

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ANA MARIA BOURGUIGNON DE LIMA

JUSTIÇA REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PUERPERAL:
AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS CONDIÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER
NO PERÍODO PÓS-PARTO NO BRASIL (2000-2019)

PONTA GROSSA

2022

ANA MARIA BOURGUIGNON DE LIMA

**JUSTIÇA REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PUERPERAL:
AVALIAÇÃO CRÍTICA DAS CONDIÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER
NO PERÍODO PÓS-PARTO NO BRASIL (2000-2019)**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, área de concentração Políticas Públicas e Cidadania.

Orientadora: Profa. Dra. Dircéia Moreira
Coorientadora: Profa. Dra. Zulmira Hartz

PONTA GROSSA

2022

L732 Lima, Ana Maria Bourguignon de
Justiça reprodutiva na atenção puerperal: avaliação crítica das condições de
atenção à saúde da mulher no período pós-parto no Brasil (2000-2019) / Ana
Maria Bourguignon de Lima. Ponta Grossa, 2022.
230 f.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração:
Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Dircéia Moreira.

Coorientadora: Profa. Dra. Zulmira Hartz.

1. Saúde da mulher. 2. Período pós-parto. 3. Políticas públicas. 4. Direitos
reprodutivos. I. Moreira, Dircéia. II. Hartz, Zulmira. III. Universidade Estadual de
Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 320.6

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA MARIA BOURGUIGNON DE LIMA

“Justiça reprodutiva na atenção puerperal: avaliação crítica das condições de atenção à saúde da mulher no período pós-parto no Brasil (2000-2019)”.

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Assinatura pelos Membros da Banca:

DIRCEIA MOREIRA – UEPG-PR – Presidente
Assinado de forma digital por DIRCEIA MOREIRA
Dados: 2022.02.18 14:11:28 -03'00'

Prof^a. Dr^a. Marcia Grisotti – UFSC-SC – Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Leal – ENSP/FIOCRUZ-RJ – Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Augusta Pelinski Raiher – UEPG-PR – Membro Interno

Prof, Dr. José Augusto Leandro – UEPG-PR – Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Gisele Caldas Alexandre – UFF-RJ – Suplente Externo

Prof^a. Dr^a. Luana Márcia de Oliveira Billerbeck – UEPG-PR – Suplente Interno

Ponta Grossa, 18 de fevereiro de 2022.

Para Clarice e Cecília, porque me iniciaram nesta jornada.

Para Felipe, por ser meu cúmplice.

Para Jussara, porque seus passos iluminam os meus.

AGRADECIMENTOS

Com as palavras de María Lugones, citadas na epígrafe, quero agradecer a todas as pessoas que contribuíram com minha trajetória no doutorado. O trabalho de tese assinala o final de um percurso. Mas a tese, embora seja um produto da caminhada acadêmica, não consegue contemplar todos os aprendizados e experiências possibilitados pela pós-graduação.

A participação nas disciplinas, grupos de pesquisa, eventos e atividades de extensão foram importantes em minha formação pessoal e acadêmica. Por isso, começo por agradecer as pessoas – servidores, docentes, discentes, bolsistas – que edificaram e edificam o Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas (PPGCSA) da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG.

Em especial, agradeço a minha orientadora Dra. Dircéia Moreira, pelo acolhimento, apoio, estímulo e confiança. Obrigada por me apresentar a vertente crítica dos direitos humanos, foi importante não apenas para o trabalho de tese, mas para minha formação como cidadã e para alargar meus horizontes como bacharel em direito. A criação do Núcleo de Direitos Humanos ampliou o espaço em nosso PPGCSA para compartilhar saberes e experiências na perspectiva decolonial e crítica.

Agradeço minha coorientadora Dra. Zulmira Hartz, por me receber de braços abertos no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa. A professora Zulmira teve importante participação nesta tese. Foi por meio dos seus livros que cheguei ao campo da avaliação em saúde. E foi por sua orientação que realizei a revisão da produção científica sobre avaliação da atenção pós-parto no Brasil, uma etapa que permitiu expandir a pesquisa e o aprendizado.

