



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SARAH ALVES MOURA COSTA**

**REDE CEGONHA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM MATERNIDADE**

**SALVADOR  
2016**

**SARAH ALVES MOURA COSTA**

**REDE CEGONHA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM MATERNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestra em Enfermagem, Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Organização dos serviços de Saúde, na Linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

**Orientadora:**

Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

**Coorientadora:**

Profa. Dra. Mariza Silva Almeida

SALVADOR  
2016

Alves Moura Costa, Sarah

Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em  
maternidade / Sarah Alves Moura Costa. -- Salvador,  
2016.

95 f.

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Coorientadora: Mariza Silva Almeida.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de  
Enfermagem, 2016.

1. Rede Cegonha. 2. Saúde da mulher. 3.  
Integralidade em saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5.  
Políticas públicas de saúde. I. de Almeida Cardoso  
Coelho, Edméia. II. Silva Almeida, Mariza. III. Título.

**SARAH ALVES MOURA COSTA**  
**REDE CEGONHA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER EM MATERNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

**Aprovada em 31 de março de 2016.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Edméia de Almeida Cardoso Coelho** \_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Tânia Christiane Ferreira Bispo** \_\_\_\_\_

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade do Estado da Bahia

**Telmara Menezes Couto** \_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Isa Maria Nunes** \_\_\_\_\_

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

A Milton, meu amigo, companheiro, amante, amor.  
Ao meu irmão Teco e a minha irmã Sam, por seu carinho e compreensão.  
À Stella, por despertar e continuar me ensinando o significado de amar.  
À minha mãe, Lídia, e a meu pai, Geraldo, por tudo aquilo que não consigo trazer em  
palavras, mas se traduz no olhar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por tornar este momento possível.

A todos(as) meus(minhas) queridos(as) familiares e amigos(as), por compreenderem a ausência e pelo apoio e carinho em todos os momentos desta trajetória. Em especial à minha dinda Stella, a quem pretendo recompensar por todas as horas que não estive disponível para brincar.

À minha orientadora, Profa. Edméia, por compartilhar momentos de aprendizado e pela confiança, liberdade, disponibilidade e paciência nesta trajetória.

À Profa. Mariza, amiga e coorientadora, com quem tenho vivenciado desde a graduação, pelos momentos de alegria e aprendizado. Sou grata por todo o apoio e incentivo na minha trajetória profissional e de vida.

Às Profas. Telmara Couto, Tânia Bispo e Isa Nunes, por aceitarem participar da banca de defesa e colaborado para o meu crescimento intelectual.

Ao amigo Felipe Guedes, pelo apoio incondicional e pela sensibilidade nos momentos mais difíceis.

Aos confrareiros(a) (e mestrandos) Deyvid Rebouças, Kleydson Bonfim e Mariana Nossa, que contribuíram sempre com palavras de apoio, acompanhados de risos soltos e gestos de carinho.

Às amigas do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade, sempre parceiras nos momentos fundamentais.

Ao Pet Rede de Atenção-Rede Cegonha, pelo aprendizado e pela troca de experiências, compartilhados.

A EEUFBA e a todos(as) funcionários(as) pelo carinho e disponibilidade, e por se constituir mais uma vez em campo de aprendizado.

A todas(os) as(os) profissionais participantes, pela disponibilidade e confiança em compartilhar suas experiências, contribuindo para a produção científica em saúde.

"É sempre fundamental estar trabalhando com utopias;  
entretanto, numa determinada conjunção de forças políticas,  
essas propostas ganham força e acabam se tornando realidade."

Sérgio Arouca



## RESUMO

COSTA, Sarah Alves Moura. **Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em maternidade.** 2016. Dissertação (mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

No Brasil, sobretudo a partir do ano 2000, se intensificam ações com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Para seu alcance, contou-se com o Programa de Humanização do Parto e Nascimento e, posteriormente, com a Rede Cegonha, em 2011. Essa estratégia representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Sua operacionalização requer qualificação técnica das equipes da atenção básica e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação da oferta de serviço e do número de profissionais. Tendo em vista o modelo de atenção que organiza serviços e práticas, esses vêm se dando em meio a problemas de infraestrutura, formação profissional tecnicista e de relações de poder em vários segmentos, o que tem contribuído para tensionar a atenção, constituindo-se em obstáculo à sua implementação. Esta pesquisa objetivou descrever as ações implementadas na atenção à saúde da mulher em maternidade, após a implantação da Rede Cegonha, e analisar as mudanças incorporadas ao cotidiano da atenção à saúde da mulher após a Rede Cegonha, com base em suas diretrizes e na integralidade da atenção. Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que tem a integralidade como categoria analítica. Foi desenvolvida em maternidade pública, localizada na cidade de Salvador-BA, vinculada à Estratégia Rede Cegonha. Foi realizada com profissionais que compunham o quadro permanente da maternidade, que atenderam aos critérios de ter vivenciado a experiência do cuidado a parturientes e estar em atividade na maternidade, desde 2011. Participaram do estudo 16 profissionais, sendo duas enfermeiras assistenciais, duas enfermeiras obstetras, uma auxiliar de enfermagem, uma psicóloga, uma nutricionista, duas médicas obstetras, uma médica neonatologista, um médico anestesista, três assistentes sociais e duas fisioterapeutas. Para a produção do material empírico, foi utilizada entrevista semiestruturada, conduzida por questões norteadoras, sendo analisada por meio da técnica de análise de discurso. Foram formuladas, a partir dos depoimentos, três categorias empíricas: Rede Cegonha, humanização da assistência e os limites da prática; Rede Cegonha como mobilizadora de boas práticas no cuidado à parturiente; Presença do acompanhante em maternidade e os desafios da ambiência. Na realidade em que a pesquisa foi desenvolvida, profissionais de saúde revelam incorporação das diretrizes da Rede Cegonha e as aplicam nos limites institucionais. Em todo o estudo, o respeito aos direitos das mulheres é reconhecido, mas há limites por se manter uma estrutura ainda atrelada à precarização da assistência sob bases biomédicas que geram dificuldades para mudar a qualidade da experiência das mulheres no parto. São necessários investimentos da instituição, a fim de garantir práticas humanizadas, com acolhimento e garantia de acesso às mulheres; privacidade para as mulheres na presença de acompanhantes; e superação das bases tecnicistas ainda presentes no cuidado à parturiente. Todavia, a Rede Cegonha caminha sob o enfoque da integralidade para consolidação do Sistema Único de Saúde e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, resgatando a autonomia e o protagonismo da mulher no parto e nascimento.

**Palavras-chave:** Rede Cegonha, Parto humanizado, Integralidade em saúde, Direito à saúde, Políticas públicas.

## ABSTRACT

COSTA, Sarah Alves Moura. **Network Stork and Attention to Women's Health Maternity.** 2016. Dissertation (mester's degree in nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

In Brazil, especially from 2000, which intensify actions in order to reduce the high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality. To your reach counted on the Program for Humanization of Prenatal and Birth and later with the Network Stork, 2011. This strategy represents a collection of initiatives that involve changes in the care process to pregnancy, labor and birth articulating the network points of attention obstetric regulation. Its operation requires technical skills of primary care teams and maternity, improved ambience of health services and expansion of the service offering and the number of professionals. In view of the model of care that organizes services and practices, these come to giving amidst the infrastructure problems and vocational training technician and power relations in various segments, which has contributed to tension attention constitute an obstacle to its implementation. This research objectified to describe the actions implemented in the health care of women in maternity after the implementation of Network Stork and analyze the changes incorporated in the health care of women daily after Network Stork based on its guidelines and integrality care. It is exploratory research, qualitative approach that has integrality as an analytical category. It was developed in public maternity, located in the city of Salvador, Bahia, linked to the strategy Network Stork. Was held with professionals who composed the permanent staff of the maternity, which met the criteria of having experienced the mothers care experience and be active in the maternity since 2011. Study participants were sixteen professionals, being two assistant nurses, two midwives, a nursing assistant, a psychologist, a nutritionist, two medical obstetricians, neonatologist a doctor, an anesthesiologist, three social workers and two physiotherapists. For the production of empirical material was used semi-structured interview, leading questions, and analyzed by speech analysis technique. Were formulated based on the statements three empirical categories: Network Stork, humanization of assistance and the practical limits; Network Stork as mobilizing good practice in the care of the parturient; Accompanying person presence in Maternity and challenges ambience. In reality where the research was conducted, health professionals reveal incorporation of Network Stork guidelines and apply the institutional limits. All over the study, respect for women's rights is recognized, but there are limits to remain a structure still linked to the precariousness of assistance in biomedical bases, which creates difficulties to change the quality of the experience of women in childbirth. Investments are needed the institution in order to guarantee humane practices, with welcoming and guarantee access to women; privacy for women in the presence of accompanying persons; and overcoming the technician bases still present in the care of parturient. However, the Network Stork walks under the approach of integrality for consolidation of the Unified Health System and guarantee reproductive rights of women, restoring the autonomy and the protagonism of women in labor and birth.

**Key words:** Maternal-child health services, Humanizing delivery, Integrality in Health, Right to Health, Public Policies.

## RESUMEN

COSTA, Sarah Alves Moura. Red Cigüeña y Atención a la Salud de la Mujer de la Maternidad. 2016. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2016.

En Brasil, sobre todo a partir de 2000, que intensificar las acciones a fin de reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Para llegar, se cuenta con el Programa de Humanización del Parto y más tarde con la Red Cigüeña, 2011. Esta estrategia es un conjunto de iniciativas que implican cambios en el proceso de atención al embarazo, parto y nacimiento que articulan los puntos de la red de atención a la regulación de la partería. Su funcionamiento requiere habilidades técnicas de los equipos de atención primaria y de la maternidad, la mejora del ambiente de los servicios de salud y la ampliación de la oferta de servicios y el número de profesionales. En vista del modelo de atención que organiza los servicios y prácticas, estos vienen a dar en medio de los problemas de infraestructura, la formación técnica y relaciones de poder en varios segmentos, lo que ha contribuido a la atención de tensión constituyen un obstáculo para su aplicación. Este estudio tuvo como objetivo describir las acciones aplicadas en el cuidado de la salud de la mujer en la maternidad después de la aplicación de la Red Cigüeña y analizar los cambios incorporados en el cuidado de la salud de las mujeres todos los días después de la Red Cigüeña basado en sus directrices y atención integral. Es una investigación exploratoria, enfoque cualitativo que tiene integridad como categoría analítica. Se desarrolló en la maternidad pública, ubicada en la ciudad de Salvador, Bahía, vinculado a la estrategia de Red Cigüeña. Se llevó a cabo con profesionales que componían el personal permanente de la maternidad, que cumplieron con los criterios de haber experimentado las madres se preocupan experiencia y ser activos en la maternidad desde 2011. Dieciséis profesionales participaron en el estudio, dos auxiliares de enfermería, dos parteras, uno auxiliar de enfermería, un psicólogo, un especialista en nutrición, médicos obstetras, un médico neonatólogo, un médico anestésico, tres trabajadores sociales y dos fisioterapeutas. Para la producción de material empírico se utilizó la entrevista semiestructurada, que conduce preguntas, y se analizaron mediante la técnica de análisis de voz. Fueron formulados en base a las declaraciones de tres categorías empíricas: Red Cigüeña, humanización de la asistencia y los límites prácticos; Red Cigüeña como la movilización de las buenas prácticas en el cuidado de la parturienta; Presencia de pasajeros en la maternidad y los retos ambiente. De hecho, donde se realizó la investigación, profesionales de la salud revelan incorporación de las directrices de la Red Cigüeña y se aplican los límites institucionales. A lo largo del estudio, se reconoce el respeto de los derechos de la mujer, pero hay límites para seguir siendo una estructura que sigue estando vinculado a la precariedad de la asistencia en las bases biomédicas, lo que crea dificultades para cambiar la calidad de la experiencia de las mujeres en el parto. Las inversiones son necesarias la institución para garantizar las prácticas humanas, con acogida y garantizar el acceso a las mujeres; privacidad para las mujeres en la presencia de escoltas; y la superación de las bases técnicas aún presentes en el cuidado de las parturientas. Sin embargo, la Red Cigüeña camina bajo el enfoque de integridad para la consolidación del Sistema Único de Salud y garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, la restauración de la autonomía y el papel de las mujeres en el parto y el nacimiento.

**Palabras clave:** Red Cigüeña, Parto Humanizado, Integralidad en Salud, Derecho a la Salud, Políticas Públicas.

## LISTA DE ABREVIATURAS

A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCR	Comissão de Cidadania e Reprodução
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPN	Casa de Parto Normal
EO	Enfermeiro(a) Obstetra
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTB	Maternidade Tsyla Balbino
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PN	Parto Normal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPP	Pré-Parto, Parto, Pós-Parto
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REHUNA	Rede de Humanização do Nascimento
RN	Recém-Nascido
RSMLAC	Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1	MEDICALIZAÇÃO DO PARTO.....	18
2.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	22
2.3	SITUAÇÃO OBSTÉTRICA NA BAHIA.....	26
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
3.1	CATEGORIA ANALÍTICA: INTEGRALIDADE.....	29
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	32
3.3	LOCAL DA PESQUISA.....	33
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	34
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	34
3.6	PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	35
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
4.1	REDE CEGONHA, HUMANIZAÇÃO DO PARTO E OS LIMITES DA PRÁTICA.....	38
4.2	REDE CEGONHA COMO MOBILIZADORA DE BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À PARTURIENTE.....	52
4.3	PRESENÇA DO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADE E DESAFIOS DA AMBIÊNCIA.....	65
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, sobretudo a partir do ano 2000, se intensificaram ações com o intuito de melhorar os indicadores de saúde e orientar o fluxo de atendimento às mulheres na atenção ao parto, por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Esse tem como objetivo reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por meio de medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2014).

Com foco nesse objetivo, o Brasil assumiu o compromisso internacional para cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) propostos pela ONU em 2000, de atingir valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2015 (BRASIL, 2010).

Apesar dessas iniciativas e das melhorias na atenção básica e hospitalar às gestantes, a redução da mortalidade materna não vem apresentando avanços relevantes, considerando que hipertensão arterial, infecções puerperais e hemorragias continuam sendo as principais causas de morte, evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto (REIS, 2012).

Soma-se a essas iniciativas oficiais a criação, em 2011, da Rede Cegonha, com a finalidade de evitar a peregrinação das mulheres grávidas na rede pública. Constitui importante estratégia do governo federal e visa a promover ações para redução da morbimortalidade materna e infantil, a partir da integração em rede dos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, extensivo à criança, com garantia do direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Essa estratégia representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. Sua operacionalização requer qualificação técnica das equipes da atenção básica e das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde e ampliação da oferta de serviço e do número de profissionais (BRASIL, 2014). As ações dessa estratégia buscam a melhoria da atenção destinada ao seu público-alvo, além dos repasses de recursos atrelados ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos, com vistas a alcançar a integralidade da atenção que venha a minimizar a fragmentação da assistência, o desperdício de recurso e a ineficiência da atenção (CAVALCANTE, 2012).

Em sua proposta, a Rede Cegonha estimula o parto fisiológico e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, bem como o parto realizado em Casa de Parto por enfermeira obstétrica. Para o cuidado peri-hospitalar propõe a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, com o objetivo de proporcionar o cuidado a gestantes, puérperas e recém-nascidos(as) de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas que se encontram fora do ambiente hospitalar. Estão incluídas nesse cuidado mães de recém-nascidos(as) que estão internados(as) na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde (BRASIL, 2014).

Ademais, a Rede Cegonha tem como diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Para isso, o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2012, p. 21) reconhece que, para a operacionalização dessa estratégia faz necessária a conjunção de esforços direcionados a

assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com detecção e intervenção precoce nas situações de risco; sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação, com garantia de vagas para gestantes e bebês; regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade); qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR).

Mesmo com objetivos claros de inquestionável valor, seu alcance não será de fácil consecução, pois o sistema de saúde brasileiro ainda não conseguiu se reorganizar, de modo a ser capaz de garantir a vinculação da gestante à rede. Essa dificuldade contribui para que a gestante continue a peregrinar para obter assistência hospitalar ao parto, percorrendo um caminho de dúvidas e incertezas no percurso do parto. Cerca de 70% das buscas por maternidade são de mulheres que já tiveram a vaga obstétrica negada, não se cumprindo a Lei nº 11.634/2007 que delega ao SUS a responsabilidade da vinculação desde o pré-natal até a maternidade (BARRETO, 2013).

Entre os desafios para efetivação da Rede Cegonha está também a reestruturação física das maternidades que ainda não garantem leito por ocasião do trabalho de parto e do parto, nem



ambiência que respeite a autonomia e o protagonismo da mulher no processo parturitivo. A falta de garantia de acesso e, sobretudo, de acompanhamento na gestação e no parto deixa dúvida sobre a efetividade das políticas públicas. Martinelli e colaboradores(as) (2014) ratificam que as ações de saúde não foram instituídas de maneira satisfatória na maioria dos serviços, ressaltando-se a atenção à saúde das mulheres gestantes, em diversos lugares do Brasil.

Domingues (2012) complementa esse achado destacando, além da baixa cobertura de consultas no pré-natal, a ineficiência da oferta de exames laboratoriais, vacinação e orientação sobre o parto e a amamentação. Esses indicadores ratificam as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, a qualidade das consultas e o acesso aos serviços de saúde de modo insatisfatório, o que aponta a necessidade de revisão e ajustes dos fatores que contribuem para esses resultados desfavoráveis.

Por outro lado, o modelo biomédico, cada vez mais seduzido pela tecnologia, tem sido incapaz de proporcionar às(aos) profissionais atributos necessários para o cuidado à gestação e ao parto. A relação hierárquica entre a equipe de profissionais e as gestantes ainda predomina, sendo as gestantes comumente tratadas como objeto de intervenção profissional e sem liberdade para a tomada de decisões, de modo que o protagonismo da mulher e sua autonomia no momento do parto ficam comprometidos (AGUIAR, D´OLIVEIRA; 2010).

Importante destacar que, de acordo com as leis orgânicas do SUS, a integralidade do cuidado constitui um direito humano à saúde que deixa em evidência a relação entre política e direito na saúde. Nessa perspectiva, a efetivação do cumprimento dos princípios do SUS, na confiança do direito e coexistências das ações, assegura o acesso à saúde e afirma a dignidade humana e cidadania. Portanto repensar o cuidado implica na construção de práticas eficazes embasadas nos princípios da integralidade que conduza à formulação de novos paradigmas para a saúde (PINHEIRO, 2011).

Os desafios a que se propõe a Rede Cegonha reafirmam compromissos de reorganização da atenção e da implementação de ações que revertam tal realidade. A escuta de mulheres em maternidade sobre suas experiências, a partir de atividades de extensão iniciadas como estudante e continuadas na mesma prática como enfermeira e voluntária do Programa Pró-PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), leva a afirmar que os fundamentos teóricos das políticas públicas estão comprometidos e distantes do eixo da integralidade e da saúde como direito. Isto porque, dificuldades de acesso, somadas a relações que subestimam as necessidades das mulheres no processo de parturição e a manutenção de práticas

convencionais, apontam desequilíbrio entre proposições políticas e a realidade vivenciada por mulheres e profissionais da saúde.

Diante dessas considerações, pressupõe-se que as diretrizes da estratégia da Rede Cegonha são do conhecimento de profissionais de saúde que atuam em maternidades, mas há barreiras relacionadas ao modo de organização dos serviços e das práticas que distanciam o cuidado da integralidade. Diante dessa afirmativa passa-se a questionar:

A estratégia da Rede Cegonha em maternidade vem se caracterizando como espaço de cuidado integral à saúde da mulher, no processo de parto?

Para responder a esse questionamento, este estudo tem como objetivos:

- Descrever as ações implementadas na atenção à saúde da mulher em maternidade, antes e após a implantação da Rede Cegonha.
- Analisar as mudanças incorporadas no cotidiano da atenção à saúde da mulher após a Rede Cegonha, com base em suas diretrizes e na integralidade da atenção.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

A atenção ao parto foi tradicionalmente realizada por mulheres chamadas popularmente por *aparedeiras*, *comadres*, *curandeiras* ou *parteiras*. Essas mulheres, além de estabelecerem uma relação de confiança com as gestantes e a comunidade, possuíam um saber empírico e acompanhavam as mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal, davam orientações e realizavam os cuidados com a(o) recém-nascida(o) (BRENES, 1991).

