADOS SOBRE O PRÉ-NATAL</b>		
11. Você fez o pré-natal nesta gravidez?	1.( ) Sim	2.( ) Não
11.1. Se NÃO, por qual motivo? <b>- Se NÃO, pular para a questão nº 24.</b>	1.( ) Não sabia da gravidez 3.( ) Dificuldade de acesso	2.( ) Problema pessoal 0.( ) Não se aplica/Fez PN
12. Em qual mês de gravidez você iniciou o pré-natal?	1.( ) Até o 3º mês 3.( ) Do 7º ao 9º mês	2.( ) Do 4º ao 6º mês 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
13. Quantas consultas de pré-natal você realizou?	1.( ) 1 a 3 consultas 3.( ) 6 ou mais consultas	2.( ) 4 ou 5 consultas 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
14. Qual categoria profissional realizou a MAIORIA destas consultas?	1.( ) Enfermeiro	2.( ) Médico 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
15. Você foi acompanhada pelo(s) mesmo(s) profissional(is) durante todo ou maior parte do pré-natal?	1.( ) Sim	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
16. Seu parceiro / pai da criança também participou das consultas de pré-natal?	1.( ) Sim, totalmente 3.( ) Não participou	2.( ) Sim, parcialmente 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
16.1. Se SIM, qual(is) atividade(s) foi(ram) realizada(s) com seu parceiro / pai da criança durante o pré-natal? <b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>	1.( ) Testes rápidos e exames de rotina 3.( ) Incentivo à participação nas atividades educativas, consultas e exames da mulher	2.( ) Atualização do cartão de vacina 4.( ) Orientação sobre o direito de acompanhá-la no processo de parto 0.( ) Não se aplica / Parceiro não participou das consultas de PN.
17. Você recebeu o “cartão de pré-natal”? Se SIM, você trouxe seu cartão para a maternidade?	1.( ) Sim [ ] Trouxe o cartão [ ] Não trouxe o cartão	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
18. Em qual TIPO DE SERVIÇO realizou A MAIORIA das consultas de pré-natal?	1.( ) Público/SUS	2.( ) Privado/Plano de saúde 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
18.1. Se PÚBLICO, onde aconteceram?	1.( ) Atenção Básica/UBS	2.( ) Ambulatório Hospitalar 0.( ) Não se aplica/Serviço privado
19. Foi considerada uma gestante de risco durante o pré-natal?	1.( ) Sim	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
20. Durante o pré-natal você recebeu informações / orientações sobre: <b>- Atenção às alternativas da AMAMENTAÇÃO</b> <b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>	1.( ) Como inicia o trabalho de parto 3.( ) Sinais de risco na gravidez 4.( ) Atividades para facilitar o parto 5.( ) Não recebi nenhuma orientação 0.( ) Não se aplica/Não fez PN	2.( ) Amamentação: [ ] importância na 1ª hora de vida do RN, [ ] até quando amamentar exclusivamente e [ ] até quando amamentar não-exclusivamente (am. complementar).
21. Foi orientada sobre a maternidade de referência para o parto? Se SIM, Qual?	1.( ) Sim [ ] Zacarias Júnior [ ] Outra instituição	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica/Não fez PN
22. Qual(is) exame(s) você realizou no INÍCIO do pré-natal (VER CARTÃO DA GESTANTE) ? <b>- Marcar apenas se constar o resultado no cartão.</b> <b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>	1.( ) Ultrassonografia 3.( ) ABO-Rh 5.( ) Hb/Ht 7.( ) VDRL 9.( ) Urina rotina (EAS)	2.( ) Teste rápido: [ ] HIV; [ ] Sífilis 4.( ) HBsAg 6.( ) Glicemia Jejum 8.( ) Toxoplasmose 0.( ) Não trouxe o cartão/Não fez PN
23. Qual(is) exame(s) foi(ram) repetido(s) APROXIMADAMENTE no terceiro trimestre da gravidez*(VER CARTÃO DA GESTANTE)? <b>- Marcar apenas se constar o resultado no cartão.</b> <b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>	1.( ) Hemograma 3.( ) Urina rotina (EAS) 5.( ) Glicemia Jejum 7.( ) Bacterioscopia de secreção vaginal	2.( ) Anti-HIV 4.( ) VDRL 6.( ) HBsAg 0.( ) Não trouxe o cartão/Não fez PN
<b>DADOS SOBRE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</b>		
24. Você tentou interromper a gravidez atual?	1.( ) Sim	2.( ) Não
25. Algum profissional de saúde já lhe orientou sobre ‘métodos contraceptivos’ (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)?	1.( ) Sim	2.( ) Não
25.1. Se SIM, como você classificaria essa orientação?	1.( ) Muito satisfatória 3.( ) Insatisfatória	2.( ) Mais ou menos satisfatória 0.( ) Não se aplica/Não foi orientada