À Dra. Rosiléa Clara Werner, professora e entusiasta querida, sou profundamente grata por ter aberto as portas da UEPG para o debate sobre parto e nascimento nos Campos Gerais. Ao agradecê-la estendo minha gratidão a todas as pessoas que participaram ativamente do ‘Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Reprodutiva, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos’. O projeto de pesquisa e o primeiro capítulo desta tese foram construídos a partir da minha participação no Núcleo, das conversas, estudos, reflexões e partilhas que fizemos. Obrigada!

Ao Dr. José Augusto Leandro, obrigada por me ajudar a construir o projeto de pesquisa. Minha participação no ‘Núcleo de Pesquisa em Saúde Pública, Doença e Assistência em Saúde no Brasil’ e suas orientações no ‘Seminário de Tese’ foram decisivas para definição dos rumos desta tese. Obrigada pela leitura dos meus textos, pelas críticas e sugestões.

À Dra. Márcia Baldani, agradeço por me receber na disciplina de Saúde Coletiva para realização do estágio docente e por me apresentar o banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cuja análise integra o quarto capítulo da tese.

À Dra. Augusta Pelinski Haier, sou grata por sua generosidade e disposição em ensinar. Suas aulas na disciplina de ‘Introdução à Análise de Dados para as Ciências Sociais’ representa um divisor de águas para esta tese e minha formação como pesquisadora.

À Dra. Luana de Oliveira Billerbeck, agradeço por aceitar prontamente participar como suplente da banca de defesa da tese e, principalmente, pelos diálogos propiciados pela disciplina “Identidades e opressões interseccionais”.

À Dra. Márcia Grisotti, agradeço por participar de meu processo de formação nas ciências sociais, por sua leitura, palavras de incentivo e sugestões.

À Dra. Maria do Carmo Leal, quero dizer que a pesquisa Nacer no Brasil fortaleceu os argumentos e a luta das mulheres por melhores condições para parir e nascer em nosso país. Sua simplicidade, competência e comprometimento com os direitos das mulheres e crianças são inspiradores. Agradeço também ao ‘Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente’ (Ensp/Fiocruz) por compartilhar os dados da pesquisa Nacer no Brasil sobre a percepção de dor após o parto.

À Dra. Gisele Caldas Alexandre, agradeço sua companhia e receptividade no IHMT, bem como sua disponibilidade em compor a banca de defesa da tese.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e aos servidores que prestam apoio técnico. O recebimento da bolsa da CAPES tornou possível minha dedicação ao doutorado em tempo integral e realização do estágio sanduíche no IHMT em Lisboa, Portugal.

Quero, ainda, dedicar um agradecimento especial às pessoas amigas que tanto têm me apoiado na jornada da vida, propiciando bons momentos de conversa, partilhas e experiências: Lorena dos Santos Simão Pontes e Laércio Simão Pontes, Henrique Simão Pontes e Laís Luana Massuqueto, Aline Terezinha Gelinski e Jean Carlos Miranda, Angelo Eduardo Rocha.

A minha mãe Jussara Ayres Bourguignon, minha inspiração e porto seguro, referência de mãe, mulher e profissional, muito obrigada por estar sempre ao nosso lado. A meu pai Edilson Nogueira de Lima, sua presença ao longo deste último ano de tese tem sido um presente para nós. A Camila Bourguignon de Lima, mana querida, obriga por poder contar com você.

As minhas filhas, Clarice e Cecília. Obrigada pelo carinho, pelas palavras amorosas, desenhos e cartinhas, pelos momentos de distração e descontração. Obrigada por me

acompanharem nos corredores da universidade, nos eventos e no restaurante universitário; nas reuniões que participamos por quatro anos no Conselho de Saúde; por ajudarem com alegria a carregar os livros nas várias mudanças que fizemos; por compartilharem comigo os desafios da estadia em Portugal.

A Felipe Simão Pontes, meu companheiro e cúmplice dessa jornada, a gratidão que sinto é profunda, transcende o poder das palavras. Agradeço o estímulo sempre confiante, o apoio material e emocional, o respeito pelos meus maus momentos, por aceitar compartilhar comigo as alegrias e dificuldades, os aprendizados, as conquistas e desafios, bem como as aventuras proporcionadas por essa trajetória.