A dedicação, durante a realização do parto, era um sacerdócio para as *parteiras*. Possuíam o conhecimento relativo à gravidez e ao puerpério, pois já vivenciaram anteriormente e compreendiam as manobras externas para facilitar o parto. Eram responsáveis em confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras de apoio, o que levava as mulheres a requisitar a presença das *parteiras* por razões psicológicas, humanitárias e por razões ideológicas relativas à exposição do corpo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O atendimento ao nascimento, durante esse período histórico, era considerado atividade desvalorizada, pois era praticado por mulheres, e, portanto, não estava à altura dos homens que realizavam a medicina. Os médicos que já não existiam em grande quantidade, nesse período, não possuíam interesse, nem tinham conhecimento científico sobre o corpo das mulheres (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No século XVIII, a medicina alcança o apogeu com o poder de interferir nos aspectos sociais e individuais da população, além dos assuntos relativos à saúde. Nesse momento, a medicina faz da gravidez e do parto assunto médico que exige tecnologia hospitalar para um bom desfecho. Os novos conhecimentos da intitulada *Arte Obstétrica*, realizada por *parteiro* ou *médico-parteiro*, designação dos profissionais por ela formados, redefinem conceitos e passam a controlar o ato de nascer. O parto passa a ser considerado evento perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico que prometia melhores condições e mais segurança para a mulher e para a criança (MEDEIROS et al., 2012).

A partir de então, progressivamente a profissão de *parteira* começa a desaparecer do cenário das comunidades. Segundo Dias (2007), ao serem comparadas aos homens, as *parteiras* foram consideradas intelectualmente inferiores, incapazes de dominar novas técnicas. Houve a regulamentação das práticas e a exigência da presença de *cirurgiões*, acompanhando o trabalho das *parteiras*.

Apesar das mudanças implementadas, a prática da Obstetrícia sofreria alguns problemas como falta de enfermaria ou serviço clínico para mulheres grávidas e parturientes para a realização do ensino prático da matéria; questões religiosas que consideravam o parto uma falta de pudor e pela baixa procura das mulheres devido ao temor demonstrado da hospitalização (BRENES, 1991).

O processo de hospitalização do parto requereu o domínio do saber na área e para o desenvolvimento da Obstetrícia, resultando na medicalização do corpo feminino. O ônus para melhoria das condições do parto foi a transformação do papel da mulher de *sujeito* para *objeto*, no processo do parto e nascimento. Desse modo, o saber médico e as práticas médicas foram determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em objeto de intervenção no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No Brasil, a mudança do modelo de atenção ao parto ocorre por meio de um processo de construção ideológica, em que as práticas médicas se institucionalizam, tais profissionais passam a ter o controle sobre o corpo da mulher na parturição, e essa perde o protagonismo no parto (MEDEIROS et al., 2012).

O princípio para admitir determinadas distorções na prática médica brasileira se embasava em encarar a mulher apenas no seu papel esposa-mãe-dona-de-casa, já legitimado socialmente. O imaginário social do século XIX e a literatura médica constroem a imagem da mulher como “um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam” (BRENES, 1991, p. 136).

Em relação ao controle do corpo, Foucault (1982) analisa a natureza política da medicina na sociedade capitalista como uma estratégia de controle social. O autor questiona se o controle da sexualidade e reprodução não teriam implicações sociais para assegurar o controle populacional, reproduzir a força de trabalho e os modos que as relações sociais são estabelecidas, de forma a garantir que se tenha uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora.

Apesar de importantes contribuições, principalmente na diminuição da mortalidade materna e neonatal, a hospitalização transformou o evento do nascimento em uma linha de produção. A preparação para internação incluía desde a separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza intestinal com enema, jejum até a não deambulação. Além disso, foram retiradas da mulher sua individualidade, autonomia e sexualidade, com manipulação de seu corpo e de sua vida (MEDEIROS et al., 2012).

O parto no Brasil foi institucionalizado progressivamente após a Segunda Guerra Mundial, momento em que normas e rotinas passaram a ser ditadas para o maior controle do

comportamento das mulheres. Com a incorporação de novos conhecimentos e habilidades à medicina, foram reduzidos, significativamente, os riscos hospitalares e ampliadas as possibilidades de intervenção, resultando no aumento progressivo de cesarianas (TANAKA, 1995).

O aumento da incidência de parto cesáreo levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a fazer recomendações com o objetivo de reduzir as intervenções no nascimento para garantir a segurança de mulheres e crianças. A cesárea foi adotada como intervenção cirúrgica para diminuir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto, mas comporta riscos comuns em cirurgias (PATAH; MALIK, 2011).

Em relação a essa intervenção cirúrgica, o discurso de estudiosas(os) da área tornou-se dicotômico, já que há as(os) que concordam com a cesárea somente por indicação médica e há as(os) que a indicam em diferentes situações. Dentre as indicações, destacam-se a melhoria nas técnicas cirúrgicas, medidas de prevenção de infecção e transfusões sanguíneas e a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família (PATAH; MALIK, 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos e progressos na atenção obstétrica, ainda persistem altas taxas de mortes maternas. Para operacionalização de uma assistência obstétrica e neonatal qualificada, é importante evitar intervenções desnecessárias. Quando preciso, estas devem basear-se em evidências científicas, garantindo um modelo de cuidado humanizado e integral às mulheres e às crianças (ANDRADE; LIMA, 2014).

A crítica à Medicina e suas práticas é também realizada pelo movimento internacional de mulheres, na década de 1970 e 1980, com propostas de mudanças na direção de um cuidado com respeito às evidências científicas e aos direitos das mulheres. As usuárias são estimuladas a questionar a utilidade das práticas e a reivindicar o parto como parte da experiência sexual feminina, exigindo-se a participação de mulheres na definição das prioridades de pesquisa (DINIZ, 2009).

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, que ocorreu em 1985 em Fortaleza/CE, Brasil, com apoio e coordenação da OMS foi considerada um marco na saúde pública e na defesa de direitos das mulheres, sendo produzida a Carta de Fortaleza que inspirou mudanças na organização e no modelo da assistência obstétrica. O documento possuía dentre outras recomendações a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas, a liberdade de escolha materna da melhor posição para o nascimento, a presença de acompanhantes no trabalho de parto e parto e o fim de certos procedimentos médicos, durante o trabalho de parto (como o uso rotineiro da episiotomia e da indução medicamentosa do parto) (PATAH; MALIK, 2011).

A partir dessas ações, a OMS ratifica que nada justificaria índices superiores a 10% - 15% de cesáreas. Entretanto, esses limites estipulados podem não corresponder à realidade, devido à diversidade dos aspectos culturais e dos sistemas de saúde em países e regiões do mundo (BUSANELLO et al., 2011).

Na atualidade, a complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência tem levantado questionamentos, envolvendo desde a qualidade da atenção até o significado do parto para as mulheres. No Brasil, o modelo de atenção ao parto considera esse como evento médico ou tecnológico, predominantemente hospitalar, e o médico é o principal profissional no processo do nascimento (PATAH; MALIK, 2011).

Aproximadamente um quarto dos nascimentos no Brasil ocorre nos serviços hospitalares privados que possuem taxas de cesárea de 80%, e em percentual menor, no sistema público onde as taxas de cesárea chegam, em média, a 35% (PÁDUA et al., 2010).

Para mudar esse quadro, faz-se necessário que haja investimentos em práticas que promovam a escolha orientada, resgatando o parto como fenômeno natural e humanizado e respeitando o próprio ritmo dos acontecimentos. Tornam-se imprescindíveis que sejam proporcionadas condições que permitam à mulher, de acordo com sua singularidade, sentir-se segura e confiante, possibilitando-lhe viver o prazer e a dor conforme sua escolha (DIAS, 2007).

As mudanças relacionadas à atenção ao parto e ao nascimento devem ser acompanhadas pela reflexão e modificação de práticas profissionais, mas a objetificação do corpo da mulher ainda ocorre no contexto da assistência em maternidades, como controle e domínio da Medicina (SCHRAIBER, 2008).

Para Schraiber (2008), esse modelo traz arraigado em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da Medicina enquanto um corpo com finalidades exclusivas de reprodução. Essa questão se encontra expressa de forma particular na crise de confiança vivida na Medicina tecnológica, com a fragilização dos vínculos entre profissionais e usuárias do sistema, e um comprometimento da qualidade ética de suas interações.

Schraiber (2008) caracteriza as maternidades como instituições que possuem forte poder de decisão sobre a vida da mulher/bebê/família, definindo as ações e o comportamento das pessoas envolvidas nesse processo. A assistência ao parto é vista pela autora como desumanizada, pois a mulher perde o direito de decidir sobre sua saúde e demais ações relacionadas ao seu próprio corpo.

A necessidade de mudanças de atitudes e de rotinas no parto é premente, de modo que esse momento tenha o mínimo de intervenções que garantam a integridade física e psíquica das

protagonistas. A mulher, ao ser colocada como centro do processo do parto, dá a esses novos sentidos e significados que se estendem nas relações interpessoais do processo de cuidado.

Souza e colaboradores (2011) compartilham da necessidade de mudança do modelo vigente e, ao considerar as práticas humanizadoras do nascimento como um processo, recomendam que o(a) profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente; deve reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e a sua família, facilitando a formação dos laços afetivos e o vínculo mãe-filho(a); deve criar espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo, permitindo um acompanhante de escolha da gestante e deve informar à parturiente todos os procedimentos a que será submetida, respeitando todos os seus direitos de cidadania.

Desse modo, torna-se um desafio mudar o modelo vigente de atenção ao parto e retomar o nascimento como um evento familiar, envolvendo ações que valorizem e evidenciem realmente os principais envolvidos nesse contexto (SOUZA et al., 2011).

## 2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E A REDE CEGONHA

Até a década de 1970, o objeto das políticas públicas de saúde voltadas à atenção à saúde da mulher valorizava apenas sua função reprodutiva, direcionada para o ciclo gravídico-puerperal, evidenciando apenas a dimensão biológica (GUARESCHI; MEDEIROS, 2009).

As políticas de atenção à saúde da mulher são resultado de lutas do movimento feminista que teve apoio de outros movimentos sociais. O feminismo se desenvolve no Brasil a partir dos anos 70 do século passado, tendo como ponto central a cidadania feminina e é caracterizado como um amplo e heterogêneo movimento que articula as lutas contra as formas de opressão das mulheres na sociedade e as lutas pela redemocratização (COSTA, 2009). As mulheres se fortalecem, passando a questionar as estruturas política, econômica e social do país e, com a conquista de políticas públicas, são garantidos direitos, nem sempre efetivados na prática (SCAVONE, 2004).

As feministas em busca de transformações políticas e culturais levaram para a esfera pública temas considerados privados como sexualidade, maternidade, aborto, violência contra a mulher, contracepção, direito ao corpo, além de situações do cotidiano, a exemplo de não ter onde deixar filhos(as) quando vão trabalhar, salário menor que o dos homens, aumento do custo de vida dentre outros (MANINI, 1996).

Nos novos enfoques sobre as questões femininas, o direito ao prazer e ao corpo era entendido como fatores de autonomia, liberdade, como princípios dos direitos reprodutivos. Buscava-se, assim, a emancipação da mulher com ênfase à liberdade sexual, à importância em conhecer seu corpo, ter desejos e prazeres e ter liberdade de escolha do parceiro (MANINI, 1996).

A formulação do PAISM, em 1984, faz emergir novas possibilidades para as práticas na rede de serviços de saúde. Nesse sentido, a atenção integral é vista como estruturante das políticas públicas, orientada por valores éticos que exigem readequação dos serviços de saúde (CARNEIRO, 2013). Dentre as ações propostas pelo PAISM estão atividades voltadas para atenção à gravidez, parto, contracepção, esterilidade, IST, sexualidade, adolescência e climatério, devendo considerar as dimensões psicológicas e sociais que participam das experiências sexuais e reprodutivas femininas (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000).

Indicadores epidemiológicos apontam mudanças na atenção à saúde da mulher com ampliação das ações propostas. No que concerne à gravidez e ao parto, após o PAISM, houve aumento da cobertura, mantendo, contudo, problemas relacionados à qualidade da oferta dos serviços e ao acesso às maternidades pelas usuárias.

De acordo com Santos e Vieira (2008), a conduta e orientações pelos profissionais de saúde, responsáveis por essas ações, ao acesso dos meios contraceptivos refletem o aumento da sua eficácia de ação, principalmente em grupos que se apresentam em vulnerabilidade social.

O governo federal com o intuito de melhorar o panorama da atenção à saúde da mulher, no ano 2000, estabeleceu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Com esse fim, adotou medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério (MARTINELLI et al., 2014).

A partir de um protocolo mínimo, estabeleceram-se ações a serem desenvolvidas durante a gestação, para orientar o fluxo da atenção. Todavia, essa realidade não condiz com o que está sendo executado para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil (MARTINELLI et al., 2014).

Segundo Coutinho e colaboradores (2010), observou-se que um número reduzido de gestantes cadastradas no SUS conseguiu se beneficiar das ações propostas pelo PHPN, tendo como resultado uma assistência incompleta e desarticulada. Entre os critérios avaliados que tiveram um aumento expressivo estão insuficiência na anotação dos exames complementares básicos, duplicação dos casos de anemia, manutenção das prevalências de infecções do trato urinário (ITU), sífilis, diabetes e teste positivo para HIV.



Diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil fez com que o Ministério da Saúde criasse a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, ampliando a proposta do PAISM e preenchendo algumas lacunas (BRASIL, 2004). Entre seus objetivos se incluem reduzir os indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis; aperfeiçoar a atenção obstétrica e o acesso ao planejamento familiar; melhorar a atenção nas intercorrências obstétricas e a violência doméstica e sexual; prevenir e tratar doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids; o câncer de mama e de colo de útero e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis (FREITAS et al., 2009).

Os indicadores epidemiológicos entre os anos de 1996 e 2010 demonstraram que as taxas de mortalidade materna têm se mantido estáveis, em torno de 50 mortes por 100.000 nascidos vivos. Na microrregião do norte do Espírito Santo, a razão de mortalidade materna foi de 101,6/100.000 nascidos vivos, causando grande preocupação. Aproximadamente quase metade dos partos (47%) realizados no ano de 2007 ocorreu por cesariana; 89% dos partos foram realizados por médicos e 8%, por enfermeiras obstétricas (VICTORIA et al., 2011).

A OMS considera o parto como evento natural e fisiológico, e, portanto, sem necessidade de intervenções, mas de cuidados, onde se recomenda a participação da Enfermeira Obstétrica (EO) e a inserção dessas profissionais em unidade de atendimento obstétrico, já que, na sua maioria, vêm exercendo funções gerenciais e distantes do acompanhamento da mulher no trabalho de parto, em detrimento da realização de partos (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Para organizar a rede de atenção à saúde da mulher, foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do SUS, por meio da Portaria 1.459/2011. Objetiva garantir acesso, acolhimento e resolutividade da atenção à mulher e à criança, além de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2014).

Com essa estratégia busca-se o acesso a uma atenção qualificada, dando prioridade aos problemas relevantes a serem enfrentados como a mortalidade materna e na infância (até os vinte e quatro meses). Por meio do Fórum de discussão da Rede Cegonha em diversas regiões do país, foi possível privilegiar e avançar no modelo de escuta para o debate construído a partir da realidade de cada local.

Portanto, a Rede Cegonha possui um caráter bastante resolutivo para a redução da mortalidade materna e neonatal, pois é uma medida de enfrentamento. Isso ocorre a partir do desenvolvimento do acesso à contracepção, de prever a compra de insumos de planejamento reprodutivo e de estimular a assistência a mulheres vítimas de violência sexual e obstétrica (CLAM, 2011). A Rede Cegonha é descrita como uma estratégia construída para enfrentar a grave situação das mulheres no processo gravidez-parto-puerpério, sendo que, no Brasil, ocorrem 69 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (CASTILHOS, 2012).

Todavia, a Rede Cegonha gerou críticas entre as feministas. A Rede Feminista de Saúde considera que essa estratégia leva ao rompimento da integralidade da atenção à saúde das mulheres, que envolve a atenção básica e o planejamento reprodutivo. O movimento de mulheres e feminista se preocupa, pois, após ter superado a concepção de Saúde Materno-Infantil, por novos conceitos de Saúde da Mulher, a estratégia apresenta um retrocesso nas políticas de atenção integral à saúde da mulher, de direitos reprodutivos e sexuais (CLAM, 2011).

Clair Castilhos, secretária executiva da Rede Feminista de Saúde, problematizou a Rede Cegonha, ao considerá-la a redução de um projeto de saúde integral da mulher para priorização da saúde materno-infantil. Entretanto, demonstra abertura para dialogar, pois entende que a humanização do parto é de interesse também do movimento feminista, porém não sua prioridade (FARIA, 2014).

A estratégia Rede Cegonha provocou discussão sobre concepções e prioridades na atenção à saúde das mulheres, com questionamentos de feministas e ativistas dos direitos sexuais e reprodutivos a essa iniciativa do governo. Fátima Oliveira, médica e integrante da Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) e do Conselho Consultivo da Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC), afirma que o foco na mortalidade materna já estava previsto no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2005, sendo considerada uma apropriação do que já existia. Entretanto, a ideia proposta pela Rede Cegonha reproduz um conceito antigo, conservador, de caráter religioso e equivocado (CLAM, 2011).

Por isso, é necessário o respeito aos direitos das mulheres que são garantidos na Constituição e na Estratégia da Rede Cegonha, como a lei da maternidade certa, garantia de vinculação, transporte seguro, acolhimento com classificação de risco, vaga sempre e lei do acompanhante. Além disso, é fundamental a garantia do direito à privacidade, por meio de investimentos nas estruturas físicas das maternidades, promovendo um ambiente com conforto e dignidade (CASTILHOS, 2012).

Assim, com a construção de novos espaços para as mulheres em trabalho de parto com risco habitual, ou seja, cujo parto não é de alto risco, as mulheres não precisam estar hospitalizadas. Podem parir nos denominados centros de parto normal, sendo cuidada por uma equipe coordenada pela enfermagem obstétrica. A presença da enfermeira obstétrica e de outros espaços de atendimento ao parto de risco habitual possibilita à mulher se sentir mais segura, ressignificando esse momento, atualmente caracterizado por dor, sofrimento e, em muitas situações, por desrespeito (CASTILHOS, 2012).

Para o êxito da proposta, é necessário refletir sobre ações profissionais equivocadas como episiotomia de rotina, tricotomia, lavagem intestinal, abuso de ocitocina, restrição de movimentação da gestante, restrição indevida de alimentação, parto horizontal, impedimento da participação do pai durante o parto, entre outras, ainda dominantes em serviços públicos e privados (GUSTAVO, 2011).

Em síntese, a Rede Cegonha soma-se a outras iniciativas oficiais que buscam garantia de acesso das mulheres às maternidades, a profissionais capazes de cuidar e orientadas(os) pela integralidade, garantindo dignidade no parto e nascimento.

### 2.3 SITUAÇÃO OBSTÉTRICA EM SALVADOR – BAHIA

O Brasil passou por mudanças sucessivas nos últimos 30 anos com a melhoria nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde, por meio de uma ampliação considerável do acesso ao sistema de saúde. No tocante à saúde da mulher, foi ampliada a cobertura da atenção obstétrica na busca da redução das desigualdades regionais e qualificação da assistência (VICTORIA et al., 2011).

Apesar dos avanços, a realidade das maternidades públicas e privadas do Estado da Bahia ainda não é ideal para a qualidade da atenção materno-infantil, assim como para atuação de profissionais da área. Nos últimos anos, a qualidade da atenção também na rede privada apresenta redução do número de leitos, visto que o retorno financeiro nesse âmbito do cuidado ocorre de forma lenta. Torna-se mais interessante para essas organizações investimentos em setores que demandam tecnologias de alta complexidade, como cirurgias, bioimagem e oncologia, que conseguem viabilizar melhores receitas para os hospitais (REBOUÇAS, 2015).

Na Bahia, especificamente em Salvador, as instituições públicas sofrem com a redução de leitos, a falta de infraestrutura e o déficit de profissionais, além de se manterem altas as taxas de parto por cesariana. Essas circunstâncias determinam a superlotação das unidades e aumento

do tempo de espera para atendimento, comprometendo a integralidade do cuidado (REBOUÇAS, 2015).

Para a mudança desse cenário, são necessários maiores investimentos em infraestrutura, contratação de profissionais e mudança de paradigma da atenção ao parto. Essas medidas estão contempladas na portaria da Estratégia da Rede Cegonha, entretanto para a sua implantação são necessárias adaptações de acordo com a realidade local.