26. Qual(is) método(s) contraceptivo(s) você conhece?	1.( ) Preservativo/Camisinha 3.( ) Pílula anticoncepcional 5.( ) Laqueadura de trompas 7.( ) Diafragma	2.( ) DIU 4.( ) Vasectomia 6.( ) Injeção 8.( ) Outro: _____
<b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>		
27. Algum profissional de saúde já lhe orientou sobre 'planejamento familiar'?' (antes e/ou durante e/ou após a gestação atual)	1.( ) Sim	2.( ) Não
27.1. Se SIM, qual CATEGORIA PROFISSIONAL fez essa orientação?	1.( ) Enfermeiro 3.( ) Outro: _____	2.( ) Médico 0.( ) Não se aplica/Não foi orientada
27.2. Se SIM, QUANDO recebeu essas informações?	1.( ) Antes da gestação atual 3.( ) No pós-parto	2.( ) Durante o pré-natal 0.( ) Não se aplica/Não foi orientada
28. A gestação atual foi planejada?	1.( ) Sim	2.( ) Não
29. Como SE SENTIU ao saber dessa gravidez?	1.( ) Satisfeita 3.( ) Insatisfeita	2.( ) Mais ou menos satisfeita
30. Qual foi SUA PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO ao saber dessa gravidez?	1.( ) Queria engravidar agora 3.( ) Não queria engravidar	2.( ) Queria esperar mais tempo
<b>DADOS SOBRE O TIPO DE PARTO</b>		
31. No INÍCIO DA GRAVIDEZ, qual TIPO DE PARTO você gostaria de ter?	1.( ) Parto vaginal 3.( ) Sem preferência ("tanto faz")	2.( ) Cesariana
31.1. Se PARTO VAGINAL, qual(is) a(s) razão(ões) dessa escolha?	1.( ) Tem melhor recuperação 3.( ) História familiar/amigas 5.( ) Medo da cesariana	2.( ) Desejo pessoal 4.( ) Experiência positiva com parto vaginal (não é primípara)
<b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>		
31.2. Se CESARIANA, qual(is) a(s) razão(ões) dessa escolha?	1.( ) Medo da dor do parto 3.( ) História familiar/amigas 5.( ) Preferência do marido	2.( ) Desejo pessoal 4.( ) Problemas de saúde 6.( ) Realização de laqueadura
<b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>		
32. DURANTE O PRÉ-NATAL, qual o TIPO DE PARTO que lhe orientaram ser o MAIS SEGURO ("o melhor")?	1.( ) Parto vaginal 3.( ) Qualquer um (ambos)	2.( ) Cesariana 4.( ) Não ficou esclarecido 0.( ) Não fez pré-natal
33. No FINAL DA GRAVIDEZ, qual TIPO DE PARTO você DECIDIU ter?	1.( ) Parto vaginal 3.( ) Sem decisão	2.( ) Cesariana
34. De QUEM partiu essa decisão final sobre o tipo de parto?	1.( ) De você (Mulher) 3.( ) De ambos	2.( ) Do profissional
<b>DADOS SOBRE AS BOAS PRÁTICAS NO PARTO</b>		
35. Você teve acompanhante nessa maternidade?	1.( ) Sim, em ALGUNS momentos 3.( ) Não, em NENHUM momento	2.( ) Sim, em TODOS os momentos
<b>- Se NÃO, pular para questão nº 36.</b>		
35.1. Se SIM, em QUAIS MOMENTOS o acompanhante estava, de fato, presente?	1.( ) Antes/durante a admissão 3.( ) Durante o parto/"na hora de nascer mesmo" 5.( ) No pós-parto mediato / no quarto ou "alojamento conjunto"	2.( ) Durante o trabalho de parto 4.( ) No pós-parto imediato: centro cirúrgico/sala de parto 0.( ) Não se aplica/Não teve acomp.
<b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>		
35.2. Se SIM, quem foi seu(ua) acompanhante?	1.( ) Mãe 3.( ) Amiga(o) 5.( ) Outro: _____	2.( ) Companheiro/Pai da c. 4.( ) Irmã(ão) 0.( ) Não se aplica/Não teve acomp.
35.3. Se SIM, o acompanhante foi quem você realmente escolheu ("pessoa que você queria")?	1.( ) Sim	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica/Não teve acomp.
35.4. Se SIM, como foi sua experiência de ter um acompanhante nesse processo de parto?	1.( ) Ajudou muito 3.( ) Indiferente / Nem ajudou e nem atrapalhou	2.( ) Ajudou um pouco 4.( ) Não ajudou 0.( ) Não se aplica/Não teve acomp.
35.5. Se SIM, a maternidade ofereceu uma cadeira para o acompanhante?	1.( ) Sim, para alguns leitos 3.( ) Não	2.( ) Sim, para todos os leitos 0.( ) Não se aplica/Não teve acomp.
35.6. Se SIM, a maternidade ofereceu privacidade mínima para você e seu acompanhante em todos os momentos?	1.( ) Sim, totalmente 3.( ) Não	2.( ) Sim, parcialmente 0.( ) Não se aplica/Não teve acomp.
36. Você entrou em Trabalho de Parto?	1.( ) Sim	2.( ) Não
<b>- Se NÃO, pular para a questão nº 37.</b>		
36.1. Se SIM, você permaneceu em DIETA ZERO durante todo o trabalho de parto?	1.( ) Sim	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica/Não entrou em TB