Não se resiste sozinha à colonialidade do gênero. Resiste-se a ela desde dentro, de uma forma de compreender o mundo e de viver nele que é compartilhada e que pode compreender os atos de alguém, permitindo assim o reconhecimento. Comunidades, mais que indivíduos, tornam possível o fazer; alguém faz com mais alguém, não em isolamento individualista. O passar de boca em boca, de mão em mão práticas, valores, crenças, ontologias, tempo-espacos e cosmologias vividas constituem uma pessoa. A produção do cotidiano dentro do qual uma pessoa existe produz ela mesma, na medida em que fornece vestimenta, comida, economias e ecologias, gestos, ritmos, habitats e noções de espaço e tempo particulares, significativos.

(María Lugones)

No coração da justiça reprodutiva está o argumento: todas as pessoas férteis, todas as que se reproduzem e todas que se tornam mães/pais requerem um contexto seguro e digno para essas experiências humanas mais fundamentais. Atingir essa meta depende do acesso a recursos comunitários específicos, incluindo assistência à saúde, moradia e educação de alta qualidade, um salário mínimo digno, um ambiente saudável e uma rede de segurança para os momentos em que os recursos falham. O manejo seguro e digno da fertilidade, o parto e a parentalidade são impossíveis sem esses recursos.¹

(Loretta Ross e Rickie Solinger)

¹ Tradução nossa: “Reproductive justice is a contemporary framework for activism and for thinking about the experience of reproduction. It is also a political movement that splices reproductive rights with social justice to achieve reproductive justice. The definition of reproductive justice goes beyond the pro-choice/pro-life debate and has three primary principles: (1) the right not to have a child; (2) the right to have a child; and (3) the right to parent children in safe and healthy environments. In addition, reproductive justice demands sexual autonomy and gender freedom for every human being. At the heart of reproductive justice is the claim: all fertile persons and persons who reproduce and become parents require safe and dignified context for these most fundamental human experiences. Achieving this goal depends on access to specific community-based resources including high-quality health care, housing and education, a living wage, a healthy environment, and a safety net for times when resources fail. Safe and dignified fertility management, childbirth, and parenting are impossible without these resources”.

RESUMO

BOURGUIGNON, Ana Maria. **Justiça reprodutiva na atenção puerperal: avaliação crítica das condições de atenção à saúde da mulher no período pós-parto no Brasil (2000-2019).** 2022. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2022.

O puerpério é um momento crítico para a saúde da mulher. A atenção prestada no período de seis semanas após o parto é fundamental para a prevenção da morbimortalidade materna e promoção da saúde da mulher. No Brasil, ações como a consulta puerperal e a visita domiciliar passaram a integrar a linha de cuidados das gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde desde a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no ano 2000. Sob esses aspectos, o objetivo geral da tese é avaliar criticamente as condições da atenção à saúde da mulher no puerpério, no contexto das políticas públicas brasileiras do período de 2000 a 2019. O trabalho de pesquisa fundamenta-se na concepção teórica de *justiça reprodutiva*, que articula as dimensões de saúde reprodutiva, direitos humanos e justiça social. Por meio da triangulação de dados e métodos de pesquisa, foram empregadas técnicas qualitativas e quantitativas de análise. A tese está composta por introdução, seis capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo, apresenta-se uma caracterização qualitativa do período pós-parto, a partir de entrevistas realizadas com 21 mulheres. No segundo, discutem-se os dados quantitativos sobre os níveis de percepção de dor pós-parto relatados pelas brasileiras entrevistadas pela pesquisa Nascer no Brasil (2011-2013). No terceiro, realiza-se uma meta-análise sobre a cobertura da consulta puerperal no país com base em uma síntese avaliativa das produções científicas publicadas entre o ano 2000 e 2019. No quarto capítulo aborda-se a realização de visita de agente comunitária de saúde na primeira semana pós-parto e a consulta puerperal, no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde, tendo como fonte os dados quantitativos dos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2012; 2014; 2017). O quinto capítulo traz uma reflexão sobre a trajetória da política de saúde da mulher no Brasil com foco nos direitos humanos, tendo como dispositivo de análise a revisão qualitativa de estudos avaliativos sobre atenção puerperal. O último capítulo condensa as reflexões teórico-metodológicas realizadas durante o percurso de pesquisa, para propor uma abordagem de avaliação em saúde fundamentada na triangulação entre interseccionalidade, teoria crítica dos direitos humanos e justiça reprodutiva. Os resultados da tese indicam a predominância do modelo biomédico na atenção puerperal; a persistência de iniquidades no acesso e na qualidade dos cuidados pós-parto prestados pelos serviços de atenção básica; a escassez de dados sobre atenção pós-parto pautados pela identificação de opressões interseccionais que condicionam o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas brasileiras. Em síntese, argumenta-se em prol do fortalecimento das políticas sociais no Brasil a fim de ampliar a proteção dos direitos humanos das mulheres rumo à justiça reprodutiva.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Período Pós-Parto. Políticas Públicas. Direitos Reprodutivos.