Um desafio importante é a mudança do modelo de atenção ao parto, tendo em vista ainda predominar o modelo biomédico, com excesso de intervenções, onde se lida com a gravidez como evento cirúrgico e de alto risco. Portanto, é imprescindível rever o excesso de tecnologia no parto, que contribui para o aumento da morbimortalidade materna, assim como para a fragmentação da assistência à mulher (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Dentre as ações propostas pela Rede Cegonha, está prevista a construção dos Centros de Parto Normal, unidades que funcionam em conjunto com as maternidades com objetivos de reduzir intervenções desnecessárias e humanizar o parto e o nascimento. Para isso, faz-se necessária a inserção de enfermeiras obstetras na assistência ao parto de risco habitual. Nesse sentido, torna-se imprescindível a intensificação da formação e da especialização de enfermeiras para atuar no SUS (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, desde 1996, vem qualificando enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal, por meio de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Portarias ministeriais também possibilitaram inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS. Na legislação profissional de enfermagem, os não médicos que podem realizar o parto normal são as enfermeiras e a obstetriz/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959 (GOMES et al., 2014).

Na Bahia, a Secretaria de Saúde com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia promove, desde 2013, o curso de Residência em Enfermagem Obstétrica. As aulas teóricas ocorrem na Escola de Enfermagem, enquanto as atividades práticas na perspectiva de desenvolvimento das competências acontecem na Maternidade Albert Sabin, na Maternidade Tsylla Balbino, no Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA e no Centro de Parto Normal da Mansão do Caminho, além das Unidades de Atenção Básica do município de Salvador-Bahia (SESAB, 2014).

A Residência de Enfermagem Obstétrica tem como objetivo capacitar enfermeiras para o cuidado humano e integral às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, com compreensão dos determinantes sociais, culturais, emocionais e biológicos da saúde reprodutiva e

aprofundamento nos conhecimentos acerca de sua fisiologia e dos problemas relacionados. Busca-se, também, o desenvolvimento de práticas de cuidado com escuta qualificada e sensível às demandas das mulheres, recém-nascidos e família. As(os) residentes devem estar orientadas(os) pelas boas práticas e evidências científicas, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e pelos princípios e diretrizes do SUS.

A prática assistencial das enfermeiras obstetras consiste na valorização da mulher, por meio do fortalecimento no processo de parir, respeitando o tempo do parto e propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto, estimulando os exercícios, massagens, banhos, deambulação e, mesmo, a adoção de posições de livre escolha da mulher, durante o trabalho de parto (CAUS et al., 2012).

Portanto evidencia-se que é crescente o incentivo do governo brasileiro a ações voltadas à humanização do parto e nascimento e à formação e qualificação de profissionais atuantes na área, tornando o cenário atual favorável à valorização do(a) enfermeiro(a) obstetra. Desse modo, a EEUFBA/UFBA constitui-se como uma importante colaboradora para formação e qualificação profissional.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 CATEGORIA ANALÍTICA: INTEGRALIDADE

O desenvolvimento científico e tecnológico provocou tensões para legitimação das práticas de saúde no século XX. Nesse sentido, a integralidade do cuidado vem buscando novas estratégias de superação para esses conflitos técnicos, políticos e éticos provocados na atenção à saúde no cenário atual (AYRES, 2009).

A integralidade surge frente à insatisfação das práticas de saúde com o avanço das tecnologias médicas e seus protocolos que subestimam singularidades. A proposta para reverter essa situação seria a mediação da técnica com a teoria na busca de um caminho alternativo no cotidiano de práticas de cuidado por sujeitos que cuidam de outros sujeitos na perspectiva emancipatória (CAMARGO JR, 2010).

A integralidade definida como um dos princípios das políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a construir propostas direcionadas à consolidação da saúde como direito e como serviço. Sua formulação ocorre a partir do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, durante as décadas de 1970 e 1980, e se caracteriza por diferentes movimentos de luta, como: por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos(as) usuários(as) (PINHEIRO, 2008).

Os avanços jurídicos com a Constituição Federal, em 1988, impulsionam os aspectos relativos à saúde na construção de políticas públicas. Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 se define a política de saúde do Estado brasileiro por meio da construção de normas jurídicas e organizativas (PINHEIRO et al., 2013). O princípio da integralidade como direito passa a ser garantido por meio da promoção do acesso, do atendimento resolutivo e da continuidade da atenção por meio de outros pontos de atenção da rede (COSTA; MARTINS, 2014).

A materialização dessa perspectiva nos serviços de saúde acompanha a produção do conhecimento da realidade social, valorizando experiências de vida, tanto na perspectiva individual, como nas relações sociais envolvendo diferentes pessoas em grupos específicos, coletivos e instituições (PINHEIRO, LUZ, 2010).

Essa compreensão da efetividade do direito é corroborada na ideia de que “ela representa a materialização, no mundo dos fatos, dos preceitos legais e simboliza a aproximação, tão íntima quanto possível, entre o dever – ser normativo e o ser da realidade social” (BARROSO, 2003, p.85).

A participação da sociedade nos espaços públicos, envolvendo os movimentos sociais, representa um mecanismo de luta e conquistas na legitimação social do direito à saúde. Suas demandas ultrapassam os aspectos humanos, reivindicando-se também direitos culturais. Respeitando a realidade local de cada comunidade, o exercício da cidadania inclui a liberdade de todas as pessoas e o respeito à diversidade (PINHEIRO et al., 2013).

Nesse sentido, o direito ultrapassa seus escritos jurídicos e regras formais e inclui a dinâmica social em transformação, observada nas demandas e necessidades de saúde da população e no controle social (PINHEIRO, ASENSI, 2011).

A construção de práticas inovadoras, resultante do controle social, representa a ratificação da integralidade como princípio e produção da saúde como direito de cidadania, reconhecendo a representatividade do(a) usuário(a) como prática emancipatória. A igualdade e a liberdade, em diferentes contextos sociais, históricos e culturais, como exercício da democracia configuram-se como direito definitivo na criação de novas estratégias e ações de saúde (PINHEIRO et al., 2013).

A postura profissional e os processos de trabalho devem dialogar com as práticas da integralidade, ratificando as ações de saúde com base nesses princípios, legitimando a compreensão ampliada de saúde e as políticas públicas que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (COELHO et al., 2009).

Diferentes experiências de ensino da integralidade retratam novas formas de ensinar e praticar saúde, reafirmando o compromisso com a vida e a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado (PINHEIRO; CECCIM, 2011). Essas experiências têm implicado repensar aspectos relevantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, principalmente, da construção de novos saberes e práticas em saúde, que resulta direcionar transformações para a qualificação das práticas de cuidado (PINHEIRO, 2007). Para Pinheiro (2008, p.70):

Entende-se que a experiência não é apreendida para ser repetida simplesmente e passivamente transmitida, ela acontece para migrar, recriar, potencializar outras vivências, outras diferenças. Há uma constante negociação para que ela exista e não se isole.

Compõem as práticas de integralidade o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, sendo reconhecidas nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais (PINHEIRO, 2011). Essas práticas dependem da sensibilidade e disponibilidade de profissionais para compreender os múltiplos aspectos que influenciam o estado de saúde da pessoa de quem estão cuidando (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

O acolhimento é entendido como dispositivo para questionar processos intermediários

que se constituem nas relações das práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (PINHEIRO, 2008).

O vínculo é fortalecido no cotidiano do trabalho com ações de escuta e da fala entre profissionais, pessoas e instituições. Este aspecto é relevante na garantia do acesso às ações de saúde e para enfrentamento dos diferentes problemas de saúde (PINHEIRO et al., 2013).

A responsabilização contribui para promover o vínculo, sendo definido como responsabilidade sobre a outra pessoa. Expressa-se numa relação de confiança entre usuário(a) e profissional, que irá interferir nas situações de vida, saúde e morte. Não havendo o vínculo, a responsabilização também não se estabelece (MELO, 2007).

A integralidade continua sendo um conceito em construção que deve ser considerado como um modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Sendo assim, a construção de práticas eficazes de integralidade está associada com a superação de desafios e a conquista de novos progressos na busca pelas respostas às demandas de saúde que são obstáculos para a sua consolidação como direito humano à saúde (PINHEIRO, 2008).

A valorização do *poder-saber* técnico deve ser superada na busca de uma prática e relações entre sujeitos que reconheçam sua singularidade, desejos, saberes e história, aproximando-se da compreensão do cuidado em saúde, e não apenas da intervenção em saúde (PINHEIRO; ASENSI, 2011).

Nessa perspectiva, o ser humano não deve ser visto apenas no seu aspecto biológico, mas também, na sua singularidade e multidimensionalidade, enquanto pessoa e usuário(a) dos serviços de saúde, gerando a construção de projetos terapêuticos individualizados (MATTOS, 2004). Para isso, é necessária a superação do modelo biomédico, disciplinar e excessivamente técnico.

Na saúde da mulher, a integralidade pode ser compreendida como

a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas, construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento e escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009, p.10)



No contexto da atenção às mulheres, a integralidade abre caminhos para a autonomia das mulheres, com o reconhecimento do direito sobre o seu corpo e sobre sua vida e resulta de mudanças substanciais nas práticas do cuidado.

Necessário, portanto, verificar como se dá o relacionamento entre o(a) profissional enfermeiro(a) e a usuária do serviço? Como se dão as **orientações/informações direcionadas** à fase do ciclo biológico em que ela se encontra (gestação, parto, puerpério) de modo a contribuir para a autonomia e autodeterminação da mulher em relação aos cuidados que receberá? Como respeitar e possibilitar que a mulher possa explicitar e assumir suas propostas, seus pensamentos e sentimentos. Para cuidar, faz-se necessário implementar a **ausculta sensível**, de modo que possibilite a dimensão comunicacional.

Reconhecer os direitos à saúde está atrelado a incorporar outros aspectos além das dimensões jurídicas, como: acolhimento para o desenvolvimento pleno da saúde, integralidade do serviço e a singularidade da atenção. Estes saberes contribuem para o desafio de superar a compreensão de saúde nos limites da racionalidade da decisão polarizada de juízes (PINHEIRO; ASENSI, 2011).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde no Brasil, a integralidade como princípio ainda não se verifica na realidade das práticas dos serviços de saúde. Porém, ao entender a integralidade não apenas nas dimensões do cuidado como também no direito, é necessário articular profissionais, controle social e Estado, para comprometer estes atores com a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde no Brasil.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e de caráter qualitativo.

O estudo exploratório tem como finalidade explorar as dimensões dos fenômenos, a forma como que eles se manifestam, bem como os fatores com os quais eles se relacionam (POLIT; BECK; HUNGLER; 2004).

Segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa é capaz de revelar valores, símbolos, normas e representações, possibilitando elaborar, interpretar e analisar os fenômenos sociais, sobretudo o comportamento humano e suas relações. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000). Desse modo, adapta-se ao presente estudo.

### 3.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade pública do Estado da Bahia, localizada na cidade de Salvador e que está vinculada à Estratégia da Rede Cegonha, desde 2012.

A maternidade escolhida foi inaugurada em 15 de março de 1959 e realiza atendimento ambulatorial e hospitalar, abrangendo a atenção básica, média e de alta complexidade.

Atualmente realiza uma média de 350 partos por mês e busca adequar suas rotinas e condutas para o atendimento ao parto de maneira humanizada. A unidade vem implementando mudanças significativas em seu modelo de assistência, para adaptar suas práticas ao atendimento humanizado preconizado pela Rede Cegonha e pelo trabalho interdisciplinar, com uma equipe composta por profissionais das diferentes áreas da saúde.

Possui 101 leitos para as mulheres e 20 para recém-nascidos(as) na unidade neonatal; ambulatório de ginecologia e realiza algumas cirurgias eletivas. Atende às especialidades de ginecologia, obstetrícia, neonatologia, não possui UTI, nem banco de sangue e atende à lei que permite à mulher o direito a acompanhante. O atendimento ambulatorial oferece consulta pré-natal a gestantes adolescentes, gestantes de risco habitual, médio e alto risco, consulta de ginecologia, serviço de psicologia, planejamento reprodutivo, teste do pezinho, teste da orelhinha com fonoaudióloga, atendimento oftalmológico com teste do olhinho, imunização, atendimento de ginecologia no ambulatório, em especial para o tratamento de miomas e endometriose, com cirurgias realizadas na própria instituição.

A instituição possui trabalhadores(as) de diversas áreas da saúde entre enfermeiras, médicos(as), farmacêuticos(as), nutricionistas, fisioterapeutas, assistente social, psicóloga(o), fonoaudióloga, além de técnicas(os) e auxiliares de saúde. A instituição escolhida possui, no quadro permanente de profissionais, enfermeiras obstétricas.

Encontra-se, em fase de implantação, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional e Canguru, estratégias de humanização que visam a reduzir os índices de mortalidade neonatal. Recebe apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado (SESAB).

A maternidade acolhe estudantes da graduação e da pós-graduação nos níveis de especialização, residência, mestrado e doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e de outras instituições.

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com profissionais que compunham o quadro permanente da maternidade, que atenderam aos critérios de ter vivenciado a experiência do cuidado a parturientes e estar em atividade na maternidade desde 2011.

Inicialmente foram identificadas todas as categorias profissionais que atuavam na maternidade, sendo possível o acesso a 20 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, mas a indisponibilidade de tempo de algumas resultou na realização da entrevista com 16 profissionais, estando todas as categorias representadas.

Assim participaram do estudo quatro enfermeiras assistenciais, sendo duas enfermeiras obstetras, uma auxiliar de enfermagem, uma psicóloga, uma nutricionista, duas médicas obstetras, uma médica neonatologista, um médico anestesista, três assistentes sociais e duas fisioterapeutas.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Obedecemos aos princípios éticos da pesquisa, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que tem o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção às pesquisas científicas envolvendo seres humanos, considerando o desenvolvimento e o engajamento ético inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 2013).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através da Plataforma Brasil e a coleta de dados ocorrerá após essa aprovação e após autorização pela instituição na qual será realizada a coleta.

Respeitaram-se os direitos dos(as) colaboradores(as) como: anonimato, privacidade e individualidade, podendo desistir da sua participação na pesquisa a qualquer tempo, se assim desejassem.

As entrevistas foram iniciadas após o fornecimento de todas as informações e esclarecimentos às depoentes e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo respeitadas a disponibilidade e aceitação para a participação na pesquisa.

Garantiram-se o sigilo e a privacidade dos(as) participantes da pesquisa, para resguardar a sua identidade, sendo identificados pelas categorias profissionais.

Os riscos dessa participação estavam relacionados ao desgaste físico decorrente do tempo que levaram para responder às perguntas do roteiro de entrevista e o desconforto, relacionados a relatar situações que exponham sua conduta profissional e dos(as) demais profissionais da instituição.

Os benefícios indiretos estão relacionados aos dados e às informações a serem obtidos, que poderão subsidiar novas ações para a implementação das diretrizes da Rede Cegonha na maternidade, de acordo com as necessidades levantadas.

Deixamos claro que as entrevistas poderiam ser interrompidas a qualquer momento, garantindo ao participante plena liberdade de participação ou recusa em participar da pesquisa, ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização.

### 3.6 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para a produção do material empírico, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, a qual, segundo Minayo et al. (2005), combina perguntas fechadas e abertas, dando a(o) informante a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem estar restritas(os) à questão formulada.

Além disso, Triviños (2009) entende a entrevista semiestruturada como uma possibilidade de ampliar o campo de hipóteses, que surge por meio do alcance de abertura e compreensão desejada da pessoa entrevistada, e que oferece o desenvolvimento da investigação.

Obteve-se autorização prévia para gravação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A entrevista (APÊNDICE B) foi realizada em sala disponibilizada pela instituição, sem interferência externa e conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo.

A produção dos dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2015.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso. De acordo com Fiorin (2011, p.11),

os discursos são as combinações de elementos linguísticos, usados pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofísico-fisiológica do discurso, ela é

rigorosamente individual, pois sempre é um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso.

Os discursos são construções sociais organizadas com base nas imagens, ideias, representações que as pessoas constroem acerca do mundo a partir das suas vivências, sendo suas crenças e valores inconscientemente incorporados e naturalizados. A análise de discurso, à medida que estuda os elementos discursivos, revela por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo determinada socialmente, uma vez que o discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2011).

O texto a ser trabalhado encontra-se no nível da aparência, sendo necessário estudo dos elementos discursivos para atingir o nível mais abstrato, capaz de revelar a visão de mundo a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa (FIORIN; SAVIOLI, 2007).

O processo de análise do material empírico por meio da técnica de análise de discurso obedeceu aos seguintes passos, conforme preconizado por Fiorin (2011):

- 1) Leitura do texto inteiro, tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo plano de significação, de modo a garantir a coerência.
- 2) Agrupamento dos dados, segundo os elementos significativos (figuras ou temas) que se somam ou se confirmam num mesmo plano de significados.
- 3) Depreensão dos temas centrais com formulação de subcategorias que levam à construção de uma ou mais categorias empíricas centrais.
- 4) Análise e discussão das categorias empíricas orientadas pelo eixo teórico, em articulação com a literatura pertinente.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados a seguir sob a forma de três artigos científicos. O primeiro, intitulado **Rede Cegonha, humanização do parto e os limites da prática**, teve por objetivo analisar as mudanças incorporadas ao cotidiano da atenção à saúde da mulher após a Rede Cegonha, com base em suas diretrizes e na integralidade. O segundo artigo é denominado **Rede Cegonha como mobilizadora de boas práticas no cuidado à parturiente** que buscou descrever as ações implementadas na atenção à saúde da mulher em maternidade, antes e após a implantação da Rede Cegonha. O terceiro é intitulado **Presença do acompanhante em maternidade e desafios da ambiência** e teve por objetivo analisar a concepção de profissionais sobre a presença do acompanhante em maternidade, a partir da experiência em serviço e da Rede Cegonha.

#### 4.1 ARTIGO 1

### REDE CEGONHA, HUMANIZAÇÃO DO PARTO E OS LIMITES DA PRÁTICA

### RED CIGÜEÑA, LA HUMANIZACIÓN PARTO Y LÍMITES DE LA PRÁCTICA

### STORK NETWORK, DELIVERY HUMANIZATION AND LIMITS OF PRACTICE

Sarah Alves Moura Costa<sup>1</sup>

Edméia de Almeida Cardoso Coelho<sup>2</sup>

Mariza Silva Almeida<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar mudanças da prática profissional, a partir do olhar da equipe de saúde de uma maternidade sob as diretrizes da Rede Cegonha. **Método:** pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida com 16 profissionais de saúde. A integralidade constituiu categoria analítica. Foi utilizada entrevista para produção do material empírico que foi submetido à técnica de análise de discurso. **Resultados:** profissionais incorporaram a proposta da Rede Cegonha e exercitaram escuta qualificada sobre as demandas das mulheres em suas especificidades, praticando a humanização da atenção ao parto. Ainda que a infraestrutura do serviço imponha limites às boas práticas, consideraram que houve melhoria da atenção à mulher no parto. **Conclusão:** embora haja expressivo esforço de profissionais e da gestão, problemas estruturais limitam a implementação da Rede Cegonha e criam contradições entre a proposição política e as práticas, comprometendo a humanização do parto. Recai sobre a equipe o ônus de fazer sobreviver uma proposta de superação de iniquidades.

**Descritores:** Rede Cegonha, Parto humanizado, Integralidade em saúde, Direito à saúde, Políticas públicas

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Autora para correspondência: sarah.amc@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacolho@gmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade materna são indicadores da qualidade dos serviços de saúde, principalmente da melhoria da atenção durante o pré-natal e parto. Também contribuem para mensurar a situação social das mulheres, baseando-se no índice de desenvolvimento e nas condições de vida da população considerada (KALCKMANN et al., 2010).

No Brasil, as altas taxas de mortalidade materna e neonatal e o expressivo aumento de partos cesáreos exigiram uma tomada de posição da sociedade civil, entidades de classe e governos, a partir da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, em 1985. Nesse sentido, os movimentos em favor do parto normal ganham espaço e propõem impactar desde o atendimento pré-natal na atenção básica até a formação de profissionais de saúde, buscando estratégias para implementação de políticas de saúde que priorizem tecnologia apropriada, qualidade da assistência e retirada de excesso de intervenções que comprometam a saúde de mulheres e crianças (KALCKMANN et al., 2010).

A mudança de paradigma da assistência tecnocrática para uma atenção humanizada interfere nos processos de trabalho, na medida em que é necessário incorporar um novo conjunto de crenças e valores orientados para um modelo sem intervencionismo. Considerando que há a cultura de que o aparato tecnológico da medicina é fundamental para a saúde e que sua privação resulta em desassistência e abandono, é dificultada a implementação de políticas públicas de humanização do parto.