36.2. Se SIM, você utilizou alguma das “tecnologias não-farmacológicas para alívio da dor” durante o seu trabalho de parto?	1.( ) Deambulação (“caminhar”) 3.( ) Bola suíça 5.( ) Massagem 7.( ) Nenhuma	2.( ) Banho quente 4.( ) Agachamento 6.( ) Bamboleio 0.( ) Não se aplica/Não entrou em TB
<b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>		
36.2.1. Quem auxiliou você durante o uso dessas “tecnologias não-farmacológicas”?	1.( ) Equipe da Enfermagem 3.( ) Acompanhante	2.( ) Equipe da Medicina 0.( ) Não se aplica/Não entrou em TB
37. Você conhecia as “tecnologias não-farmacol.” ANTES DE SER ADMITIDA na maternidade?	1.( ) Sim. Mas quando conheceu? [ ] Antes ou [ ] Durante o pré-natal	2.( ) Não
<b>DADOS SOBRE O PARTO</b>		
38. Qual TIPO DE SERVIÇO utilizado para realização do parto?	1.( ) Público/SUS	2.( ) Privado/ Plano de saúde
39. Qual categoria profissional conduziu o parto (“qual profissional fez o parto”)?	1.( ) Enfermeiro 3.( ) Outro: _____	2.( ) Médico
40. O profissional que conduziu o parto foi o mesmo que fez o seu pré-natal?	1.( ) Sim	2.( ) Não 0.( ) Não fez pré-natal
41. Como você chegou à maternidade?	1.( ) A pé 3.( ) Ambulância 5.( ) Táxi	2.( ) Carro particular 4.( ) Ônibus/Van 6.( ) Outro: _____
42. Você procurou outro estabelecimento para ter o parto antes de vir aqui? Se SIM, quantos? <b>- Referente à peregrinação para o parto.</b>	1.( ) Sim [ ] Um [ ] Dois [ ] Três ou mais	2.( ) Não
43. Com quantas semanas/meses de gestação ocorreu o parto?	1.( ) ≤ 36 semanas / < 9º mês 3.( ) > 42 semanas / > 10º mês	2.( ) 37 a 42 semanas / 9º mês 4.( ) Não sabe informar
44. Qual foi o tipo de parto realizado: <b>- Mesmo já coletado, deve perguntar.</b>	1.( ) Normal 3.( ) Natural (“sem intervenção”)	2.( ) Cirurgia cesariana
44.1. Se NORMAL ou NATURAL, qual foi SUA POSIÇÃO no momento do parto?	1.( ) Verticalizada Inclui: De pé, Cócoras, Sentada/ Reclinada, De quatro apoios.	2.( ) Horizontalizada/Litotômica Inclui: Deitada de lado/costas. 0.( ) Não se aplica/Cesariana
44.2. Se NORMAL ou NATURAL, foi você quem escolheu essa posição?	1.( ) Sim	2.( ) Não 0.( ) Não se aplica
44.3. Se NORMAL ou NATURAL, você sabe como ficou o seu períneo (vagina)?	1.( ) Cortaram e deram pontos (episiotomia)	2.( ) Rompeu e deram pontos (lacer.) 3.( ) Não se aplica/Cesariana
45. Apertaram ou subiram em sua barriga na hora do parto (Kristeller)?	1.( ) Sim	2.( ) Não
46. Qual o intervalo de HORAS entre a admissão e o momento do parto?	1.( ) Até 4 hrs 3.( ) 8 a 12 hrs	2.( ) 4 a 8 hrs 4.( ) Mais que 12 hrs
<b>DADOS SOBRE A SATISFAÇÃO DA MULHER COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>		
47. Você sofreu algum tipo de violência física, verbal ou psicológica nessa maternidade?	1.( ) Sim [ ] Física, [ ] Verbal [ ] Psicológica	2.( ) Não
48. Qual(is) item(ns) a seguir você avalia como EXCELENTE nessa maternidade? <b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>	1.( ) Tempo de espera até ser atendida 3.( ) Sua participação nas decisões 5.( ) Clareza nas explicações 7.( ) Atendimento médico	2.( ) Privacidade no trabalho de parto de parto e parto 4.( ) Respeito dos profissionais 6.( ) Tempo disponível para fazer perguntas
<b>DADOS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO</b>		
49. Qual o sexo do(a) seu(ua) filho(a)?	1.( ) Masculino	2.( ) Feminino
50. Qual a cor da pele do(a) seu(ua) filho(a)? <b>- Referida pela mãe.</b>	1.( ) Branca 3.( ) Parda	2.( ) Amarela 4.( ) Preta
51. Algum profissional de saúde lhe disse quais procedimentos foram realizados no(a) seu(ua) filho(a) logo após o nascimento?	1.( ) Sim. Lembra os procedimentos? [ ] Antropometria [ ] Vacinação [ ] Credeização [ ] Vitamina K	2.( ) Não. Mas você chegou a perguntar alguma coisa? [ ] Sim [ ] Não
52. Você teve contato pele a pele com seu(ua) filho(a) logo após o nascimento? <b>- Na primeira hora de vida.</b>	1.( ) Sim	2.( ) Não
53. Você conseguiu ofertar o seio ao seu(ua) filho(a) ainda na sala de parto?	1.( ) Sim	2.( ) Não
54. Você foi para o alojamento conjunto DIRETO DA SALA DE PARTO (“logo depois que pariu”)?	1.( ) Sim	2.( ) Não
55. Você foi orientada na maternidade sobre o “NÃO USO” de mamadeiras e chupetas?	1.( ) Sim	2.( ) Não