ABSTRACT

BOURGUIGNON, Ana Maria. **Reproductive justice in puerperal care:** critical assessment of women's health care conditions in the postpartum period in Brazil (2000-2019). 2022. Thesis (Ph.D. in Applied Social Sciences) – State University of Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2022.

The puerperium is a critical moment for women's health. The care provided in the period of six weeks after childbirth is essential for the prevention of maternal morbidity and mortality and the promotion of women's health. In Brazil, actions such as postpartum follow-up and home visits have become part of the care line for pregnant women using the Unified Health System since the implementation of the Prenatal and Birth Humanization Program in 2000. In these aspects, the general objective of the thesis is to critically evaluate the conditions of women's health care in the puerperium, in the context of Brazilian public policies from 2000 to 2019. The research work is based on the theoretical conception of reproductive justice, which articulates the dimensions of reproductive health, human rights and social justice. Through data triangulation and research methods, qualitative and quantitative analysis techniques were used. The thesis consists of an introduction, six chapters and final remarks. In the first chapter, a qualitative characterization of the postpartum period is presented, based on interviews with 21 women. In the second, quantitative data on postpartum pain perception levels reported by Brazilian women interviewed in the Birth in Brazil survey (2011-2013) are discussed. In the third, a meta-analysis is carried out on the coverage of postpartum follow-up in the country based on an evaluative synthesis of scientific productions published between 2000 and 2019. The fourth chapter discusses the visit of a community health agent in the first postpartum week and the postpartum follow-up, within the scope of primary care of the Unified Health System, based on the quantitative data of the three cycles of the Improvement of Access and Quality of Primary Care Program (2012; 2014; 2017). The fifth chapter reflects on the trajectory of women's health policy in Brazil with a focus on human rights, having as an analysis device the qualitative review of evaluative studies on puerperal care. The last chapter condenses the theoretical-methodological reflections carried out during the course of the research, to propose an approach to health evaluation based on the triangulation between intersectionality, critical theory of human rights and reproductive justice. The results of the thesis indicate the predominance of the biomedical model in puerperal care; the persistence of inequities in the access and quality of postpartum care provided by primary care services; the scarcity of data on postpartum care guided by the identification of intersectional oppressions that condition the access and use of health services by Brazilian women. In summary, it is argued in favor of strengthening social policies in Brazil in order to expand the protection of women's human rights towards reproductive justice.

Keywords: Women's Health. Postpartum period. Public policy. Reproductive Rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 3.1 -	Esquema das ações e recomendações para a consulta puerperal conforme o Ministério da Saúde do Brasil	92
Figura 3.2 -	Processo de seleção dos estudos sobre cobertura da consulta puerperal (2000-2019)	97
Figura 4.1 -	Fluxograma do questionário sobre atenção pós-parto no primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012)	113
Figura 4.2 -	Fluxograma do questionário sobre atenção pós-parto no segundo ciclo do PMAQ-AB (2014)	114
Figura 4.3 -	Fluxograma do questionário sobre atenção pós-parto no terceiro ciclo do PMAQ-AB (2017)	115
Figura 4.4 -	Fluxograma de delimitação do corpus nos três ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).....	116
Gráfico 4.1 -	Cobertura comparada das ações de atenção pós-natal (PMAQ-AB, 2012; 2014; 2017)	122
Gráfico 5.1 -	Série histórica da RMM (por 100 mil nascidos vivos) no Brasil e na América Latina, segundo dados informados pelos países à OPAS de 1996 a 2016, último ano disponível.....	141
Figura 5.1 -	Mapa da distribuição da RMM (por 100 mil nascidos vivos) em 2019 por unidade da federativa	142
Figura 5.2 -	Síntese do processo de seleção dos estudos sobre avaliação da atenção puerperal (2000-2019)	146
Figura 5.3 -	Nuvem das palavras relacionadas ao termo ‘direito’ nos estudos de avaliação da atenção puerperal	147
Figura 5.4 -	Árvore de similitude formada com os segmentos de texto que contêm o termo ‘direito’ nos estudos de avaliação da atenção pós-parto (2000-2019)	148
Figura 6.1 -	Diamante ético dos direitos humanos	184
Figura 6.2 -	Esquema da pesquisa por triangulação aplicada à avaliação da atenção puerperal no Brasil	188