O termo humanização é utilizado em diferentes políticas de saúde, mas na atenção ao parto se traduz em conhecimentos, práticas e atitudes que:

objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal (MAIA, 2010, p.42).

A luta pela humanização do parto tem como princípios a busca de garantias dos direitos reprodutivos e redução da prática de excessivas intervenções, visto que o uso irracional de técnicas, durante o parto, causa mais prejuízos que benefícios.

Na defesa da humanização do parto, em 1993 foi fundada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna) que congrega pessoas e instituições para legitimar o modelo humanizado. Com essas iniciativas, a partir de 2000, é apresentado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), numa articulação entre Ministério da Saúde, Secretarias de



Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal tendo como objetivo “o incentivo à assistência, à organização, à regulação e aos investimentos na assistência obstétrica e neonatal”, executando “ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos” (BRASIL, 2000).

Em 2005, por meio da Política Nacional de Assistência Obstétrica e Neonatal são preconizadas mudanças nas práticas assistenciais com inserção da doula no acompanhamento pré-natal; permissão do acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto, pós-parto; uso de métodos alternativos no alívio da dor (banho, bola de parto, escada de Ling, massagem e deambulação); realização de partos sem complicações por enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2005).

O momento do parto provoca uma mistura de emoções e sentimentos nas mulheres. A partir da valorização do parto e do nascimento humanizados, se identificou aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres, durante a evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças, com uma relação menos autoritária e mais solidária, entre profissionais e usuárias (MAIA, 2010; GOMES et al., 2014).

Entretanto, apesar de novas iniciativas e melhorias na atenção básica e hospitalar às gestantes observadas nos últimos anos, não se identifica uma redução significativa da mortalidade materna. Essa tem ainda como principais causas hipertensão arterial, infecções puerperais e hemorragias, sendo indicadores sensíveis da qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto em sistemas de saúde pouco eficazes (REIS, 2012).

A partir de 2010, no Brasil, o Ministério da Saúde determina diretrizes de um novo modelo de organização dos serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que alcancem um cuidado prestado por um conjunto integrado de serviços e possibilitem uma assistência contínua, integral, responsável e humanizada à saúde (MAIA, 2014).

A Rede Cegonha, instituída em 2011 pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011, segue as diretrizes desse novo modelo de atenção à saúde, que se constitui em redes de cuidados que devem organizar e qualificar a assistência materno-infantil, complementando o PHPN (MARTINELLI et al., 2014). É uma estratégia instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde que

visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Fundamentada no princípio da integralidade e no Sistema Único de Saúde, deixa em evidência a relação entre política e direito à saúde. Nessa perspectiva, o cumprimento dos princípios do SUS, a confiança no direito e coexistências das ações asseguram o acesso à saúde e afirmam a dignidade humana e a cidadania. Portanto, repensar o cuidado implica na construção de práticas eficazes embasadas nos princípios da integralidade que conduza à formulação de novos paradigmas para a saúde (PINHEIRO, 2011).

Desse modo, O PHPN e a Rede Cegonha são ações que potencializam e sistematizam uma mudança de paradigma da assistência à saúde da mulher com redução de intervenções desnecessárias e humanização da atenção, que já estavam em pauta desde os anos de 1990 por profissionais de saúde, ativistas, gestores(as), entre outros(as).

Todavia, as práticas humanizadas ocorrem em meio a problemas de infraestrutura, da formação profissional e de relações de poder que tensionam a atenção e constituem obstáculos à sua implementação. Assim, este estudo foi desenvolvido com objetivo de analisar as mudanças das ações de humanização do parto, a partir do olhar da equipe da maternidade que orienta sua prática sob as diretrizes da Rede Cegonha.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma maternidade pública do Estado da Bahia vinculada à Estratégia da Rede Cegonha desde 2012.

No presente estudo, orientamos nosso olhar pela integralidade defendendo-a como 'a concretização de práticas que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas'. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO, 2009, p. 10).

A pesquisa foi realizada com profissionais que compunham o quadro permanente da maternidade, que atenderam aos critérios de ter vivenciado a experiência do cuidado a parturientes e estar em atividade na maternidade desde 2011. Participaram do estudo 16 profissionais, sendo duas enfermeiras assistenciais, duas enfermeiras obstetras, uma auxiliar de enfermagem, uma psicóloga, uma nutricionista, duas médicas obstetras, uma médica neonatologista, um médico anestesista, três assistentes sociais e duas fisioterapeutas.

Foi utilizada entrevista semiestruturada para produção do material empírico. A entrevista foi realizada em sala disponibilizada pela instituição, sem interferência externa e

conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Teve duração média de 40 minutos/cada, durante as quais foi utilizado gravador de voz. Utilizaram-se nomes fictícios para resguardar o anonimato das(dos) participantes.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso, segundo Fiorin. O discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem. A análise de discurso, à medida que estuda os elementos discursivos, revela por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos (FIORIN, 2011).

A operacionalização dessa técnica seguiu as etapas propostas pelo autor: leitura de todo o texto para localizar os elementos concretos e abstratos que conduzem a um mesmo plano de significados; agrupamento dos temas parciais de acordo com elementos significativos que se somam ou se confirmam, formando subcategorias empíricas; formulação de categorias empíricas centrais (FIORIN, 2011). Uma delas é apresentada e analisada neste artigo em articulação com a literatura pertinente.

Respeitaram-se todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi livre e voluntária mediante consentimento informado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Contou, ainda, com aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo Parecer 1.182.039, emitido em 03 de junho de 2015 (BRASIL, 2013).

## **RESULTADOS**

Na maternidade em que foi realizada esta pesquisa, houve oportunidade de trocas e aprendizado com a Maternidade Sophia Feldman que cumpre com o papel de reafirmar as possibilidades de novas práticas no cuidado à mulher no parto, e profissionais investem nessa perspectiva com escuta qualificada sobre as demandas das mulheres, suas especificidades e singularidade, praticando a humanização das relações e da atenção ao parto. Tal mudança é parte do propósito de implementar a Rede Cegonha que traduz também o esforço de garantir políticas públicas a ela anteriores, a exemplo do PHPN e da PNAISM.

Os depoimentos a seguir traduzem o estímulo oriundo da experiência com a Maternidade Sophia Feldman:

[...]a Sophia (Feldman) veio para cá, passou toda a vivência de lá. Nós fomos para lá também, vivenciamos o que viviam [...] e daí a gente foi montando, baseado em outros protocolos [...] E vem tentando na medida do possível, colocar em prática o que a gente escreveu no protocolo [...]. Mas já melhorou muito (ENFERMEIRA\_01).

[...]E alguns profissionais foram para lá também e quando voltaram, multiplicaram os conhecimentos, a experiência, o que está acontecendo, como funciona lá. [...] (FISIOTERAPEUTA\_01).

A gestão da maternidade, *locus* deste estudo, assumiu a necessidade de mudanças que qualificam o cuidado à mulher na parturição e no pós-parto, considerando os princípios da Rede Cegonha que vem promovendo mudanças:

Então você tem uma gestão que está seguindo um protocolo, não é nada criado pela cabeça dela, está seguindo um protocolo, tá querendo melhorar a assistência. Vai ter que fazer de alguma forma (ENFERMEIRA\_02).

A melhoria da atenção é expressa nos depoimentos que seguem, com ênfase na humanização do atendimento às mulheres no trabalho de parto, parto e puerpério. Revelam ser as participantes do estudo conhecedoras da proposta da Rede Cegonha e de suas implicações para a qualidade do cuidado, bem como dos efeitos benéficos das ações profissionais sobre o bem-estar da mulher:

É nesses últimos anos que tenho observado a questão de uma assistência mais integrada no sentido de dar um apoio psicológico, dar um apoio moral e muitas também têm acompanhante [...] um contato mais direto mãe e filho, eu acho que nesse sentido ajuda bastante e conduz a paciente para ter um parto mais tranquilo [...] (MÉDICA\_01).

A questão do respeito, porque cada gravidez é de um jeito. [...]. Até receber essa mulher, ela saber que já foi atendida. “Não, a enfermeira já me olhou”, quer dizer, já se importou comigo, eu não sou só um nome que está na lista de espera, eu sou alguém que já foi vista. E isso já muda tudo. O receber, de fato acolher (ASSISTENTE SOCIAL\_03).

Nesses discursos, a integralidade se expressa no modo como a entrevistada se refere ao processo de cuidado, em que a mulher tem centralidade. Há, subjacente a sua fala, um modelo que estruturou a atenção segundo padrões biomédicos e somente nos últimos anos dá indicativos de mudança, avançando para perceber singularidades de quem vivencia uma gravidez.

Nesse sentido, nos depoimentos que seguem, profissionais identificam a atenção à mulher no parto como espaço de trocas, crescimento e conhecimento voltados a um cuidado

segundo especificidades, ressaltando a importância de olhar diferenciado para grávidas adolescentes. Dedicção, identificação de riscos, estímulo à aproximação mãe/filho(a) pela equipe remetem a seu fortalecimento enquanto equipe cuidadora, ressignificando práticas e dando sentido interdisciplinar ao trabalho que se distancia de ações individuais e fragmentárias.

A questão do parto mais humanizado, os profissionais são mais dedicados aos cuidados com a paciente, a atenção que se dá a adolescentes, que hoje a maternidade tem muito adolescente e essa questão de você dar mais atenção, a questão de você diferenciar [...] os atendimentos referenciados tipo as pacientes que têm risco na gestação, ter um hospital mais específico (NUTRICIONISTA).

A ação que mudou foi a conscientização do próprio acolhimento mãe e filho [...]. Não só em termos de saúde, mas também de carinho, de proximidade. [...] isso conscientizou essa mãe, isso conscientizou o meu trabalho [...]. Você detém muito mais conhecimento, mais crescimento [...] essa mãe é orientada, porque é importante que ela seja orientada, sobre os cuidados que ela vai ter com seu bebê (AUXILIAR DE ENFERMAGEM).

Essa questão da comunicação multiprofissional, de você contar com uma equipe interdisciplinar, que se apoia, que se comunica, que olha para todas as questões que estão ali, naquela situação, eu acho que isso também tem um esforço coletivo de uma atenção integral, [...] de conseguir atender de uma forma mais, mais integralizada mesmo, né, as demandas da paciente (PSICÓLOGA).

A assistência humanizada se propõe a retomar o parto como lugar de evento fisiológico e afetivo, mas assumir novas posturas requer mudanças de visão de mundo e rupturas com padrões estabelecidos na formação profissional. Desse modo, a perspectiva de mudança e as experiências exitosas que já se expressam convivem com o modelo estruturado sob bases técnicas, ainda orientadores de muitas práticas. Uma profissional faz a crítica à lógica tecnicista pela atuação de certos(as) profissionais que não romperam efetivamente com esse modelo, conforme se lê a seguir:

[...] muita gente querendo fazer parto humanizado, porque foi instituído parto humanizado [...] e depois [...] assistindo o parto e dando a tesoura para o pai, “oh pai, corta aqui o cordão”, que era um ato puramente mecânico. Era como se ele estivesse cumprindo uma ordem. E eu não vejo humanização nenhuma em pegar uma tesoura e dar ao pai para cortar o cordão, se esse ato não está inserido no contexto geral da humanização. O que foi que humanizou aí, nesse parto? Esse fato isolado, eu vejo que não humanizou (MÉDICA\_03).

Embora a humanização da atenção seja a tônica dos discursos, os limites e as contradições são evidentes, quando profissionais se referem à infraestrutura do serviço, com limitação na disponibilidade de equipamentos, a exemplo de número reduzido de leitos PPP e

de berços aquecidos, problemas de manutenção dos existentes, além de relações que ainda reproduzem o modelo técnico. Há também dificuldades no nível da estrutura física e no quantitativo de profissionais para atender às demandas que acompanham as mulheres no processo parturitivo, o que se confirma nos depoimentos:

Então tem muitas coisas que ainda precisam ser modificadas. A questão das macas [leito PPP], que o governo quer parto humanizado. Parto humanizado tem que ter muitas outras coisas, tem que ter mais a questão das macas próprias para isso, tem coisas quebradas, falta algumas coisas, então para poder você ter 100% teria que ter melhor qualidade de tudo, né (MÉDICA\_01).

[...] a mulher entra, é acolhida, tem um profissional que está olhando ela ali e tudo, mas ela está numa estrutura caótica, que falta medicamento, que a quantidade de profissional é pouca para atender a quantidade de pessoas que chegam, que elas ficam horas lá fora, não sei quanto tempo para ser atendida. Tudo isso é desumanizado (MÉDICA\_03).

Agora a reclamação é só por conta disso, das condições de trabalho que às vezes você tem. Por exemplo, [...] eu estou acompanhando aquele trabalho de parto, está tudo bem, mas, de repente [...] nasceu e eu preciso de um aspirador, eu preciso de um berço para dar os cuidados, para ventilar, coisa e tal e eu não tenho, [...] Então a gente precisa. [...] isso o Ministério preconiza que você deve ter o berço equipado, tudo direitinho. Você não tem. Eu acho que faltam algumas coisas nesse sentido que precisa melhorar; para as ações serem desenvolvidas você precisa que realmente seja dado condição, né? (ENFERMEIRA\_03)

Uma unidade dessa, que tem portas abertas 24h e não tem uma unidade que possa assistir o RN. A gente passou aqui 2 meses sem vácuo central. [...]. Então, se você for olhar realmente como é que está funcionando, não está funcionando (ENFERMEIRA\_01)

Nesses discursos, a organização do serviço, importante dimensão a ser considerada quando se propõe a integralidade, revela os seus limites e compromete a Rede Cegonha. Quando o parto e o nascimento são marcados por sofrimento, longas esperas e precariedade nas condições materiais para os cuidados imediatos, o diferencial da maternidade que abraça essa estratégia desaparece, mostrando um ambiente inseguro para parir e nascer, e a responsabilização, requerida também pela integralidade, se impõe.

A perspectiva da integralidade do cuidado é contrariada e revelada no seguinte depoimento:

De noite só tem eu e outra colega e é impossível você dar uma assistência adequada. Assim, falta ainda muita gente para fazer essa parte, vamos dizer assim, intercâmbio da família, [...]. Então tem muitas coisas que ainda

precisam ser modificadas. [...]. Porque é impossível você trabalhar assim, dessa maneira, com poucos profissionais e muito movimento. Aí fica difícil. E no papel é muito bonito, mas na prática você tem só isso aí (MÉDICA\_01).

Uma profissional, atenta às mudanças requeridas para implementação da Rede Cegonha, valoriza a formação continuada em serviço, ressaltando as dificuldades de afastamento para qualificação:

Essa dificuldade enorme que a gente tem, de tirar o profissional da assistência para um momento de formação, se a estrutura de recursos humanos da unidade, ela não comporta isso, [...] Formação, precisa ser vista como formação em serviço, o profissional ele tem que ter a qualidade e a garantia de que ele vai ser liberado do serviço que ele está em formação, então ele também está em serviço. E as coordenações daqui têm muita dificuldade, porque as escalas são muito apertadas, porque falta gente na assistência, então isso é uma coisa que precisa ser modificada (PSICÓLOGA).

## DISCUSSÃO

A Rede Cegonha, criada para o desenvolvimento de ações com ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, representa um esforço do Ministério da Saúde para redução da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento. Sua elaboração reafirma compromissos com a mudança de indicadores relativos à mortalidade materna e neonatal, mas também quanto à efetivação de práticas acolhedoras e resolutivas para mulheres, cujas demandas requerem que o sistema de saúde faça da integralidade da atenção uma realidade nos serviços (DI GIOVANNI, 2013).

A integralidade se inscreve como perspectiva nessa proposta do Ministério da Saúde, na medida em que defende a implementação de ações no sistema de saúde que reconheçam as demandas mais amplas do(a) usuário(a) e atendam com escuta sensível, acolhimento, responsabilização e vínculo profissional (VILLELA; OLIVEIRA, 2009).

As mudanças das práticas sob os princípios da Rede Cegonha, na maternidade em que este estudo foi realizado, têm em suas bases o trabalho realizado pela Maternidade Sophia Feldman, Belo Horizonte- MG. Essa historicamente vem representando uma referência nacional na atenção humanizada e de boas práticas, sendo considerada como modelo de atenção à mulher.

Nesse sentido, o cuidado se estabelece numa perspectiva relacional permeada por princípios que orientam e legitimam uma assistência integral e humanizada. Profissionais

incorporam valores como a responsabilização por suas ações com ressignificação do cuidado e criação de espaços favoráveis a práticas cuidadoras orientadas pela integralidade da atenção (DUARTE et al., 2012).

Nessa perspectiva, a produção do cuidado em saúde é desenvolvida a partir do trabalho multidisciplinar, traduzindo novos valores institucionais em que se garantam espaços dialógicos e sejam possibilitadas decisões compartilhadas, exercício da autonomia e responsabilização de profissionais e gestores(as) pelas práticas em saúde (DUARTE et al., 2012).

Para a construção de um novo paradigma fundamentado na humanização, profissionais de saúde e população precisam ser sensibilizados(as), no sentido de fortalecer a proposta. Pressupõe-se que a escuta da experiência de profissionais de instituições que já superaram o modelo médico intervencionista estimule a adesão ao movimento de transformação do modelo obstétrico (PROGIANTI; HAUCK, 2013).

O reduzido número de profissionais na assistência impede uma atenção mais qualificada e retarda respostas às demandas das mulheres. Assim, na prática, depara-se com os limites da realidade local, mas o serviço se encontra mobilizado para uma assistência humanizada.

Paradoxalmente, práticas humanizadas e com melhor qualidade na atenção são com maior frequência praticadas nos serviços do SUS. Estudo mostra que mulheres beneficiárias da saúde suplementar buscam as Casas de Parto Normal (CPN) do SUS para realização do acompanhamento, durante o parto e nascimento, realizados por uma equipe multiprofissional com valorização da profissional da enfermagem obstétrica e uma mudança significativa no modelo de atenção (MAIA, 2010; RATTNER, 2009).

As diretrizes para humanização do parto e nascimento permitem que as mulheres retomem o protagonismo e tenham garantidos os direitos reprodutivos, tanto no âmbito do SUS como no setor privado, criando possibilidades para uma mudança efetiva da atenção ao parto. Entre essas incluem-se a superação de situações que vitimizam mulheres e a violência obstétrica institucional (MALHEIROS et al., 2012).

A implementação de um novo modelo de cuidado requer a construção de um modelo de cogestão, utilizando-se como dispositivo a gestão colegiada, com compartilhamento das decisões e responsabilidades, aproximando gestores(as), profissionais e usuárias(os). Ainda há decisões verticalizadas, mas são pensadas outras formas de fazer gestão que reconheçam a voz do coletivo de profissionais e das mulheres no parto em meio à complexidade do processo de mudança (CUNHA; MAGAJEWSK, 2012).

Ações coletivas de profissionais não garantem nos serviços de saúde práticas integrais na atenção ao parto e nascimento. É necessário implantar modificações na estrutura dos serviços



e suas ações serem capazes de tornar os espaços mais acolhedores para uma assistência voltada às demandas das mulheres. Todavia, tais recomendações ainda se encontram escassas nos cenários de parto, comprometendo a humanização do processo de parturição preconizada pelo Ministério da Saúde (BUSANELLO et al., 2011).

Resultados de pesquisa constataam falta de leitos e de trabalhadores(as) da saúde. Estrutura física inadequada, deficiência de recursos financeiros e materiais e desvinculação do serviço de atenção pré-natal e parto constituem barreiras para implementação de uma assistência de qualidade com segurança. Problemas relacionais entre profissionais e usuários(as) também são caracterizados como limites para uma assistência digna e de qualidade.<sup>23</sup> Realidade que tem convergências com os resultados desta pesquisa.

É preciso compreender as políticas públicas no processo de humanização da assistência, para que mudanças sejam possíveis no SUS por parte de profissionais, gestores(as) e usuárias. Nessa perspectiva, é preciso repensar o cuidado como categoria social e cultural e não apenas como componente teórico-prático, problematizando os elementos da integralidade na garantia e na afirmação do direito à saúde (PINHEIRO, 2011).

Apesar da formação de profissionais de saúde continuar fundamentada, sobretudo, no modelo intervencionista considerado inadequado, o Ministério da Saúde, articulado ao Ministério da Educação, busca mudanças das estruturas curriculares dos cursos de saúde, assim como o desafio de inserir nos serviços cursos e atualizações que permitam a profissionais incorporar práticas de cuidado fundamentado em evidências com visão de humanidades no exercício profissional (RATTNER, 2009).