56. Você foi orientada sobre a “HIGIENE do RN” na maternidade (citar banho/ cuidado com coto)?		1.( ) Sim	2.( ) Não
<b>DADOS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO</b>			
57. Você amamentou, de fato, seu(ua) filho(a) na primeira hora de vida (“houve a mamada”)?		1.( ) Sim	2.( ) Não
57.1. Se NÃO, por qual motivo principal?	1.( ) Levaram para examinar 3.( ) Você (mãe) não quis amamentar 5.( ) Mãe HIV+ /HTLV+	2.( ) Leite não desceu 4.( ) Bebê prematuro 0.( ) Não se aplica	
58. ATÉ QUANDO pretende amamentar seu(ua) filho(a) EXCLUSIVAMENTE com leite materno?	1.( ) Até o 6º mês de vida 5.( ) Não pretendo amamentá-lo(a), por motivo de [ ] trabalho, [ ] opção, ou [ ] outro motivo: _____	2.( ) Até o 1º ano de vida 3.( ) Até o 2º ano de vida 4.( ) Até o 3º ano de vida ou mais	
59. Você deixaria de amamentar seu(ua) filho(a) por qual(is) motivo(s)?: <b>- Marque X na(s) alternativa(s).</b>	1.( ) Se o ‘bico do seio’ rachar 3.( ) Quando ele(a) completar dois anos de vida	2.( ) Se sair pouco leite 4.( ) Se o leite ficar ‘fraco’ 0.( ) Não pretendo amamenta-lo(a)	