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 -	Categorias e subcategorias	33
Quadro 1.2 -	Identificação das entrevistadas	34
Quadro 1.3 -	Características do puerpério e necessidades sociais e de saúde das mulheres	61
Quadro 1.4 -	Necessidades transversais no período pós-parto	62
Quadro 3.1-	Síntese dos estudos com dados sobre a consulta puerperal no Brasil (2000-2019).....	98
Quadro 5.1 -	Direitos mencionados nos artigos de avaliação da atenção puerperal no Brasil (2000-2019)	149
Quadro 5.2 -	Cronologia dos eventos internacionais sobre direitos humanos das mulheres	157

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 -	Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos do períneo/vagina segundo variáveis maternas.....	76
Tabela 2.2 -	Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos do períneo/vagina segundo variáveis dos serviços de saúde	77
Tabela 2.3 -	Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos da cesárea segundo variáveis maternas	79
Tabela 2.4 -	Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos da cesárea segundo variáveis dos serviços de saúde.....	80
Tabela 2.5 -	Distribuição dos níveis de dor nas mamas/bico do seio segundo variáveis maternas	81
Tabela 2.6 -	Distribuição dos níveis de percepção de dor nas mamas/ bico do seio segundo variáveis dos serviços de saúde	83
Tabela 2.7 -	Fatores associados à percepção de dor nos pontos do períneo/vagina, no local da cesárea e nas mamas/bico do seio segundo variáveis maternas ..	84
Tabela 2.8 -	Fatores associados à percepção de dor nos pontos do períneo/vagina, no local da cesárea e nas mamas/bico do seio segundo variáveis dos serviços de saúde	86
Tabela 3.1 -	Dados compilados sobre a consulta puerperal por categoria (2000 - 2019)	100
Tabela 4.1 -	Grupos Homogêneos de Municípios de acordo com seus índices	118
Tabela 4.2 -	Características sociodemográficas das entrevistadas nos ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)	120
Tabela 4.3 -	Período, local e profissional da consulta puerperal nos ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)	123
Tabela 4.4 -	Aspectos da saúde da mulher avaliados na consulta puerperal nos ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)	124
Tabela 4.5 -	Distribuição das frequências de mulheres que declararam ter recebido visita de ACS na primeira semana pós-parto segundo características sociodemográficas das entrevistadas nos três ciclos do PMAQ-AB	126
Tabela 4.6 -	Fatores associados à realização da visita de ACS na primeira semana pós-parto segundo variáveis maternas (PMAQ-AB 2014; 2017)	128
Tabela 4.7 -	Condições sociodemográficas associadas à realização da consulta puerperal segundo variáveis maternas (PMAQ-AB 2012; 2014; 2017) ...	131
Tabela 4.8 -	Fatores associados à realização da consulta puerperal segundo variáveis maternas (PMAQ-AB 2014; 2017)	133