A análise dos discursos de profissionais que participaram do estudo mostra que embora haja expressivo esforço de profissionais do cuidado e da gestão, há problemas estruturais identificados que limitam a implementação da Rede Cegonha. Nessas circunstâncias criam-se contradições entre a proposição política e as práticas, comprometendo a qualidade da assistência e a autonomia das mulheres, no processo de parturição, que compõem os requisitos para melhoria dos indicadores de mortalidade materna e neonatal.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na realidade em que a pesquisa foi desenvolvida, profissionais de saúde revelam incorporação das diretrizes da Rede Cegonha e as aplicam nos limites institucionais. Seus discursos são reveladores de mudança na dimensão relacional do cuidado, avançando para compreender singularidades da mulher no processo do trabalho de parto. Assim desenvolvem

práticas humanizadas por meio do trabalho em equipe que se fortalece pela perspectiva interdisciplinar.

A infraestrutura material, incluindo equipamentos previstos na Rede Cegonha para o conforto de mãe e filho(a), a exemplo do número de leitos para acolher a demanda de parturientes que procuram o serviço e reduzido número de profissionais, impõe limites. O acolhimento, importante dimensão da integralidade e da estratégia Rede Cegonha, compromete a qualidade e a resolutividade do cuidado. Nesse sentido, a autonomia e o protagonismo da mulher ficam prejudicados, comprometendo a concretização da Rede Cegonha, que na prática tenta assegurar o preconizado pelo PHPN e PNAISM.

O respeito aos direitos das mulheres é reconhecido, mas há limites por se manter uma estrutura ainda atrelada à precarização da assistência, garantindo-se o mínimo para mudar a qualidade da experiência das mulheres no parto. Assim, recai sobre a equipe o ônus de fazer sobreviver uma proposta que se propõe a superar iniquidades.

Em síntese, concretizar a Rede Cegonha requer comprometimento de profissionais, gestores(as) e usuários(as), em transformar o paradigma da assistência e há no serviço estudado profissionais concretizando mudanças. Os problemas constatados são passíveis de solução, envolvendo investimento financeiro e vontade política de instâncias centrais de decisão que contarão com profissionais mobilizadas(os) a continuar revendo valores incorporados às práticas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1.

BRASIL.. Portaria MS/GM nº. 1.067, de 4 de julho de 2005 . Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 6 jul. 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BUSANELLO, Josefina; KERBERII, Nalú Pereira da Costa; SASS, Raúl Andrés Mendoza–; MANO, Patrícia de Souza; SUSINI, Lulie Rosane Odeh; GONÇALVES, Bruna Goulart. **Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico.** Rev Bras Enferm, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p.824-32, set-out, 2011.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2009 jan.-mar; v.13, n.1 Disponível em:< <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-516540>>. Acesso em 19 mai. 2015

CUNHA, Penha F; MAGAJEWSK, Flávio. **Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS.** Saúde Soc.São Paulo [periódico na internet].2012; [citado em 2016 mar 10]; 21(1): [aprox 9 telas]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48770/0>

DUARTE, Elysângela Dittz; DITZ, Erika da Silva; MADEIRA, Léia Maria; BRAGA, Patrícia Pinto; LOPES, Tatiana Coelho. **O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde.** Rev. Eletr. Enf. [periódico na internet]. 2012 jan/mar; [citado em 2016 mar 10]; 14(1): [aprox.. 8 telas]. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf)

FIORIN, José Luís. **Elementos de análise do discurso.** [15. ed. totalmente rev. ampl. e atual.]. São Paulo, SP: Contexto, 2011. 126 p.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha: da Concepção à Implantação.** [Especialização]. Brasília (DF): ENAP – Escola Nacional de Administração Pública; 2013.

GOMES, Ana Rita Martins; PONTES, Diego de Sousa; PEREIRA, Cynara Cristhina Aragão; BRASIL, Arthemio de Oliveira Moura; MORAES, Levitemberg da Costa Almeida. **Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal.** São Paulo: Revista Recien. 2014 ago; v. 4 n.11. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/73/137>> Acesso em: 11 set. 2015.

KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo; CASTRO, Cláudia Medeiros de, LAGO, Tânia Di Giacomo; SOUZA, Sandra Regina de, organizadores. **Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero.** São Paulo: Instituto de Saúde; 2010.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27,n.5,p.1041-1044, mai, 2011.

MAIA, Melanie Noel. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro.** [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.

MALHEIROS, Paolla Amorim; ALVES, Valdecyr Herdy; RANGEL, Tainara Seródio Amim; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Parto e nascimento: saberes e práticas**

**humanizadas.** Texto Contexto Enferm 2012 v.21, n.2, p.329-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. **Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network.** Rev Bras Ginecol Obstet. v.36, n2, p.56-64, 2014.

PINHEIRO, R. **Integralidade do cuidado: a promessa da política e a configuração no direito.**[in] Usuários redes sociais, mediações e integralidade em saúde. 1ª ed. 2011, IMS/UERJ –LAPPIS, Rio de Janeiro.

PROGIANTI, Jane Márcia; HAUCK, Flávia Terra. **A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de Juiz de Fora.** Rev. enferm. 2013 jul/set; v.21, n.3. Disponível em:< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/7469>> Acesso em; 10 ago 2014.

RATTNER, Daphner. **Humanização na atenção a nascimentos e partos:** ponderações sobre políticas públicas. Interface (Botucatu) [online]. 2009. v.13,p.759-768. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>>. Acesso em: 2 jul 2014.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. **Identificação de eventos adversos relacionados à atenção ao parto.** [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2012.

VILLELA, Wilza; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **Gênero, saúde da mulher e integralidade: Confluências e desencontros.** In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

## 4.2 ARTIGO 2

### REDE CEGONHA COMO MOBILIZADORA DE BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À PARTURIENTE

### RED CIGÜEÑA CÓMO MOVILIZA DE BUENA PRÁCTICA EN ATENCIÓN LA MADRE

### STORK NETWORK HOW MOBILIZING OF GOOD PRACTICE IN CARE THE PARTURIENT

Sarah Alves Moura Costa<sup>1</sup>  
Edméia de Almeida Cardoso Coelho<sup>2</sup>  
Mariza Silva Almeida<sup>3</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** descrever as ações implementadas na atenção à saúde da mulher em maternidade, antes e após a implantação da Rede Cegonha (RC). **Método:** pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida com 16 profissionais de saúde de maternidade. A integralidade constituiu categoria analítica. Foi utilizada entrevista como técnica de produção do material empírico, sendo analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** profissionais de saúde implementam boas práticas no cuidado à mulher no parto de acordo com diretrizes da RC, mas a vinculação ainda representa um desafio na garantia dos direitos das gestantes, com limites na organização do serviço e na superação do modelo biomédico por parte de profissionais. **Conclusão:** há adesão a boas práticas, mas ainda faltam melhorias na formação profissional, na gestão, bem como a mobilização da comunidade para fortalecer as diretrizes da RC e garantir os direitos das mulheres por meio das ações humanizadas e resolutivas na atenção à parturiente.

**Palavras-chave:** Gestantes, Parto humanizado, Integralidade em saúde, Direito à saúde, Políticas públicas, Rede Cegonha

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Autora para correspondência: sarah.amc@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacoeelho@gmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha instituída pelo MS, em 2011, por meio da Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011 tem como principal meta reduzir a mortalidade materna e infantil, a partir da organização e qualificação dos serviços de atenção à gestante e à criança de até 24 meses. No âmbito do SUS, os objetivos da Rede Cegonha são: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A fim de garantir o alcance dos objetivos apresentados, são determinadas as seguintes diretrizes a serem implantadas gradativamente em todo o território nacional: garantia ao acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante a uma unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção resolutiva e qualificada à saúde de crianças; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Por meio do movimento da redução das taxas de mortalidade materna e perinatal, a proposta reforça diretrizes de programas anteriores, conforme o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, assim como a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, reafirmando as recomendações internacionais (BRASIL, 2007).

Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou uma lista de verificação para a segurança no parto e nascimento, baseada em evidências científicas. Esse documento estabelece as boas práticas de atenção ao parto normal, garantindo segurança e qualidade da assistência (WHO, 2008).

No Estado da Bahia por meio da Resolução CIB nº 318/2011 de 06 de dezembro de 2011, foi instituído o Plano Estadual da Rede Cegonha. As ações são desenvolvidas e organizadas por meio do Grupo Condutor da Rede Cegonha formado por representantes da SESAB, COSEMS e MS para garantir a implementação das ações dos componentes propostos na Rede Cegonha e o monitoramento da atenção materna e perinatal (SESAB, 2011).

Dados preliminares divulgados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) mostram que a mortalidade materna em 2014 tem diminuído pouco, com uma razão expressa de 61,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no Estado da Bahia. Isso demonstra que as diretrizes não estão sendo implementadas de forma satisfatória para as gestantes, e o modelo biomédico permanece no cenário obstétrico, com a utilização de medicamentos em excesso e intervenções desnecessárias, o que contribui para manter as taxas de mortalidade elevadas (DATASUS, 2014).

A mudança do modelo de atenção à saúde da mulher se fortalece a partir de ações que estimulem a incorporação das boas práticas estabelecidas pela OMS. Partindo da assertiva de que a participação dos(as) profissionais de saúde para adesão às novas práticas requer não somente conhecimento técnico, mas também compreender as demandas das parturientes no contexto sociocultural e atuando como facilitadores(as) do parto normal, promovendo uma assistência humanizada e integral, este estudo teve como objetivo descrever as ações implementadas na atenção à saúde da mulher em maternidade, antes e após a implantação da Rede Cegonha.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em uma maternidade pública do Estado da Bahia vinculada à Estratégia da Rede Cegonha desde 2012. No presente estudo, orienta-se o olhar pela integralidade, defendendo-a como:

“a concretização de práticas que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres” (COELHO et al., 2009, p. 10).

A pesquisa foi realizada com profissionais que compunham o quadro permanente da maternidade, que atenderam aos critérios de ter vivenciado a experiência do cuidado a parturientes e estar em atividade na maternidade desde 2011. Participaram do estudo 16 profissionais, sendo duas enfermeiras assistenciais, duas enfermeiras obstetras, uma auxiliar de enfermagem, uma psicóloga, uma nutricionista, duas médicas obstetras, uma médica neonatologista, um médico anestesista, três assistentes sociais e duas fisioterapeutas.

Optou-se por entrevista semiestruturada, para produção do material empírico. A entrevista foi realizada em sala disponibilizada pela instituição sem interferência externa e

conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Teve duração média de 40 minutos/cada, durante as quais os discursos foram registrados por formulário e por gravador de voz. Utilizaram-se nomes fictícios para resguardar o anonimato das(dos) participantes.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso, segundo Fiorin. Os discursos são construções sociais organizadas com base nas imagens, ideias, representações que as pessoas constroem acerca do mundo a partir das suas vivências, sendo suas crenças e valores incorporados e naturalizados. O discurso se caracteriza como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2011).

A operacionalização dessa técnica seguiu as etapas propostas pelo autor: leitura de todo o texto para localizar os elementos concretos e abstratos que conduzem a um mesmo plano de significados; agrupamento dos temas parciais de acordo com elementos significativos que se somam ou se confirmam, formando subcategorias empíricas; formulação de categorias empíricas centrais. Uma delas é apresentada e analisada neste artigo em articulação com a literatura pertinente (FIORIN, 2011).

Respeitaram-se todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi livre e voluntária, mediante consentimento informado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Contou, ainda, com aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo Parecer 1.182.039, emitido em 03 de junho de 2015 (BRASIL, 2013).

## **RESULTADOS**

A Rede Cegonha tem como proposta estimular o parto fisiológico e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, bem como o parto realizado em Casa de Parto por enfermeira obstétrica. Com isso busca alcançar o modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento, proporcionando às parturientes o cuidado integral e de qualidade.

Profissionais que participaram deste estudo concentram suas falas na importância da utilização de boas práticas no processo parturitivo, na perspectiva de respeitar o que está preconizado, como se lê nos depoimentos a seguir:



As boas práticas têm ajudado, e muito. Até os profissionais, como é que se vê, não é mais um parto, é uma mulher que está parindo, é um todo, é um conjunto, é alguém que precisa de um estímulo maior [...] (ASSISTENTE SOCIAL\_03).

[...] leitos PPP (Pré-parto, Parto, Pós-parto) mesmo, são ótimos, que dá mais condições de você mudar a posição, é um leito que lhe ajuda, [...] as boas práticas, de deambulação, de poder ir, de mais liberdade para a mulher, [...] o papel dela de assumir o trabalho de parto como uma pessoa principal, não o médico, enfermeiro, acompanhante[...] a mulher como protagonista, ela assumiu mais, está assumindo (ENFERMEIRA\_01).

Em outros depoimentos, a utilização das boas práticas é enfatizada no sentido de estimular o parto normal e proporcionar conforto e alívio da dor, sendo os(as) profissionais de saúde facilitadores(as) do processo parturitivo, com valorização das demandas das mulheres:

A questão das boas práticas, para você dar um pouco de conforto à paciente no momento do estímulo ao parto natural, [...] tem o apoio emocional, você tem métodos do alívio da dor não farmacológico, e também, por vezes, farmacológicos, e que vem aumentar a tolerância daquela mulher ao processo natural do parir, então eu acho que isso também está mudando aos poucos, quebrando um pouco esse paradigma (ENFERMEIRA\_02).

A gente tem as boas práticas, de deambulação, de agachamento, de exercício em bola, de exercício no cavalete, e tudo é implantado, [...] A gente não tinha bola, mas a deambulação, o agachamento, o banho na hora que ela quisesse. A ação da água como analgésico e como alívio da ansiedade, eu sempre usei, então, veio só complementar, as ações são realmente colocadas em prática (ENFERMEIRA\_01).

O parto humanizado que antigamente as mães ficavam deitadinhas, hoje é mais verticalizado. Algumas informações que para a mãe era estranho, hoje elas ficam mais familiarizadas (FISIOTERAPEUTA\_01).

Outro aspecto que trouxe mudanças no cuidado à mulher em maternidade e resolutividade para as situações de urgências/emergências foi o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR), respaldado no componente parto e nascimento da Rede Cegonha. Este estabelece ações para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado e contribui positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, conforme destacados nos depoimentos a seguir:

Poxa, o ACCR é uma ação que primeiro foi assim fundamental [...] além de organizar o atendimento da emergência em si, ele também facilitou você salvar vidas, então eu acho que isso foi preponderante [...] (ENFERMEIRA\_02).

Acolhimento com classificação de risco, importantíssimo, porque antes, por ordem de chegada, você não tinha noção de quem era essa mulher. Você tinha

apenas um nome, você não tinha um histórico. O que é que essa mulher está sentindo? Está perdendo sangue, em processo de dor, então teria que sentir alguma coisa muito forte do lado de fora para poder ser colocada, ter uma prioridade (ASSISTENTE SOCIAL\_03).

[...] existe o acolhimento com classificação de risco que não existia, e foi implementada [...] na maternidade. E assim, é uma ação interessante que na verdade você acaba realmente fazendo uma triagem, né, das pacientes que são, que precisam ser atendidas com mais brevidade, mais urgência, em detrimento daquelas que podem aguardar. [...]. Então, para mim foi um ganho com relação à Rede Cegonha (FISIOTERAPEUTA\_02).

Considera-se que o A&CR proporcionou melhorias para o serviço e benefícios para as mulheres, embora ainda sejam necessários ajustes na sua implementação, segundo depoimentos:

Também o acolhimento com classificação de risco que ainda não é 100%. [...]. Sabe quanto tempo mais ou menos elas vão esperar. É uma previsão, eu acho isso interessante também (FISIOTERAPEUTA\_01).

Eu acho que o acolhimento uma coisa importantíssima [...] que deve ser revista. Para colocar pessoas mais preparadas que tenham esse perfil mais humanizadas e tecnicamente mais competentes para fazer essa avaliação [...] Porque acolher não é só a paciente chegar, você verificar e dizer “espere, fique ali que daqui a pouco você vai ser chamada” [...] porque eu acho que está havendo muita confusão. Entra gente sem necessidade. Fica gente com necessidade. Então tem essas coisas [...]. Isso aí eu acho que tem que ser revisto (MÉDICA\_03).

A gente tem o acolhimento de risco, mas não funciona diariamente como a Rede Cegonha, ou até mesmo, sobre a legislação sobre o atendimento de risco, preza, por vários motivos, às vezes não tem profissional, principalmente finais de semana, [...] o paciente fica muito tempo aí fora esperando [...]. Então tudo isso aí implica no acolhimento da usuária na unidade (ASSISTENTE SOCIAL\_02).

A gente ainda não consegue por causa da quantidade de técnicos ter o acolhimento com classificação de risco todos os dias e isso impacta muito na admissão, gera um descontentamento, às vezes passa para violência, para agressão, tanto de um lado como do outro. [...] A demanda é muito grande para todos os setores. [...]. Aí é questão de humanização e educação domésticas dos nossos profissionais de saúde. [...] de você se colocar no lugar do outro para saber como agir (ASSISTENTE SOCIAL\_03).

Em meio a benefícios constatados na implementação da Rede Cegonha, a vinculação ainda representa um desafio na garantia dos direitos das gestantes. Profissionais assim afirmam:

A questão da vinculação, né, que ainda é um “desafio”[...] e a gente vê, efetivamente, um maior número de mulheres hoje dentro da unidade, que são

do distrito, que fizeram a visita à unidade, que foram encaminhadas pelo distrito para a unidade, isso é visível e isso é superpositivo. [...]. Para mim, isso é um marco na mudança (PSICÓLOGA).

Vinculação das mães que teoricamente viriam ter neném aqui. E antigamente elas não sabiam onde teriam, então elas saíam peregrinando, e isso era um motivo também de preocupação das mães. Hoje ela tem aquela tranquilidade de saber que já está quase tudo encaminhado[...] e aí surgiu esse encontro, [...] com a equipe multidisciplinar, e tem [...] esse encontro todo mês, duas vezes, a primeira terça-feira e a penúltima quinta. Onde a gente mostra toda a maternidade. Tem o centro obstétrico, tem uma pausa para lanche, é tudo muito organizado, então eu achei que isso foi um diferencial (ASSISTENTE SOCIAL\_02).

A vinculação da gestante à maternidade consiste na formalização da referência e contrarreferência da mulher durante a gestação, e permite a continuidade do cuidado durante intercorrências no pré-natal e no parto, evitando a peregrinação na unidade vinculada. Esta diretriz é baseada na Lei nº 11.634 de 2007 que se mostra como importante dispositivo em garantir à mulher o acesso ao serviço de saúde e reduzir os índices de mortalidade materna (BRASIL, 2007).

A compreensão das(os) profissionais sobre a vinculação não se reduz à garantia de vaga para o parto, é também um momento de troca e compartilhamento de saberes, de modo a colaborar para que o parto ocorra em ambiente acolhedor e seguro, conforme identificado a seguir:

Uma outra questão também que eu vejo como avanço foi a questão da vinculação da maternidade com as unidades de atendimento, [...] as gestantes vêm conhecer a maternidade, saber como funciona o fluxo, participar do grupo de gestantes, ter contato com a equipe multiprofissional, fazer uma visita prévia do local em que vai parir, do que é feito durante o ato do parir, então eu acho que você integra ações (ENFERMEIRA\_02).

A vinculação acaba sendo um minicurso de gestantes, então “eu não sabia dessas informações, mesmo já tendo, já tive outro neném, fiz um curso e não obtive essas informações de vocês, não tive esse acolhimento”, elas sentem [...] saber que a maternidade, a área que ela mora está contemplada para o parto dela. (FISIOTERAPEUTA\_01)

Nesses encontros com as gestantes e o acompanhante são passadas as orientações sobre o planejamento familiar, os cuidados com a criança, os direitos da criança, os direitos da mãe e do pai, aleitamento materno, são as reuniões [...] que vêm com a vinculação da rede, dos distritos das diversas unidades básicas, que estão vinculadas aqui à maternidade (ASSISTENTE SOCIAL\_02)

Todavia, a organização da rede de serviços de referência não é clara, bem como os mecanismos da regulação de vagas, conforme depoimentos:

Eu acredito que nessa formação da rede a maternidade fica como referência, para uma determinada região, embora as pacientes mesmo vindas de outros distritos [...] a maternidade atende [...]. Nunca foi negado a qualquer paciente que venha, ou em situação de gestante ou em outra situação, sempre são atendidas, [...] (ASSISTENTE SOCIAL\_02).