**FIM DA ENTREVISTA  
MUITO OBRIGADO(A)!**



*Uso de imagem autorizada pela Ilustradora Canadense Thalita Dol Essinger*

**ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFS**

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** NASCER EM LAGARTO, SE: INQUÉRITO MUNICIPAL SOBRE PARTO E

**Pesquisador:** Rosemar Barbosa Mendes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 82426418.0.0000.5546

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.553.774

**Apresentação do Projeto:**

O projeto pretende estudar a hipótese de que a qualidade do pré-natal e a via de parto interferem nos resultados perinatais.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento no município de Lagarto, Sergipe.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sócio demográfico das mulheres assistidas na maternidade Zacarias Júnior em Lagarto, Sergipe; Analisar a qualidade da assistência pré-natal das mulheres assistidas na maternidade Zacarias Júnior, tendo em vista a sua adequação conforme

parâmetros do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN); Identificar os tipos de parto realizados e os motivos para realização de cada um na maternidade Zacarias Júnior em Lagarto, Sergipe;

Avaliar as práticas assistenciais do atendimento ao parto e nascimento na maternidade Zacarias Júnior em Lagarto, Sergipe; Investigar o conhecimento e prática do aleitamento materno entre as mulheres assistidas na maternidade Zacarias Júnior em Lagarto, Sergipe; Correlacionar as características sócio demográficas e gestacionais das mulheres com as práticas assistências do parto e nascimento na maternidade Zacarias Júnior.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os potenciais riscos envolvidos na participação desta pesquisa são considerados mínimos e estão

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Sanatório

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.553.774

relacionados à possibilidade de constrangimento da puérpera durante a entrevista. As medidas adotadas para sua minimização serão a condução da entrevista por pesquisador único e preparado para o desempenho desta função, com a escolha de um local e horário propícios à privacidade das mulheres e garantia do anonimato absoluto nas informações a serem obtidas.

**Benefícios:**

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher durante o pré-natal, parto e nascimento e também para a prevenção de desfechos negativos no binômio mãe-filho durante este processo no município de Lagarto, Sergipe.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa transversal e quantitativa, de base hospitalar, com abordagens descritiva e analítica, caracterizada por entrevistas face a face no pós-parto imediato e extração de dados do prontuário hospitalar e do cartão da gestante. Participarão da pesquisa mulheres com parto de feto vivo de qualquer peso ou idade gestacional e de feto morto com peso > 500g ou IG >20 semanas ocorridos na maternidade Zacarias Júnior, Lagarto, Sergipe.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplicam.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_959509.pdf	24/01/2018 20:12:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	24/01/2018 20:12:01	Rosemar Barbosa Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	24/01/2018 20:09:20	Rosemar Barbosa Mendes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_MATERNIDADE_ZACARIAS_JUNIOR.pdf	23/01/2018 22:25:40	Rosemar Barbosa Mendes	Aceito