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitária/o de Saúde
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
GHM	Grupo Homogêneo de Municípios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PTPT	Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SISNASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO/OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 – DIMENSÕES (IN)VISÍVEIS DO PUERPÉRIO: REPRESENTAÇÕES DE MULHERES SOBRE O PERÍODO PÓS-PARTO	26
1.1 REPRESENTAÇÕES FEMININAS SOBRE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM PONTA GROSSA: CONTEXTO DA PESQUISA	29
1.1.1 Metodologia de coleta e análise	30
1.1.2 Perfil das entrevistadas	33
1.2 A MULHER	35
1.3 A MULHER COM O BEBÊ	43
1.4 A MULHER E SUA REDE DE CUIDADOS	48
1.4.1 Cuidados profissionais.....	49
1.4.2 Cuidados familiares	57
1.5 NECESSIDADES MULTIDIMENSIONAIS DAS MULHERES NO PUERPÉRIO	61
CAPÍTULO 2 – FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE DOR NO PUERPÉRIO: ANÁLISE SECCIONAL DA PESQUISA NASCER NO BRASIL.....	68
2.1 A PESQUISA NASCER NO BRASIL	69
2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS ENTREVISTADAS	73
2.3 NÍVEIS DE PERCEPÇÃO DE DOR NO PUERPÉRIO E FATORES ASSOCIADOS ...	74
2.3.1 Percepção de dor nos pontos do períneo/vagina.....	75
2.3.2 Percepção de dor nos pontos da cesárea	78
2.3.3 Percepção de dor nas mamas ou no bico do seio.....	80
2.3.4 Fatores associados à percepção de dor no puerpério	83
2.4 DOR APÓS O PARTO: REFLEXOS DAS INIQUIDADES NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL	87
CAPÍTULO 3 – COBERTURA DA CONSULTA PUERPERAL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO BRASIL: UMA SÍNTESE AVALIATIVA	91
3.1 A METODOLOGIA DE SÍNTESE AVALIATIVA	94
3.2 A COBERTURA DA CONSULTA PUERPERAL NO BRASIL	98
3.3 LACUNAS NA PRODUÇÃO DE DADOS E DE ESTUDOS DE AVALIAÇÃO SOBRE CONSULTA PUERPERAL	102
CAPÍTULO 4 – A ATENÇÃO PÓS-PARTO NA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO SUS: ANÁLISE LONGITUDINAL DOS DADOS DO PMAQ-AB (2012; 2014; 2017) 108	
4.1 METODOLOGIA.....	111

4.1.1 Definição de parâmetros para avaliação da atenção puerperal no SUS	111
4.1.2 Comparação dos questionários dos três ciclos do PMAQ-AB	112
4.1.3 Delimitação do <i>corpus</i> em cada ciclo do PMAQ-AB	116
4.1.4 Caracterização das variáveis e definição da estratégia de análise	117
4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS ENTREVISTADAS NOS CICLOS DO PMAQ-AB.....	119
4.3 CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PUERPERAL NO BRASIL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS ENTREVISTADAS NO PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)	121
4.4 ANÁLISE LONGITUDINAL DOS FATORES ASSOCIADOS À VISITA DE ACS NA PRIMEIRA SEMANA PÓS-PARTO SEGUNDO O PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).....	124
4.5 ANÁLISE LONGITUDINAL DOS FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DA CONSULTA PUERPERAL	129
4.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE ATENÇÃO PUERPERAL NO BRASIL	134
CAPÍTULO 5 – A TRANSVERSALIDADE DOS DIREITOS HUMANOS NAS AVALIAÇÕES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA	139
5.1 METODOLOGIA: REVISÃO DE ESCOPO E ANÁLISE DE CONTEÚDO CRÍTICA	145
5.2 A TRANSVERSALIDADE DOS DIREITOS HUMANOS NAS AVALIAÇÕES EM SAÚDE SOBRE ATENÇÃO PUERPERAL	146
5.3 REFLEXÕES SOBRE JUSTIÇA REPRODUTIVA: DESAFIOS PARA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA FEMINISTA CRÍTICA	165
CAPÍTULO 6 – INTERSECCIONALIDADE, DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA REPRODUTIVA: AVALIAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	171
6.1 INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA ANALÍTICA DE AVALIAÇÕES CRÍTICAS	173
6.2 DIREITOS HUMANOS COMO INSTRUMENTO DAS LUTAS POR DIGNIDADE ..	178
6.3 JUSTIÇA REPRODUTIVA COMO PRESSUPOSTO ÉTICO	181
6.4 POR UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE REPRODUTIVA.....	186
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	192
REFERÊNCIAS	198
APÊNDICE A – TRABALHOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PÓS-PARTO PRODUZIDOS EM PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU BRASILEIROS DE 1987 A 2012	224
APÊNDICE B – ARTIGOS SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PÓS-PARTO NO BRASIL REVISADOS (2000-2019).....	227