[...] também essa questão de ter a referência para uma paciente de eclâmpsia. A gente não tinha esse suporte necessário, precisava e hoje já tem, a regulação transfere, ela vai para outra unidade fica mais seguro (NUTRICIONISTA).

[...] a gente aqui assiste mais a paciente de baixo risco, que é a categoria de nossa unidade. A paciente que não é classificada como baixo risco, ela é remanejada de acordo com a disponibilidade de vagas (ENFERMEIRA\_03).

Porém, o sistema tem problemas, não conseguindo garantir atenção ao RN, e uma profissional afirma:

Esse negócio dessa regulação não funciona, não funciona. Uma unidade dessa, que tem portas abertas 24h e não tem uma unidade que possa assistir o RN. [...]. Essa questão da integração, que vem da vinculação, não existe isso, não existe (ENFERMEIRA\_01).

Dentre as barreiras operacionais para a implementação da Rede Cegonha, encontra-se o modo particular como profissionais individualmente se inserem no processo que busca mudanças efetivas do modelo de atenção. Há aquelas(es) cuja visão de mundo e de cuidado se confronta, revelando que tal processo é lento e abala o modelo fortemente legitimado nas práticas.

Nenhuma mudança a princípio ela é vista e aceita de uma forma pacífica, e é sempre difícil, porque você está lidando com várias cabeças, com vários pensamentos, com várias pessoas que têm filosofias distintas, [...]. Então é necessário um tempo. Algumas têm um tempo mais curto, outras têm um tempo mais longo, mas o que impulsiona é que você tem a determinação de que você quer mudar (ENFERMEIRA\_02).

Então nesse processo de construção que está em andamento, eu vejo que é um processo difícil, porque isso é mudança de paradigma, e mudança de paradigma não se faz da noite para o dia, é uma desconstrução de uma coisa (MÉDICA\_03)

Gradativamente foi sendo aceito, principalmente em relação ao acompanhante ao lado da paciente na hora do parto, [...] por ser uma questão legal porque se

fosse de outra forma eu acredito que ainda teria resistência (ASSISTENTE SOCIAL\_02)

Todos os segmentos aqui do hospital, é difícil, tudo que é para ser mudado, é difícil, não é fácil não. [...]. Eu acho muita propaganda, [...]. É uma coisa imposta, [...]. Então eu acho que é difícil, mudou, melhorou, mas não é ainda, eu acho que devia ter avançado mais, [...] (ENFERMEIRA\_01).

## DISCUSSÃO

A Rede Cegonha tem como diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e de vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Para a garantia de uma assistência humanizada, é necessário respeitar os direitos das parturientes e as diretrizes das políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, estimulando e sensibilizando as mulheres a participar de todo o processo parturitivo, não sendo meras espectadoras. Para uma experiência positiva do parto, é indispensável o protagonismo da mulher, sendo seus direitos respeitados nos serviços de saúde onde são assistidas com segurança e bem-estar (AIRES et al., 2015).

A Rede Cegonha busca romper com o modelo tradicional de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério e cuidado às crianças até 2 anos de idade e tenta resgatar o protagonismo da mulher no parto, com segurança, dignidade e respeito a singularidades, privilegiando boas práticas na atenção à mulher.

As boas práticas são definidas como técnicas identificadas como as melhores em termos de eficácia, eficiência e segurança. No intuito de estabelecer as boas práticas nos serviços de saúde, para o alcance da qualidade e da segurança no parto e nascimento, a OMS formaliza recomendações baseadas em evidências científicas para a atenção ao parto (WHO, 1996).

A mudança de paradigma consiste em romper com práticas profissionais incorporadas e reproduzidas pelo modelo hegemônico do cuidar, a exemplo da fragmentação do cuidado e da utilização de técnicas evitáveis que interferem na fisiologia do parto e contribuem para a ocorrência de eventos adversos (REIS, 2014).

Estudos comprovam que a utilização de boas práticas promove o alívio da dor, auxilia na diminuição do estresse e da ansiedade maternos e cuida para a progressão do feto no canal

do parto, diminuindo o tempo de trabalho de parto (REIS et al., 2014; LAWRENCE et al., 2011).

O Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia/A&CR, por sua vez, representa uma iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha, que se destina a organizar o atendimento nos serviços de urgência obstétrica. Sua elaboração se deu a partir das experiências de maternidades com o uso de instrumento capaz de identificar situações que comprometem a vida; sistematizar e organizar as demandas das mulheres e fornecer um atendimento rápido e seguro de acordo com cada caso (BRASIL, 2014).

Esse instrumento visa a garantir o acesso das mulheres no período gravídico-puerperal aos serviços de saúde e contribuir positivamente com os indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, bem como abolir a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica e evitar maiores complicações devido à demora no atendimento (ARAÚJO et al., 2011).

No âmbito do SUS, é instituído a partir da reivindicação dos(as) usuários(as), dos conselhos e das conferências de saúde. Além de qualificar a assistência, promove e amplia as relações interpessoais entre profissional-usuária nos serviços de saúde. Não constitui apenas um ato de benevolência por parte dos(as) profissionais, nem também uma ação de triagem, mas a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços com as usuárias (BRASIL, 2014).

É parte do acolhimento a garantia da vinculação das gestantes à maternidade na hora do parto, estabelecida pela Lei nº 11.634/2007, sendo responsabilidade do SUS, o que reduz a peregrinação e contribui para a redução da mortalidade materna e neonatal, também diretriz da Rede Cegonha (BRASIL, 2007). O acolhimento também está inserido em outras políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Humanização com responsabilização das(os) profissionais nos serviços de saúde desde o momento de chegada dos(as) usuários(as), com escuta e atendimento resolutivo, garantindo a articulação com outras unidades de saúde na continuidade da assistência quando preciso.

Nesse sentido o acolhimento, segundo profissionais que participaram desta pesquisa, é reconhecido como um direito das mulheres e compõe a assistência humanizada e resolutiva que potencializa a experiência do parto e nascimento como exercício de cidadania. Em seus discursos sobre a prática, revelam atender à perspectiva da integralidade do cuidado nesse aspecto, perspectiva que orienta as boas práticas em saúde.

Para a reformulação do modelo de assistência ao parto e nascimento, é importante que profissionais de saúde atuem como facilitadoras(es) do processo de parturição. A resistência na

implementação das boas práticas retarda a superação do modelo biomédico. Essa implica em requalificação técnica, por meio de atualizações, treinamentos e aperfeiçoamento dirigidos ao cuidado integral e humanizado (MALHEIROS et al., 2012).

As mudanças, porém, são acompanhadas de símbolos do modelo biomédico a exemplo da contradição em considerar as mulheres como protagonistas do parto e chamá-las de pacientes, em que há subjacente dependência e passividade. Bases da formação e da organização dos serviços são partes estruturantes do sistema de saúde, e o modelo técnico ainda é transversal às práticas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No que diz respeito às mudanças incorporadas às práticas com a implementação da Rede Cegonha, este estudo se insere em realidade que conduz o cuidado à parturiente orientada por seus princípios, ainda que sob os limites institucionais.

Os resultados indicam a implementação de boas práticas na assistência à saúde, com esforço permanente de profissionais para garantir mudanças efetivas ao cuidado, buscando atender às diretrizes da Rede Cegonha, entretanto de forma fragmentada e pouco resolutiva, comprometendo o cuidado integral. Profissionais entrevistadas(os) conhecem os princípios da Rede Cegonha e orientam suas práticas por essa estratégia, atendendo assim ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

O acolhimento com adoção de medidas de conforto para a mulher no trabalho de parto e parto e a busca de resolutividade indicam responsabilização da equipe frente às demandas das mulheres e traduzem práticas sob perspectiva da integralidade nos aspectos que foram valorizados neste estudo, contribuindo para redução dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

Há de se ressaltar que a cronologia referente a políticas e programas do Ministério da Saúde que têm como meta a redução da morbimortalidade materna e neonatal mostra proposições políticas pouco asseguradas na prática. A Rede Cegonha tenta preencher lacunas e/ou reforçar aspectos da atenção à mulher que se mantêm como problemas e que denunciam a baixa qualidade da atenção, a exemplo da manutenção das altas taxas de mortalidade materna.

A Rede Cegonha, como estratégia oficial de atenção à mulher na gestação e parto, recebeu críticas feministas por ter em sua denominação uma imagem de mulher descontextualizada, cuja maternidade é naturalizada, que a afasta da autonomia e da liberdade reprodutiva, sendo considerado um retrocesso das políticas construídas desde a década de 1980.

Todavia, se mostra nesta pesquisa como propulsora de mudanças, fortalecendo a humanização do parto e as boas práticas em obstetrícia, sendo possível afirmar que como estratégia operacionaliza o PHPN e o PNAISM.

Assim, seu aprimoramento deve ser contínuo e articulado a outras práticas recomendadas por políticas públicas e programas anteriores, contribuindo com o avanço de práticas integrais e humanizadas para atenção ao parto e nascimento. Acredita-se que a formação profissional sob novas bases, bem como a mobilização da sociedade civil organizada, fortalecerá a implementação das boas práticas para garantia dos direitos das mulheres e ações humanizadas na assistência à parturiente.

## REFERÊNCIAS

AIRES, Natália Timm; MEINCKE, Sonia Maria Kongzen; CORRÊA, Ana Candida Lopes; ALVES, Camila Neumaier; FERNANDES, Rita Fernanda Monteiro; PALMA, Josiane Santos; MATOS, Greice Carvalho de; SOARES, Marilu Correa. **Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade**. Revista Saúde. 2015 v. 41, n.1, p.263-270.

Disponível em: <[http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-](http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/16195/pdf)

2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/16195/pdf>. Acesso em 11 dez. 2015.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; ANDRADE, Roumayne Fernandes Vieira; MELO, Simone Paes de. **O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com hiv/aids em Fortaleza, Ceará**. Revista Baiana de Saúde Pública.. 2011; v.35 n.3 p.710-721.

Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/327/pdf\\_136](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/327/pdf_136)>.

Acesso em 15 nov. 2015.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF, 2014.



COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2009 jan.-mar; v.13, n.1 Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-516540>>. Acesso em 19 mai. 2015 DATASUS. Sistema de Informação de Mortalidade. Óbitos maternos. 2014.

FIORIN, José Luís. **Elementos de análise do discurso.** [15. ed. totalmente rev. ampl. e atual.]. São Paulo, SP: Contexto, 2011. 126 p.

LAWRENCE, Annemarie; HOFMEYR, Lucy Lewis G Justus; DOWSWELL, Therese; STYLES, Cathy. **Maternal positions and mobility during first stage labour.** São Paulo Med. J. . 2011 v.129, n.5, p.362-362. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802011000500015>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

MALHEIROS, Paolla Amorim; ALVES, Valdecyr Herdy; RANGEL, Tainara Seródio Amim; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.** Texto Contexto Enferm 2012 v.21, n.2, p.329-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. **Maternidade segura.** In: Sousa P, Mendes W. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.371-393, 2014.

SESAB, Secretária de Saúde do Estado da Bahia. Resolução CIB nº 318/2011 de 06 de dezembro de 2011. Aprova o Plano Estadual da Rede Cegonha e recomenda outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 11 dez 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer.** Copenhagen: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: WHO; 1996.

### 4.3 ARTIGO 3

## PRESENÇA DO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADE E DESAFIOS DA AMBIÊNCIA

## LA PRESENCIA DE ACOMPAÑAR EN MATERNIDAD Y DESAFÍOS DEL ENTORNO

## ACCOMPANY THE PRESENCE IN MATERNITY AND CHALLENGES OF THE AMBIENCE

Sarah Alves Moura Costa<sup>1</sup>

Edméia de Almeida Cardoso Coelho<sup>2</sup>

Mariza Silva Almeida<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a concepção de profissionais sobre presença de acompanhante em maternidade, a partir da experiência em serviço e da Rede Cegonha. **Método:** pesquisa exploratória, abordagem qualitativa, tendo a integralidade como categoria analítica. Utilizou-se entrevista para produção do material empírico, sendo analisado pela técnica de análise de discurso. **Resultados:** coexistem duas posições relativas à acompanhante, a que considera que limita a privacidade da mulher e da equipe e a que reconhece que sua presença contribui para reduzir o estresse, gerar conforto e segurança para a mulher. Culpabilizam-se, sobretudo, a estrutura física, a resistência de profissionais de saúde e a presença do(a) acompanhante. **Conclusão:** há um misto de aceitação e rejeição ao(à) acompanhante, sobressaindo-se principalmente em relação à presença masculina, ao considerarem que essa causa incômodo por ser pessoa externa, além de limitar a liberdade de outras mulheres e da atuação profissional. A quase unanimidade para a inadequação da ambiência indica a necessidade de melhorias estruturais, conforme preconizado pelas diretrizes da Rede Cegonha, que possibilitem garantir às mulheres seus direitos reprodutivos permeados pela integralidade dos cuidados.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher, Rede Cegonha, Parto humanizado, Integralidade do cuidado, Direito à saúde

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Autora para correspondência: sarah.amc@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. edmeiacolho@gmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), elaborado pelo Ministério da Saúde, em junho de 2000, traz como uma das propostas a escolha de um acompanhante, durante o trabalho de parto e o parto (BRASIL, 2000).

Em 2005, é instituída uma Lei Nacional nº. 11.108, a chamada Lei do Acompanhante, que afirma o direito a todas as gestantes, nos serviços públicos e privados de saúde, a garantia de ter um acompanhante de sua escolha durante o pré-natal e em todas as fases de internação para o parto, incluindo os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Apesar do respaldo da legislação vigente, há permanência de mulheres sozinhas no momento do trabalho de parto e parto nos serviços de saúde. Tal ocorrência era comum por falta de autorização institucional e também pelo desconhecimento da lei pelas usuárias e familiares (SOUZA, 2014).

Na Estratégia da Rede Cegonha, lançada em 2011, com objetivo de qualificar a atenção obstétrica e neonatal, destaca-se em suas diretrizes o direito de escolha pela mulher de um acompanhante, no processo de parto e nascimento (BRASIL, 2011).

Essa ação contribui para o processo de humanização do parto, assim como promove a assunção do exercício da paternidade, consolidando o direito das mulheres de realizar o parto com segurança e tranquilidade, na presença de seus familiares.

Para o homem e mulher, a presença, nesse processo, constitui um momento de poder exercer seus direitos reprodutivos e contribuir na construção de relações familiares, o que inclui a consciência da importância do papel do pai. Entretanto, ainda há ausência do acompanhante na sala de parto, provocada pela falta de estrutura física e organizacional adequada para sua participação, bem como a determinação de profissionais que impedem o acesso por não compreender a importância dessa ação (CAIRES; VARGENS, 2012).

Um espaço para atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo extrapola áreas físicas. Para isso, faz-se necessário incluir o espaço social, profissional e de relações interpessoais capaz de proporcionar um ambiente com privacidade, garantindo segurança e conforto para profissionais e usuárias, o qual funcionará como facilitador do processo parturitivo (SILVA et al., 2011).

A qualidade da atenção à saúde da mulher requer ações que promovam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade e a não agressão. Para sua efetivação, espera-se que, primeiramente ocorra uma reestruturação das instituições hospitalares referente à área física e

aquisição de insumos, e, posteriormente que se invista na capacitação e treinamento dos(as) profissionais de saúde (SILVA et al., 2011).

Para uma assistência humanizada, é fundamental superar o modelo biologista e medicalizador hegemônico, ainda vigente nos serviços de saúde, sendo necessário utilizar práticas integrais que promovam a realização de partos e nascimento saudáveis sem intervenções desnecessárias, prevenindo altas taxas de mortalidade materna e perinatal.

Vivências traumáticas no momento do parto e nascimento estão relacionadas a aspectos que provocaram ansiedade e estresse para a maioria das mulheres. Entre as circunstâncias que as determinaram estão a falta de familiaridade com os(as) profissionais de saúde e com o ambiente hospitalar; a dor e o desconforto durante realização de intervenções, muitas vezes desnecessárias; a preocupação e insegurança das situações que acometem ao seu redor; solidão e dificuldades de comunicação com a equipe de saúde (DINIZ et al., 2014).

Nesse sentido, é preciso compreender a humanização da atenção na construção de um ambiente acolhedor, utilizando condutas que extinguem o modelo tradicional, de isolamento imposto à mulher, e garanta o direito à saúde, constituindo deveres dos serviços de saúde o acolhimento e resolutividades das demandas com dignidade à mulher, seus familiares e recém-nascido(a) (BRASIL, 2000).

Desse modo, considerando os limites à presença do(a) acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e o impacto na qualidade da assistência e nos benefícios que essa ação proporciona às mulheres a vivenciar uma experiência prazerosa junto a familiares no processo parturitivo, este estudo tem como objetivo analisar a concepção de profissionais sobre a presença de acompanhante em maternidade, a partir da experiência em serviço, com base nas diretrizes da Rede Cegonha e da integralidade da atenção.

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo a integralidade como eixo teórico, desenvolvido em uma maternidade pública do Estado da Bahia vinculada à Estratégia da Rede Cegonha, desde 2012. O presente estudo orienta-se pela integralidade, defendendo-a como “a concretização de práticas que garantem o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres” (COELHO et al., 2009).

Participaram deste estudo 16 profissionais que compõem o quadro permanente da maternidade. Entre ele(as) duas enfermeiras assistenciais, duas enfermeiras obstetras, uma auxiliar de enfermagem, uma psicóloga, uma nutricionista, duas médicas obstetras, uma médica neonatologista, um médico anestesista, três assistentes sociais e duas fisioterapeutas.

Optou-se por entrevista guiada por formulário semiestruturado, para produção do material empírico. Essa técnica combina perguntas fechadas e abertas, dando a(o) informante a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem estar restrita(o) à questão formulada (MINAYO et al., 2005). A entrevista foi realizada em sala disponibilizada pela instituição sem interferência externa e conduzida por questões norteadoras, elaboradas segundo os objetivos do estudo. Teve duração média de 40 minutos cada, durante as quais os discursos foram registrados por formulário e por gravador de voz. Utilizaram-se a letra E e números arábicos progressivos para resguardar o anonimato das(dos) participantes.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso, segundo Fiorin (2011). Este define os discursos como sendo construções sociais organizadas com base nas imagens, ideias, representações que as pessoas constroem acerca do mundo a partir das suas vivências, sendo suas crenças e valores inconscientemente incorporados e naturalizados e se caracteriza, portanto, como uma posição social, cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem. Sua análise, à medida que estuda os elementos discursivos revela, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos inscritos nos discursos, sendo determinada socialmente (FIORIN, 2011).

A operacionalização dessa técnica seguiu as etapas propostas pelo autor, que inclui leitura de todo o texto para localizar os elementos concretos e abstratos que conduzem a um mesmo plano de significados; agrupamento dos temas parciais de acordo com elementos significativos que se somam ou se confirmam formando subcategorias empíricas; formulação de categorias empíricas centrais. Uma delas é apresentada e analisada neste artigo em articulação com a literatura pertinente (FIORIN, 2011).

Respeitaram-se todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi livre e voluntária, mediante consentimento informado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo Parecer 1.182.039, emitido em 03 de junho de 2015 (BRASIL, 2013).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Embora a maternidade tenha realizado investimentos na estrutura física para implementação das diretrizes da RC, segundo informação obtida da gestão, mediante discursos, os(as) entrevistados(as) explicitam que a organização dos espaços compromete a efetivação dessa mudança nas relações entre a instituição e usuárias, bem como a qualidade das práticas de cuidado, conforme afirmativas a seguir:

[...] a mulher não tem privacidade, né? Então, às vezes até uma mama que você quer fazer uma massagem, orientar uma ordenha, às vezes a mulher não quer que você faça nem oriente porque ela está numa enfermaria que você não tem nem um biombo para afastar (ENFERMEIRA\_03).

[...] é um ponto do parto humanizado que me incomoda até hoje, é essa desestruturação física, de todo mundo está participando da vida de todo mundo, que não dá privacidade. Eu acho que isso é promiscuidade na verdade, porque eu vou dizer a você, se eu fosse usuária desse sistema, eu não sei se nem eu ia conseguir parir normal [...] (MÉDICA\_03)

Porque já é um momento que a mulher fica mexida, e tudo, e de repente, está um acompanhante aqui que está indo para lá, está olhando a outra mulher amamentar, são coisas assim que eu como mulher não me sentiria bem se eu estivesse numa situação dessa. [...]. Não que o acompanhante do sexo masculino, [...] não vai colocar mais, mas assim, garantir a mulher uma maior privacidade realmente (FISIOTERAPEUTA\_02).