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Sanatório

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.553.774

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/01/2018 22:22:02	Rosemar Barbosa Mendes	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARACAJU, 21 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Anita Hermínia Oliveira Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Sanatório

**CEP:** 49.060-110

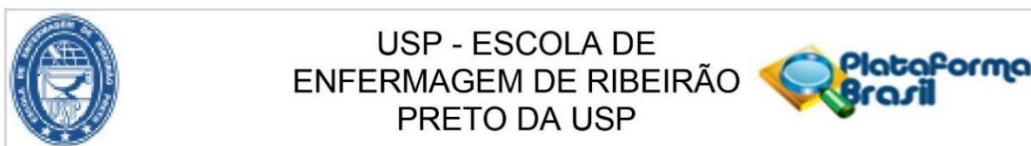
**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cephu@ufs.br

## ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP-USP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES ASSOCIADOS ÀS INADEQUAÇÕES DO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO ENTRE MULHERES E/OU RECÉM-NASCIDOS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO NORDESTE BRASILEIRO

**Pesquisador:** José Marcos de Jesus Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52542321.8.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.111.309

**Apresentação do Projeto:**

Avaliação inicial (em relatoria)

Envolvidos 1 doutorando e 1 orientador(Dra. Adriana Moraes Leite)

Projeto com Título: FATORES ASSOCIADOS AS INADEQUACOES DO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO ENTRE MULHERES E/OU RECEM-NASCIDOS DE UMA REGIONAL DE SAUDE DO NORDESTE BRASILEIRO.

Estudo descritivo e analítico com abordagem quantitativa, retrospectiva, com análise de dados secundários. Descrito no projeto como: "...uma pesquisa quantitativa e observacional, transversal, descritiva e inferencial, usando dados do Projeto de Pesquisa "Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento", também de autoria do discente de Doutorado Direto junto à orientadora de graduação e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe."

Refere-se a uma pesquisa de Doutorado Direto (DD) utilizando dados do Projeto de Pesquisa "Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento", também de autoria do discente de DD junto à orientadora de graduação e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) em março/2018, sob Parecer no

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.111.309

2.553.774 e CAAE no 82426418.0.0000.5546.

Submete este Projeto de Pesquisa de DD ao CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) com a solicitação de dispensa de TCLE/TALE, tendo em vista o uso de banco de dados coletados em projeto apreciado e aprovado pelo CEP da UFS, anteriormente.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primario:**

Analisar as variáveis maternas e assistenciais associadas as inadequações do pre-natal, parto e nascimento entre mulheres e/ou recém-nascidos de uma Regional de Saúde do Nordeste brasileiro.

**Objetivo Secundario:**

Identificar a prevalência das inadequações do pre-natal, parto e nascimento entre mulheres e/ou recém-nascidos da Região Centro-Sul do Sergipe, no Nordeste brasileiro;

Estimar associações entre variáveis sociodemográficas maternas com a realização de um pre-natal inadequado ao Programa de Humanização no Pre-natal e Nascimento – início tardio, consultas em número insuficiente, deficiências na realização dos exames do primeiro e terceiro trimestres, falta de orientação sobre a maternidade de referência para o parto, não inclusão do parceiro e outros descumprimentos as atividades preconizadas –, além da gravidez não planejada, gravidez na adolescência, insatisfação da mulher com a descoberta da gestação e preferência inicial da mulher pela cesariana;

Estimar associações entre variáveis sociodemográficas maternas e da assistência pre-natal com a peregrinação no anteparto, não utilização dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, ausência do acompanhante na parturição, escolha da mulher pela posição horizontal no parto vaginal, realização da cesariana, não implementação do contato pele a pele logo após o nascimento e não amamentação na primeira hora de vida;