APRESENTAÇÃO

Era dezembro de 2013, um inverno chuvoso e frio na capital de Portugal. Lisboa, cidade que estimo por ter sido o local do nascimento de minha segunda filha, foi também o território no qual uma experiência infeliz catalisou minhas atenções e foco na busca de um entendimento sobre as opressões interseccionais que tornam o acesso e a utilização dos serviços de saúde desigual entre grupos de mulheres grávidas e mães. A questão que, desde então, tem me mobilizado a estudar é a coexistência ambivalente entre direitos humanos conquistados formalmente pela população feminina com a negação de condições materiais e imateriais para o exercício desses mesmos direitos.

Foi na posição de mulher branca, latino-americana, de cidadania brasileira e legalmente inserida no sistema de saúde português que pude acessar as consultas de atenção pré-natal quando cheguei àquele país no quinto mês de gestação. Contudo, o conteúdo das consultas de enfermagem não passava pelos marcadores da maternidade segura. Ao contrário, a profissional que me recebia se negava a auscultar os batimentos cardíacos de minha filha por entender que eu não devia ter o direito de utilizar o serviço de saúde pública de seu país em razão da minha condição de cidadania, por ser brasileira. A xenofobia foi a opressão que me impediu de utilizar o serviço de atenção pré-natal dentro dos parâmetros preconizados pela política de saúde. Foi com luta, por meio de denúncia aos órgãos de proteção à imigração, que pude efetivar um direito que tinha resguardado pela legislação portuguesa e internacional. A discriminação e a negativa de atendimento nessas circunstâncias caracterizam atos de violação institucional aos direitos reprodutivos, uma forma de expressão da violência obstétrica.

Assim, não é por acaso ou apenas por interesse acadêmico que a presente tese de doutoramento foi construída. A demanda por este estudo emana de um desejo que as mulheres, quaisquer que sejam suas características pessoais, não passem por situações de violência e de supressão de seus direitos. Como mulher que se identifica com o ativismo feminista, escrevo essas breves linhas para indicar que minha trajetória como pesquisadora na área das ciências sociais tem se pautado pelo engajamento com as lutas por direitos sexuais e reprodutivos e por justiça social.

As linhas que vos apresento resultam dos processos de aprendizado potencializados tanto pela participação em movimentos sociais a favor da humanização do parto e nascimento e do Sistema Único de Saúde, como pela formação acadêmica que tive a oportunidade de acessar ao longo de minha trajetória. Com este estudo, direciono meu olhar para o contexto brasileiro, tentando somar esforços a outras grandiosas pesquisadoras e pesquisadores, bem

como, ativistas engajadas/os com as causas das mulheres, que têm pensado a relação entre direitos humanos, saúde e avaliação de políticas públicas.

O pensamento feminista se entretetece nas teias das vivências cotidianas das mulheres em suas múltiplas dimensões culturais, econômicas e sociais. A elaboração de conceitos e de explicações sobre a realidade emerge a partir da problematização de questões concretas, dos conflitos próprios da dinâmica diária das mulheres. É com essa postura crítica que convidamos à leitura dos resultados de pesquisa expostos neste volume.

INTRODUÇÃO

No puerpério, as mulheres passam por um momento de reconstrução da própria identidade, pois é após o parto que elas defrontam o bebê imaginado com o bebê real, assim como as expectativas geradas durante a gestação com a realidade do exercício da maternidade. Para a maioria das mulheres é o momento de conhecer o bebê gestado no ventre, para outras, uma fase de luto pela perda da criança esperada. No puerpério, há o encontro da mulher consigo mesma e com sua sexualidade, da mulher com sua própria história de nascimento, das ideias com a realidade. Um encontro entre gerações, onde os rituais de cuidados são transmitidos de uma geração de mulheres a outra, e novos papéis são assumidos por cada um dos envolvidos com o nascimento. Um período repleto de incertezas e contradições.