O que a gente precisa rever, é mais assim com relação à questão da privacidade do paciente. [...] falta ainda da gente se preocupar com a privacidade do paciente. Como a gente não tem espaço para ter quartos individuais, a gente às vezes é muito aberto à presença dos acompanhantes que a maioria das pacientes escolhe o esposo, [...] E aí acaba que você acaba até expondo uma outra paciente que está em frente [...] (NUTRICIONISTA)

Mesmo se tendo clareza de que a privacidade individual é direito que precisa ser respeitado, as análises dos discursos referendam essa afirmativa e garantem que o ambiente por si não é responsável pela resistência, que ocorre em razão do modelo de atenção instituído, mesmo em desacordo com o posicionamento da maioria.

Eu acho ridículo isso, de entrar qualquer pessoa. Eu acho que esse acompanhante tem que ser selecionado, isso traz vários transtornos tanto para gestantes, como para os profissionais (MÉDICA\_03).

Hoje o profissional tem duas preocupações: uma que o paciente está sempre acompanhando e o acompanhante está sempre lhe cobrando, então você já tem essa preocupação que além de estar explicando ao paciente, está explicando ao acompanhante. (NUTRICIONISTA).

[...]. Havia uma resistência dos profissionais [...] em ter esses acompanhantes aqui na maternidade, principalmente do sexo masculino. As pessoas ficavam com receio[...] deles não terem o convívio harmonioso (FISIOTERAPEUTA\_01).

Nos depoimentos, há um misto de preocupação com a privacidade das mulheres e com “o compartilhamento” do espaço de poderes e verdades, antes privativo somente ao(à) profissional vinculado à instituição e em atividade na unidade específica.

Em relação à aceitação do acompanhante eu acho que as pessoas já deram um passo adiante, já estão mais acostumadas, sabe, já consegue se relacionar um pouco melhor [...] isso é uma coisa boa também, porque isso deixa a gestante mais calma, mais tranquila, se sente mais um pouquinho amparada, alguém ali por perto, eu acho que isso aí foi um avanço (MÉDICA\_03)

Hoje funciona bem direitinho. [...] também é válido para a mãe. Ficavam com medo de trocarem os bebês, de sair para ir no banheiro, de voltar. Hoje elas ficam mais tranquilas com os acompanhantes. Dentro da sala de parto, do centro obstétrico, a presença do acompanhante também é algo novo, que antigamente não ficava no centro obstétrico [...] (FISIOTERAPEUTA\_01).

[...] Acompanhante quando introduziu aqui foi uma luta, né. Eu nunca fui contra, agora, hoje em dia eu digo assim: “a mulher escolhe quem ela quer para acompanhar? Escolhe, mas esse outro lado também deveria ser visto (ENFERMEIRA\_03).

Nas condições relatadas, a implementação da Lei nº 11.108/05, que garante a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, é cumprida de forma inadequada, pois negligencia os direitos das mulheres e seu bem-estar, referente à privacidade.

Eu acho que na verdade é um direito, mas a gente vê que o acompanhante não faz a vez, né de acompanhante. Ele realmente não está aqui na maternidade para acompanhar a puérpera, para acompanhar a gestante, entendeu, mas assim, isso não vai mudar, porque isso é questão [...] de cada acompanhante que está aqui. E tem várias situações aqui de conflito, que não seriam ideias para estar acontecendo (FISIOTERAPEUTA\_02).

Sabe-se que a atenção à mulher no processo parturitivo requer a realização de práticas humanizadas e integrais. A humanização da assistência ao parto inclui diversas características desde a ambiência dos serviços até uma mudança das atitudes e concepções de profissionais de saúde. Para que isso aconteça, é imprescindível a existência de espaços que traduzam um ambiente acolhedor e confortável, capazes de implantar ações para obter um cuidado humanizado e resolutivo (SILVA et al., 2011).

É recomendado, portanto, adequar a ambiência dos serviços de acordo com as necessidades da assistência ao parto e nascimento, garantindo a presença do acompanhante da escolha da parturiente em todo o processo. Sendo assim, serão proporcionadas condições para um ambiente familiar, preservando a privacidade e autonomia das mulheres (BRASIL, 2011).

As diretrizes da Rede Cegonha reforçam tal recomendação, ao indicar que as maternidades deverão adequar seus espaços físicos, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a fim de garantir a presença e privacidade do(a) acompanhante. Essa medida constitui benefícios ao permitir um suporte psicoemocional, para a mulher se sentir segura no processo parturitivo, vindo a colaborar para redução do trabalho de parto e complicações durante o pós-parto (KREMER, 2012).

Compreende-se o papel do acompanhante no apoio emocional, encorajando a mulher durante o trabalho de parto e realização de medidas de conforto, massagem, banho e ajuda na hidratação e locomoção. Assim, estudo identifica que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto provoca redução do tempo por meio de mudanças positivas na fisiologia do parto, proporciona segurança e conforto às mulheres, além de se reduzirem medidas de intervenção com desmedicalização do processo do parir (DINIZ et al., 2014).

A legislação assegura o direito ao(à) acompanhante desde 2005, sendo injustificável que após 11 anos os serviços não tenham se adequado para criar as condições para presença desse(a). Reconhece-se que a falta de punições sobre o descumprimento dessa lei colabora para as baixas taxas de implantação dessa política nos serviços, o que desrespeita os direitos das mulheres (DINIZ et al., 2014).

A presença do homem na maternidade é fundamental, pois amplia sua participação nas questões do planejamento reprodutivo, no cuidado ao bebê, possibilita a responsabilização e o envolvimento dos mesmos no processo do parto e nascimento, construindo novas práticas. Mas sua efetivação requer a superação de padrões culturais de profissionais do serviço que destituem pessoas de seus direitos e impedem o exercício da cidadania (LYRA et al., 2010).

A presença do(a) acompanhante de escolha da parturiente se confirma por recomendações da OMS na realização de práticas humanizadas no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, reorientando a organização dos serviços e da prática profissional (WHO, 1996).

As iniciativas estão apoiadas na certeza de que uma assistência desumanizada no momento do parto pode acarretar reflexos no vínculo entre mãe-filho(a), interromper precocemente o aleitamento materno e contribuir para o aumento de indicadores de



morbimortalidade materna e perinatal. Os(as) trabalhadores(as) devem valorizar a singularidade e as subjetividades que as mulheres apresentam, estabelecendo vínculos com a família, a fim de garantir resultados positivos na promoção de saúde e na integralidade (COSTA; MARTINS, 2014).

A legalidade e os benefícios dessa diretriz legitimam a necessidade de mudança na postura dos(as) profissionais do serviço e na busca de formação profissional voltada para singularidades e superação de relações hierárquicas entre profissionais e usuárias (BRÜGGEMANN, 2014).

Assim, a presença do(a) acompanhante é de grande importância, durante o processo de parturição, pois, além das vantagens anteriormente citadas, proporciona à parturiente tranquilidade e segurança, ao envolver a família no processo do parto (SILVA et al., 2011).

Os movimentos da humanização do parto reforçam a garantia dos direitos mediante a efetivação das boas práticas e a presença do acompanhante. Assim, a atenção à saúde da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato é possível mudar o atual paradoxo brasileiro obstétrico e garantir o direito de acompanhar o parto e o nascimento com fortalecimento dos direitos das mulheres.

O reconhecimento de sua importância para a mulher e familiares, desde a gestação e em todo o processo parturitivo, representa caminhos para realização de uma assistência humanizada. As constatações das vivências positivas constituem subsídios para incorporar essa medida nos serviços de saúde, universalizando a presença do(a) acompanhante no âmbito do SUS. Nesse sentido, investimentos devem ser realizados, a fim de garantir estrutura organizacional e formação de novos profissionais e qualificação mediante educação continuada, que conduzam sua prática de modo humanizado, de forma a comportar a integralidade do cuidado, acolhendo a mulher em todo o processo, respeitando-lhe o direito de escolher quem ela deseja que permaneça ao seu lado nesse momento íntimo e singular no qual as angústias, inseguranças e incerteza podem aflorar, e o suporte de uma pessoa de confiança, com certeza, é fundamental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Profissionais que participaram deste estudo abordam a inserção do acompanhante em maternidade, com um misto de aceitação e rejeição, sobressaindo-se a concepção de homem acompanhante como fator limitante da privacidade das mulheres.

Ressaltam que a estrutura física não se adequou à presença de pessoa externa ao serviço, o que resulta em incômodo não somente por privar as mulheres de liberdade, no espaço de internação, mas por ser alguém que está inserido em um espaço desconhecido que gera curiosidade necessitando, portanto, de orientação e esclarecimentos. Pode-se inferir que, para esses(as) profissionais, este(a) pessoa além de privar-lhes de liberdade de ação, está em desacordo com o modelo tecnicista, base da organização dos serviços, na atualidade.

Quando parte da equipe apresenta resistência à mudança, retarda o reconhecimento do serviço em criar condições para o conforto da mulher, do(a) acompanhante e da própria equipe que, sob referência biomédica, oferece em seus discursos elementos para que se entenda como incompatível a relação entre o senso comum e o saber técnico.

Há de se admitir que programas de governo são implantados em estruturas de um sistema organizado sob bases biomédicas, em que não importam pessoas e suas múltiplas dimensões, e ações que se dão isoladas sobre partes que demandam procedimentos.

Estando profissionais à frente da interlocução com mulheres afetadas pela falta de privacidade, tem-se na prática negação de direitos e de liberdade, portanto é negada também a integralidade.

É imprescindível que haja mudanças e investimento em infraestrutura, para reverter o que na prática tem criado resistências a acompanhantes e à Rede Cegonha.

Vale reforçar que, para efetivação de práticas humanizadas e integrais, é necessária a presença de uma estrutura organizacional que garanta à mulher e à equipe de saúde o suporte necessário. Reconhece-se que, além dos equipamentos, são fundamentais formação e treinamento profissional para compreender subjetividades e singularidades presentes no momento do parto e do nascimento.

Este estudo corrobora a necessidade de maiores investimentos nas estruturas da instituição, a fim de garantir práticas humanizadas com privacidade para as mulheres e permanência dos(as) acompanhantes, fortalecendo vínculos entre profissionais de saúde, usuárias e famílias e garantindo ambiência compatível com o que preconiza a Rede Cegonha. A presença do(a) acompanhante no parto e nascimento reforça a atenção em saúde como direito, e seu cumprimento deve ser regulado nos protocolos de serviço e na capacitação da equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria MS/GM nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1.

BRASIL.. Portaria MS/GM nº. 1.067, de 4 de julho de 2005 . Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 6 jul. 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; EBSEN, Erika Simas; OLIVEIRA, Maria Emilia de; GORAYEB, Marina Kuchiniski; EBELE, Romana Raquel. **Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros.** Texto & Contexto Enfermagem, v.23, n.2, p.270-277. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil, 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200270&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200270&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 28 nov. 2015.

CAIRES, Tharine Louise Gonçalves; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder.** Revista de Enfermagem Referência III Série, n. 7, p.159-168, jul., 2012. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966002>>. Acesso em 14 mai. 2015.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2009 jan.-mar; v.13, n.1 Disponível em:< <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-516540>>. Acesso em 19 mai. 2015

COSTA, Aline de Oliveira; MARTINS, Marley Carvalho Feitosa. **A Rede Cegonha no Ceará: acolhimento, vínculo e responsabilização com mulheres e crianças.** IN: Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. PINHEIRO R, LOPES TC, SILVA FH, JUNIOR AGS (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 368 p., 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; D'ORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camilla A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Susanna; SANDAL, Jane. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional: Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:

S140-S153, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em 11 de abr. 2014.

FIORIN, José Luís. **Elementos de análise do discurso**. [15. ed. totalmente rev. ampl. e atual.]. São Paulo, SP: Contexto, 2011. 126 p.

KREMER, Carla Solange. **Lei do Acompanhante no parto: Percepção dos acompanhantes e da equipe de enfermagem de um hospital do interior do RS**. [TCC]. Biblioteca Digital do Centro Universitário UNIVATES, Lajedo - RS, 2012. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/410/1/CarlaKremer.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2015.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; AZEVEDO, Mariana; VALENTE, Márcio. **A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante**. In: Kalckman S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza SR. (organizadores). *Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/ cor e de gênero*. São Paulo: Instituto de Saúde; p. 155-74, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. 243P.

SILVA, Renata Cunha da; SOARES, Marilu Correa; MUNIZ, Rosani Manfrin; ANDRADE, Francine Pereira; TORRES, Ana Amália Pereira; GOMES, Viviane. **La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescência**. *Enferm. glob.* [online]. v.10,n.24,p.342-51, 2011. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125921>. Acesso em 14 out. 2014.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública** [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-27052015-163754/pt-br.php>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO; 1996.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia mudanças incorporadas às práticas com a implementação da Rede Cegonha, no cuidado à parturiente, orientada por seus princípios, ainda que sob os limites institucionais. As ações desenvolvidas revelam mudanças, principalmente na dimensão relacional do cuidado, buscando uma melhor compreensão por parte dos(as) profissionais para o desenvolvimento de práticas humanizadas. Isso tem contribuído para uma atenção em que se valorizam singularidades e subjetividades das mulheres no processo do trabalho e parto, por meio de uma escuta qualificada às suas demandas e que se fortalece pela perspectiva interdisciplinar.

O compromisso na concretização dos objetivos da Rede Cegonha, já preconizado em propostas anteriores como no PHPN na PNAISM, é desafiador. Sendo assim, a infraestrutura inadequada, falta de equipamentos e reduzido número de profissionais para atuar na assistência são aspectos destacados nos depoimentos dos(as) profissionais que participaram da pesquisa, recaindo sobre a equipe o ônus de fazer sobreviver uma proposta que se propõe a superar iniquidades.

O acolhimento e a adoção das boas práticas indicam responsabilização da equipe frente às necessidades das mulheres e traduzem práticas sob a perspectiva da integralidade nos aspectos que foram valorizados neste estudo, contribuindo para redução dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Todavia há um esforço permanente por parte dos(as) profissionais para garantir mudanças efetivas ao cuidado para o alcance das diretrizes da Rede Cegonha.

Diante de tais evidências, no serviço em que foi realizada a pesquisa, os(as) profissionais de saúde conhecem os princípios da Rede Cegonha e incorporaram as suas práticas, atendendo assim ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Considerando que os problemas constatados são passíveis de solução, há necessidade de maiores investimentos financeiros e vontade política para que profissionais estejam mobilizadas(os) a continuar efetivando mudanças, incorporando novos valores às práticas.

Assim, assegurar a Rede Cegonha, como estratégia oficial de atenção à mulher na gestação e parto, apesar das críticas feministas referentes ao retrocesso da assistência integral à saúde da mulher alcançada desde o PAISM, constitui uma estratégia propulsora para o alcance da humanização da atenção ao parto e nascimento. Para que ocorra a transformação do paradigma da atual assistência obstétrica, é preciso desconstruir ideologias que orientam a

formação acadêmica dos(as) profissionais de saúde, rompendo com isso a cultura biomédica nas práticas e nos serviços de saúde.

A garantia de uma assistência humanizada, as práticas integrais e o cumprimento do direito da presença do acompanhante de livre escolha da mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, requerem uma estrutura física e organizacional que garanta à mulher e à equipe de saúde o suporte necessário, fortalecendo vínculos entre profissionais de saúde, usuárias e famílias. Além de equipamentos tecnológicos, é fundamental a sensibilização dos(as) profissionais de saúde em compreender os benefícios que essas ações proporcionam nas respostas de saúde das mulheres.

Investimentos na infraestrutura da instituição, a fim de garantir práticas humanizadas com privacidade para as mulheres e permanência dos acompanhantes, são imprescindíveis. Nesse sentido, a Rede Cegonha caminha sob o enfoque da integralidade para consolidação do Sistema Único de Saúde e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, resgatando a autonomia e o protagonismo da mulher no parto e nascimento.

## 6 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas **Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view**. Interface, Botucatu . 2011, v.15, n.36, p. 79-92, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>> Acesso em 19 de mai de 2014.
- AIRES, Natália Timm; MEINCKE, Sonia Maria Kongzen; CORRÊA, Ana Candida Lopes; ALVES, Camila Neumaier; FERNANDES, Rita Fernanda Monteiro; PALMA, Josiane Santos; MATOS, Greice Carvalho de; SOARES, Marilu Correa. **Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade**. Revista Saúde. 2015 v. 41, n.1, p.263-270. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/16195/pdf>>. Acesso em 11 dez. 2015.
- ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinho de Castro. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 4, 465 p.
- ARAÚJO, Maria Alix Leite; ANDRADE, Roumayne Fernandes Vieira; MELO, Simone Paes de. **O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com hiv/aids em Fortaleza, Ceará**. Revista Baiana de Saúde Pública.. 2011; v.35 n.3 p.710-721. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/327/pdf\\_136](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/327/pdf_136)>. Acesso em 15 nov. 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009, 284 p.
- BARRETO, Marta Oliveira. **O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste**. Brasília – DF, 2013. Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- BRASIL. Portaria MS/GM nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde= Brasília, DF, 2004.
- BRASIL.. Portaria MS/GM nº. 1.067, de 4 de julho de 2005 . Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 6 jul. 2005. Seção 1.
- 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. 318 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, DF, Ministério da Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 4, 2014. 465 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF, 2014.

BRENES, Anayansi Correa. **História da Parturição no Brasil, Século XIX**. Cad. de saúde Publica. Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, abr.-jun, 1991.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; EBSEN, Erika Simas; OLIVEIRA, Maria Emilia de; GORAYEB, Marina Kuchiniski; EBELE, Romana Raquel. **Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros**. Texto & Contexto Enfermagem, v.23, n.2, p.270-277. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil, 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200270&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200270&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 28 nov. 2015.

BUSANELLO, Josefina; KERBERII, Nalú Pereira da Costa; SASS, Raúl Andrés Mendoza-; MANO, Patrícia de Souza; SUSINI, Lúlie Rosane Odeh; GONÇALVES, Bruna Goulart. **Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico**. Rev Bras Enferm, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p.824-32, set-out, 2011.

CAIRES, Tharine Louise Gonçalves; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de gênero e poder**. Revista de Enfermagem Referência III Série, n. 7, p.159-168, jul., 2012. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966002>>. Acesso em 14 mai. 2015.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **Medicalização: um quadro de referência**. In: Pinheiro R.; Silva Jr. AG. (Org.). Por uma sociedade cuidadora. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2010, p. 209-216.



CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CASTILHOS, Clair. **As cegonhas vão parir... tudo está resolvido!!** Santa Catarina, 26 abr. 2012. Disponível em:< <https://claircastilhos.wordpress.com/2012/04/26/as-cegonhas-vaoparir-tudo-esta-resolvido/>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

CAUS, Eliz Cristine Maurer; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; NASSIF, Anair Andréia; MONTICELLI, Marisa. **O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica.** Esc Anna Nery (impr.), v.16, n.1, p.34-40, jan.-mar., 2012.

CAVALCANTI, Paulyne Chrystynne da Silva. **O modelo lógico da Rede Cegonha.** Recife. 2012. 25 f.: il. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

CLAM: CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. **Saúde feminina e maternidade.** <http://www.clam.org.br/noticiasclam/conteudo.asp?cod=8065>, CLAM, 2011.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; GARCIA, Telma Ribeiro ; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e saúde da mulher: conquistas e desafios.** In: Iole Macedo Vanin; Terezinha Gonçalves. (Org.). Caderno de Textos- Gênero e Trabalho. Salvador-BA: REDOR, 2006, p. 102-116.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Carla Tatiane Oliveira; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; ALMEIDA, Mariza Silva. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2009 jan.-mar; v.13, n.1 Disponível em:< <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-516540>>. Acesso em 19 mai. 2015.

CORRÊA, Sônia. **Em nome do maternalismo toda invasão de privacidade é permitida.** <http://www.viomundo.com.br/denuncias/soniacorrea-em-nome-do-maternalismo-toda-invasao-de-privacidade-epermitida.html>, 2012.

COSTA, Ana Alice Alcantara. **O feminismo brasileiro em tempos de Ditadura Militar.** Labrys (Edição Française. Online), v. 15/16, p. 5, 2009.

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

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. **A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. **Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. **Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução.** Interface (Botucatu) [online]. 2006, v.10, n.20, p. 363-380. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>>. Acesso em: 2 de jun de 2014.