Estimar associações entre variáveis maternas e assistenciais com a ocorrência de episiotomia/laceração no parto, utilização da manobra de Kristeller e o não uso do partograma,

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.111.309

alem das possiveis alteracoes em relacao ao Apgar, perimetros cefalico/toracico/abdominal, peso e idade gestacional ao nascer, contato pele a pele e amamentacao logo apos o nascimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos atribuídos a este projeto. Entretanto, da pesquisa original temos descritos:

Foram adotados todos os cuidados necessários visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações, conforme estabelecido nas Resoluções no 466/2012, no 510/2016 e no 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados às implicações positivas do entendimento dos fatores associados aos desfechos maternos e neonatais negativos, uma vez que isso permitirá a identificação das vulnerabilidades assistenciais e/ou estruturais da saúde materno-infantil e possibilitará a realização de ações específicas para prevenção e promoção da saúde da mulher e da criança.

Em relação aos riscos, inferiu-se a possibilidade de constrangimento em alguns dos questionamentos da entrevista. Entretanto, adotou-se medidas para sua minimização: pesquisador único para cada entrevista, o qual foi treinado para o desempenho desta função e realização da entrevista nas melhores condições possíveis de local, horário, conforto e privacidade da puerpera.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de análise de dados secundários, relevante e bem descrito. Todos os documentos foram anexados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos anexados:

1. Ofício de encaminhamento do protocolo (novo projeto ou emenda);
2. Cronograma de acordo com a Carta Circular nº 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS;
3. Orçamento indicando quem será o responsável pelos custos; Responsabilidade dos pesquisadores.
4. Folha de rosto;
5. Projeto detalhado, de acordo com as diretrizes do CEP-EERP/USP;
6. Autorização do local de coleta de dados devidamente assinada e com a indicação da função de quem assinou;
7. TCLE, TA, se aplicável, e/ou solicitação de dispensa de aplicação do TCLE (e do TA), se aplicável"

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br





USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.111.309

trata-se de solicitação de dispensa.

**Recomendações:**

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/>

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer apreciado na 293ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1734026.pdf	05/10/2021 18:45:43		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	30/09/2021 10:29:48	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
Outros	OFICIO_DE_ENCAMINHAMENTO_DE_PROJETO_DE_PESQUISA_AO_CEP_EERP.pdf	27/09/2021 19:01:37	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/09/2021 19:00:47	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/09/2021 19:00:38	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	27/09/2021 18:59:21	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_AUTORIZACAO_PARA_USO_DE_BANCO_DE_DADOS.pdf	11/04/2021 02:12:20	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	OFICIO_DE_SOLICITACAO_DE_DISPENSA_DE_TCLE_e_TALE.pdf	11/04/2021 02:10:16	José Marcos de Jesus Santos	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.111.309

Ausência	OFICIO_DE_SOLICITACAO_DE_DISPENSA_DE_TCLE_e_TALE.pdf	11/04/2021 02:10:16	José Marcos de Jesus Santos	Aceito
----------	--	------------------------	--------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 18 de Novembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**RONILDO ALVES DOS SANTOS**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

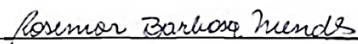
**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br

**ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS****DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS**

Eu, Profa. Dra. **Rosemar Barbosa Mendes**, declaro para os devidos fins que **José Marcos de Jesus Santos**, regularmente matriculado no curso de Doutorado Direto do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), está autorizado a utilizar o banco de dados do Projeto de Pesquisa intitulado “*Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento*”, também de sua autoria durante a graduação. Trata-se de uma pesquisa elaborada pelo discente para o seu Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Sergipe, Campus Prof. Antônio Garcia Filho, sob a minha orientação. Na Plataforma Brasil, estou cadastrada como Pesquisadora Responsável e ele como Assistente de Pesquisa, tendo o projeto recebido a aprovação em março/2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob Parecer nº 2.553.774 e CAAE nº 82426418.0.0000.5546.

Aracaju, SE, 10 de abril de 2021



Assinatura