COSTA, Aline de Oliveira; MARTINS, Marley Carvalho Feitosa. **A Rede Cegonha no Ceará: acolhimento, vínculo e responsabilização com mulheres e crianças.** IN: Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. PINHEIRO R, LOPES TC, SILVA FH, JUNIOR AGS (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 368 p., 2014.

COUTINHO, Tadeu; MONTEIRO, Mário Francisco Giani; SAYD, Jane Dutra; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; COUTINHO, Conrado Milani; COUTINHO, Larissa Milani. **Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; v. 32, n.11, p.563-9. Disponível em: <[http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/8176/art\\_COUTINHO\\_Monitoramento\\_do\\_processo\\_de\\_assistencia\\_pre-natal\\_entre\\_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/8176/art_COUTINHO_Monitoramento_do_processo_de_assistencia_pre-natal_entre_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 15 set. 2015.

CUNHA, Gustavo Tenório **Da política de qualificação das maternidades à Rede Cegonha.** REDEHUMANIZASUS, 2011 Disponível em:<<http://www.redehumanizasus.net/12041-da-politica-de-qualificacao-dasmaternidades-a-rede-cegonha>>. Acesso em: 20 out. 2014.

CUNHA, Penha F; MAGAJEWSK, Flávio. **Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS.** Saúde Soc.São Paulo, v.21, n.1.2012; Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48770/0>> Acesso em 18 set. 2014.

DATASUS. **Sistema de Informação de Mortalidade.** Óbitos maternos. 2014.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciência e Saúde Coletiva, 2005.

DIAS, Maria Djair. **Histórias de vida:** as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. Revista Eletrônica de Enfermagem [on line]. v.9, n.2, p.476-488, mai-ago 2007 Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>> Acesso em 4 de ago de 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência e Saúde Coletiva, v.10, p.627-37. 2005.

DINIZ, Simone Grilo. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal.** Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano [online], v.19, p.313-326. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>> Acesso em 2 de mai 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; D'ORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camilla A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Susanna; SANDAL,

Jane. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional: Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S140-S153, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em 11 de abr. 2014.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SENNA, Dulce Maria. **Saúde da Mulher.** In: Schraiber, LB; Nemes, MIB; Mendes-Gonçalves, RB. (Org.). Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas. 2ed. São Paulo, SP. HUCITEC, 2000.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; LEAL, Maria do Carmo. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-437, mar, 2012.

DUARTE, Elysângela Dittz; DITZ, Erika da Silva; MADEIRA, Lélia Maria; BRAGA, Patrícia Pinto; LOPES, Tatiana Coelho. **O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde.** Rev. Eletr. Enf. 2012 jan/mar; v.14, n.1. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf)>. Acesso em 11 jun. 2014

FARAH, M. F. S. **Gênero e Políticas Públicas.** Estudos Feministas, Florianópolis, v.12,n.1,p.47-71, jan-abr,2004.

FARIA, Halana. **Desafios da Rede Cegonha.** REDEHUMANIZASUS, 2013 Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/66502-desafios-da-rede-cegonha>>. Acesso em: 20 out. 2014.

FIORIN, José Luiz; SAVIOLI, Francisco Platao. **Para entender o texto: leitura e redacao.** 17. ed. São Paulo, SP: Ática, 2007. 431 p.

FIORIN, José Luís. **Elementos de análise do discurso.** [15. ed. totalmente rev. ampl. e atual.]. São Paulo, SP: Contexto, 2011. 126 p.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do Poder.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295p

FREITAS, Giselle Lima de; VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** Rev. Eletr. Enf. Internet]. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em 8 de jun de 2014.

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha: da Concepção à Implantação.** [Especialização]. Brasília (DF): ENAP – Escola Nacional de Administração Pública; 2013.

GOMES, Ana Rita Martins; PONTES, Diego de Sousa; PEREIRA, Cynara Cristhina Aragão; BRASIL, Arthemio de Oliveira Moura; MORAES, Levitemberg da Costa Almeida. **Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal.** São Paulo: Revista Recien. 2014 ago; v. 4 n.11. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/73/137>> Acesso em: 11 set. 2015.

KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo; CASTRO, Cláudia Medeiros de, LAGO, Tânia Di Giacomo; SOUZA, Sandra Regina de, organizadores. **Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero.** São Paulo: Instituto de Saúde; 2010.

KREMER, Carla Solange. **Lei do Acompanhante no parto: Percepção dos acompanhantes e da equipe de enfermagem de um hospital do interior do RS.** [TCC]. Biblioteca Digital do Centro Universitário UNIVATES, Lajedo - RS, 2012. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/410/1/CarlaKremer.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2015.

LAWRENCE, Annemarie; HOFMEYR, Lucy Lewis G Justus; DOWSWELL, Therese; STYLES, Cathy. **Maternal positions and mobility during first stage labour.** São Paulo Med. J. . 2011 v.129, n.5, p.362-362. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802011000500015>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis.** 4. ed., rev. e ampl. São Paulo, SP: Atlas, 2006. 305 p.

LEAL, Maria do Carmo. **Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil** [editorial]. Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24,n.8, p.1724-1725, ago, 2008.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito; AZEVEDO, Mariana; VALENTE, Márcio. **A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante.** In: Kalckman S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza SR. (organizadores). **Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/ cor e de gênero.** São Paulo: Instituto de Saúde; p. 155-74, 2010.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27,n.5,p.1041-1044, mai, 2011.

MAIA, Melanie Noel. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro.** [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.

MALHEIROS, Paolla Amorim; ALVES, Valdecyr Herdy; RANGEL, Tainara Seródio Amim; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas.** Texto Contexto Enferm 2012 v.21, n.2, p.329-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MANINI, Daniela. **A Crítica Feminista à Modernidade e o Projeto Feminista no Brasil dos Anos 70 e 80.** Cadernos AEL, n. 3/4, 1995/1996. Disponível em:<[http://segall.ifch.unicamp.br/publicacoes\\_ael/index.php/cadernos\\_ael/article/viewFile/141/151](http://segall.ifch.unicamp.br/publicacoes_ael/index.php/cadernos_ael/article/viewFile/141/151)>. Acesso em: 20 mai 2015.

MARTINELLI, Katrini Guidolini; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. **Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network.** Rev Bras Ginecol Obstet. v.36, n2, p.56-64, 2014.

MEDEIROS, Thalyta Francisca Rodrigues de; BRASIL, Mikael Lima; SANTOS, Sheila Milena Pessoa. **A Medicalização do Parto: uma análise a partir da incidência de cesarianas.** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. 14 A 17 de Novembro de 2012. Joao Pessoa. Paraíba.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas Públicas de Saúde da Mulher: A Integralidade em Questão Estudos Feministas.** Florianópolis, v.17, n.1, p.31-48, jan-abr/2009.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade.** 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** v.7. São Paulo: Hucitec, 2000. 139f.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. 243p.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silva Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set. 2005.

NARCHI, Nádia Zanon. **Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo.** Rev Bras Enferm, Brasília, v. ; 62, n.4, p.546-51, jul-ago,2009. .

PÁDUA, Karla Simônia de; OSIS, Maria José Duarte; FAÚNDES, Anibal.; BARBOSA, Avelar Holanda; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. **Fatores associados à cesariana.** Rev Saúde Pública. v.44, n.1, p.70-9. 2010.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Rev Saude Publica. v.45, n.1, p.185-94. 2011.

PINHEIRO, R. **O que é a Integralidade?.** Ciênc Saúde Coletiva, 2007.

PINHEIRO, Roseni. **Responsabilidade com a Integralidade das ações:** por uma ética do futuro. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008, v. 1, p. 11-22.

PINHEIRO, Roseni; ASENSI, Felipe Dutra. **Governando o direito à saúde: desafios e estratégias da interface estado-sociedade-instituições jurídicas.** In: V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2011, São Paulo. CD Anais, 2011.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. **A Produção do Conhecimento e as Práticas Cuidadoras na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido no Hospital Sofia Feldman.** 2010.

PINHEIRO, R. **Integralidade do cuidado: a promessa da política e a configuração no direito.**[in] Usuários redes sociais, mediações e integralidade em saúde. 1ª ed. 2011, IMS/UERJ –LAPPIS, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, Roseni; SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; LOFÊGO, Juliana; LEAL, Oswaldo; GUIZARDI, Francini. **Apoiando a Gestão do SUS em Rio Branco - Acre: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local.** 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2013. v. 1. 340p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** IMS/UERJ –ABRASCO, Rio de Janeiro, 6 ed, 2006.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde.** Aletheia 37, p.212-227, jan./abr. 2012.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. **Ensino-Trabalho- Cidadania.** 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC, 2011. 156p.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde - 6ª Edição.** 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. v. 1. 180p.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004. 487 p.

PROGIANTI, Jane Márcia; HAUCK, Flávia Terra. **A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de Juiz de Fora.** Rev. enferm. 2013 jul/set; v.21, n.3. Disponível em:< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/7469>> Acesso em; 10 ago 2014.

RABELO, Leila Regina; OLIVEIRA, Dora Lúcia de. **Percepção de enfermeira obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar.** Rev. Esc. Enferm USP, 2010, v. 44, n.1, p. 213-20.

RATTNER, Daphner. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.** Interface (Botucatu) [online]. 2009. v.13,p.759-768. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>>. Acesso em: 2 jul 2014.

RATTNER, Daphner. **Da Saúde Materno Infantil ao PAISM.** Tempus Actas de Saúde Coletiva Políticas Públicas de Saúde: textos e contextos, 2014.

REBOUÇAS, Daniele. **Realidades das maternidades da Bahia urge por investimentos.** Vida e Ética – Revista CREMEB. ano 6, n 19, p.16-18, 2015.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. **Identificação de eventos adversos relacionados à atenção ao parto.** [Tese] Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2012.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. **Maternidade segura.** In: Sousa P, Mendes W. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.371-393, 2014.

ROCHA, Cristianne Maria Famer; DARSIE, Camilo; SILVA, Vivian Costa da; KOETZ, Ana Paula Messa; GAMA, Ana Filipa; DIAS, Sônia Ferreira. **Maternidade Deslocada: A Gravidez, o Aborto Voluntário e a Saúde Feminina para Mulheres Imigrantes em Portugal.** Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza, v.26, n.4,p.470-479, out./dez., 2013

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-20, 2011.

SANTOS, Manoel Antônio; VIEIRA, Elisabeth Miloni. **Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. Interface (Botucatu),** Botucatu, SãoPaulo, v.12,n.26,p.589-601,2008.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências.** São Paulo: UNESP, 2004. 205 p.

SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na unidade básica.** 2ed. SãoPaulo: Hucitec, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** 1. ed. São Paulo, SP, Hucitec, 2008. v. 1. 254p.

SESAB, Secretária de Saúde do Estado da Bahia. Comissão Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde (CEREMAPS). **Edital N° 001/2014.** Edital de Abertura de Inscrições do Processo Seletivo Unificado para ingresso nos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde do Estado da Bahia – SUS/2014. Salvador (BA): 2014.

SESAB, Secretária de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução CIB nº 318/2011** de 06 de dezembro de 2011. Aprova o Plano Estadual da Rede Cegonha e recomenda outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia, 2011, 11 dez.

SILVA, Renata Cunha da; SOARES, Marilu Correa; MUNIZ, Rosani Manfrin; ANDRADE, Francine Pereira; TORRES, Ana Amália Pereira; GOMES, Viviane. **La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescência.** Enferm. glob. [online]. v.10,n.24,p.342-51, 2011. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125921>. Acesso em 14 out. 2014.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), v.32, n.3,p.479-86. 2011.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública** [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-27052015-163754/pt-br.php>>.  
Acesso em: 10 set. 2015.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte.** São Paulo; HUCITEC; 107 p. (Saúde em Debate, 84). 1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação : o positivismo, a fenomenologia, o marxismo.** São Paulo: Atlas, 2009. 175 p

VICTORIA, Cesar G.; AQUINO, Estela M L; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto Monteiro; BARROS, Fernando C.; SZWARCOWALD, Célia L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil. Publicado Online 9 de maio de 2011 Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) . Acesso em 04 dez. 2014.

VILLELA, Wilza; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **Gênero, saúde da mulher e integralidade: Confluências e desencontros.** In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer.** Copenhagen: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: WHO; 1996.



## “APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**



### INFORMAÇÕES À COLABORADORA

O(a) senhor(a) está sendo convidada(o) para participar de uma pesquisa intitulada: **Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em maternidade**, com o objetivo geral de analisar mudanças no cuidado à saúde da mulher em maternidade segundo profissionais sob o enfoque da integralidade. Trata-se de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA a ser desenvolvida pela mestranda Sarah Alves Moura Costa, sob a orientação da Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

A sua participação é voluntária. Para que você não seja identificada garantiremos a sua privacidade (será entrevistada em espaço reservado) e o anonimato (seu nome não aparecerá e usaremos um código para citar o seu depoimento). O(a) senhor(a) terá o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da entrevista, sem qualquer prejuízo ou penalização. Se o(a) senhor(a) permitir, esta entrevista será gravada em fita de áudio, podendo ser modificada se for o seu desejo. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (05) cinco anos, sendo posteriormente incinerado.

Os riscos para a sua participação na pesquisa podem estar relacionados ao desgaste físico decorrente do tempo que levará para responder às perguntas do roteiro de entrevista e o constrangimento ou desconforto causado por relatar experiências profissionais. Para minimizá-los, a entrevista será conduzida de forma breve e objetiva, visando evitar o desgaste físico, podendo ser interrompida a qualquer momento ao observar o desgaste psicológico. Os benefícios desta pesquisa serão o de conhecer as experiências da Estratégia da Rede Cegonha pelos(as) profissionais na Maternidade Tsylla Balbino (MTB), bem como, as práticas baseadas em evidências científicas utilizadas na referida maternidade.

Os resultados servirão para que as ações da Rede Cegonha em Maternidades, melhorem as suas práticas assistenciais com base no relato de profissionais, tendo em vista, o cuidado segundo as necessidades da mulher. O(a) senhor(a) será convidado(a), através de contato telefônico, para uma sessão científica, em um local definido posteriormente, aonde os resultados desta pesquisa serão apresentados. As pesquisadoras não estão sendo remuneradas para a realização deste estudo, assim como você não receberá benefícios financeiros para a participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo das responsáveis pela pesquisa.

Todas essas recomendações estão de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Qualquer dúvida que venha ocorrer durante este estudo, a senhora poderá entrar em contato

com a pesquisadora Sarah: (71) 9199-3225 e (71) 8882-0140, sarah.amc@hotmail.com ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, responsável pela análise desse projeto: cepee.ufba@ufba.br.

Após esses esclarecimentos, solicitamos a sua permissão para participar desta pesquisa. Caso aceite, a senhora assinará esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Informo que tive conhecimento das informações aqui descritas que li/que foram lidas para mim. Estou informada sobre a pesquisa e concordo em participar da mesma, nos termos aqui assumidos. Reforço que não fui submetida à intimidação, coação ou indução.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**



**TÍTULO DO PROJETO: Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em maternidade**

### ***I FORMULÁRIO DE ENTREVISTA***

#### ***- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS***

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Profissão: \_\_\_\_\_
3. Cor (autorreferida): ( ) branca ( ) parda ( ) preta ( ) amarela ( ) indígena
4. Tempo de serviço: \_\_\_\_\_
5. Tempo de atuação na atenção à saúde da mulher: \_\_\_\_\_
6. Cursos realizados (especificar área):

Capacitação/Aperfeiçoamento: \_\_\_\_\_

Especialização: \_\_\_\_\_

Mestrado: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

## **II ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO**

A Rede Cegonha, criada em 2011, constitui importante estratégia para redução da morbimortalidade materna e infantil, a partir da integração dos serviços de saúde em rede. Tem como diretrizes a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e de vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. Tais diretrizes embasam a integralidade do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, reafirmam a dignidade humana e a cidadania, o que implica em repensar o cuidado oferecido às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Particularizando o trabalho de parto, o parto e o puerpério, pedimos que responda às seguintes questões:

1. Quais eram suas ações com as parturientes / puérperas antes da Rede Cegonha? Você pode descrever um pouco da sua rotina de trabalho, no desenvolvimento das ações e a estrutura física da maternidade antes da Rede Cegonha?
2. Com a implementação da Rede Cegonha o que você acha que mudou no seu cuidado à mulher no parto e no puerpério?
3. Você pode destacar as ações com seus respectivos benefícios que resultaram da iniciativa da Rede Cegonha?
4. Qual a sua opinião sobre esse processo de mudança dentro da instituição em relação aos profissionais de saúde, instituição e as usuárias?
5. Quais estratégias a maternidade vem utilizando como preparatória para implantação da Rede Cegonha?
6. Você pode identificar ações que precisam ser revistas e/ou modificadas? Por quê? Você pode justificar o porquê?
7. Para você o que é a Rede Cegonha hoje?
8. Em relação a sua responsabilização na atenção à saúde da mulher na Maternidade, Você pode me dizer o que você faz para acolher, estabelecer vínculo com ela?

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



SESAB/SUS – SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA  
 MATERNIDADE TSYLLA BALBINO  
 LADEIRA DE QUINTAS S/Nº - BAIXA DE QUINTAS  
 CEP: 40.300-450 – SALVADOR – BA  
 TEL: 3244-4093 – FAX: 3233-2786  
 sesab.mtbalbino@saude.ba.gov.br



Salvador, 06 de agosto de 2015.

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Dr<sup>a</sup> Rita de Cassia Calfa Vieira Gramacho, matrícula 19.255593-7, Diretora Geral da Maternidade Tsylla Balbino, estou ciente e autorizo a pesquisadora responsável Sarah Alves Moura Costa sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho e a Co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariza Silva Almeida a desenvolver nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado: “Atenção à Saúde da Mulher na Rede Cegonha sob o Enfoque da Integralidade”, o qual será executado em consonância com as Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a resolução CNS 466/12. Declaro estar ciente de que a Instituição proponente é corresponsável pela atividade de pesquisa proposta e executada pelos seus pesquisadores e dispõe de infraestrutura necessária para garantir o resguardo e bem estar dos sujeitos da pesquisa.

*Rita de Cassia Calfa Vieira Gramacho*  
 Dr<sup>a</sup> Rita de Cassia Calfa Vieira Gramacho  
 Diretora Geral da MTB

Rita Calfa Gramacho  
 Diretora Geral - MTB  
 Cad. 19.255.593-7

Maternidade Tsylla Balbino  
 Ladeira de Quintas, s/nº - Baixa de Quintas  
 Cep: 40.300-450 – Salvador – Bahia  
 Tel: 3244-4093 – FAX: 3233-2786  
[sesab.mtbalbino@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.mtbalbino@saude.ba.gov.br)

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE CEGONHA E O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER EM MATERNIDADE

**Pesquisador:** SARAH ALVES MOURA COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44629615.0.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.182.039

**Data da Relatoria:** 03/06/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório. Os aspectos éticos da pesquisa dispostos na Resolução 466/96 sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos serão respeitados. Serão utilizadas técnicas de observação não participante e entrevista semi-estruturada para a coleta de dados com profissionais da Maternidade. O cenário do estudo será no município de Salvador- BA, em uma Maternidade pública, e que esta vinculada à Estratégia da Rede Cegonha. A análise dos dados será realizada através da análise discurso na perspectiva de Fiorin.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar mudanças no cuidado à saúde da mulher em Maternidade segundo profissionais sob o enfoque da integralidade.

**Objetivo Secundário:**

Descrever as ações implementadas na atenção à saúde da mulher em Maternidade antes e após a implantação da Rede Cegonha. Analisar as mudanças incorporadas no cotidiano da atenção à saúde da mulher após a Rede Cegonha com base em suas diretrizes e na integralidade da atenção.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.182.039

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta como Riscos:

Os relacionados ao desgaste físico decorrentes do tempo que levaram para responder às perguntas do roteiro de entrevista e o desconforto, relacionados a relatar situações que exponham sua conduta profissional e dos (as) demais profissionais da instituição.

Apresenta como Benefícios:

Indiretos estão relacionados aos dados e informações a serem obtidos, que poderão subsidiar novas ações para a implementação das diretrizes da Rede Cegonha na maternidade, de acordo com as necessidades levantadas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é relevante para a sociedade, é factível. Todas as considerações e recomendações requeridas na Resolução 466/12 estão contempladas neste.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados atendendo aos princípios da bioética contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional

**Recomendações:**

Recomendo a Aprovação

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta pendências/ ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO emitido pelo relator.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.182.039

SALVADOR, 12 de Agosto de 2015

---

**Assinado por:**  
**Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br