Em uma aula sobre psicologia do puerpério proferida por Alexandre Coimbra (2018), o psicólogo analisa que em nossa sociedade o processo de gestação significa um compromisso com a eternidade, em que a mulher é considerada a portadora de uma benção. Essa visão idílica da maternidade contribui para obliterar as ambivalências e dificuldades enfrentadas solitariamente por cada mulher que se torna mãe. Independentemente do número de filhos e de gestações, a cada novo nascimento, a mulher renasce em um novo papel, com novas funções e novos processos existenciais e corporais. Assim como todos renascem na família em lugares existenciais inéditos, todos construindo algo novo. Por isso, se diz que o puerpério é um período, em que a mulher irá, por meio de diálogos consigo mesma, refletir sobre sua nova condição de existência, analisando o que se ganha e o que se perde com a maternidade (COIMBRA, 2018).

Nesta perspectiva, a fase do puerpério, que se inicia logo após o nascimento se estende por muito tempo, para além das seis semanas subsequentes ao parto, em razão do elevado nível de responsabilidade exigido da mulher nesse período. Embora seja uma fase importante, conforme Coimbra (2018), há uma lacuna cultural de reconhecimento humano da experiência pela qual passa a mulher no puerpério. Pois, das fases do ciclo gravídico-puerperal (gestação, parto e pós-parto), no puerpério as mulheres vivem uma dimensão de invisibilidade, em que elas encontram pouco apoio e possibilidades de interlocução de suas emoções e conflitos mais íntimos. E esta dimensão de invisibilidade social também atinge os serviços de assistência à saúde das mulheres.

Durante a gestação e o parto, a maior parte das brasileiras tem acesso a cuidados profissionais e institucionais¹. Mas ao regressarem aos seus lares, depois do nascimento, as mulheres iniciam um caminho de descoberta da maternidade, muitas vezes sem contar com assistência profissional, passando por transformações corporais e adaptações no âmbito individual e social que repercutem na sua saúde física e mental.

Além das questões relacionadas à reconstrução da própria identidade, durante o puerpério muitas mulheres ainda precisam lidar com as morbidades relacionadas aos processos fisiológicos e psicológicos da gestação e do parto (como diabetes, hipertensão, depressão pós-parto etc.), bem como por doenças e agravos ocasionados pela assistência obstétrica, tais como infecções, lesões, traumas, entre outros². E, muitas vezes, as mulheres superam essas dificuldades sem receber a assistência adequada às suas questões de saúde. Segundo Mendes, Coelho e Calvo (2006, p. 182), historicamente o puerpério é a fase do ciclo reprodutivo das mulheres que menos recebe atenção nas políticas de saúde, nas pesquisas científicas e no cotidiano das instituições de saúde. Argumento reforçado na tese de Tatiane Baratieri (2020), que identificou a invisibilidade das mulheres na organização do cuidado pós-parto na atenção primária em saúde.

Em nossa dissertação de mestrado, ao analisarmos as teses e dissertações brasileiras de 1987 a 2012 sob a perspectiva da humanização da assistência obstétrica e neonatal, identificamos que apenas 16 tiveram o pós-parto como objeto (de um total de 379), dos quais 15 dissertações e uma tese (BOURGUIGNON, 2014). Destacamos que a maior parte dos trabalhos foi desenvolvida em programas vinculados à grande área Ciências da Saúde (12) e apenas uma dissertação abordou a consulta puerperal, realizada em até 42 dias após o parto³.

Essa constatação aliada ao contato com mulheres que buscaram ajuda nos serviços públicos de saúde para a depressão pós-parto e não encontraram atendimento; à observação de que as mulheres enfrentam obstáculos para obter a reparação perineal em casos de mutilação vaginal no parto em decorrência de episiotomia; à dificuldade reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) de mensurar o problema dos maus tratos, abusos e

¹ Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019), estima-se que, em média, 86,6% das mulheres grávidas iniciaram o cuidado pré-natal com menos de 13 semanas de gestação; 88,8% realizaram no mínimo seis consultas – consideradas as gestantes com parto a termo ou pós-termo; 59,8% fez o pré-natal em unidades básicas de saúde; 93,9% tiveram o parto em hospital ou maternidade; 55% dos partos ocorreram por cesariana; 97,6% das mulheres foram assistidas por profissional de saúde no parto, com preponderância de médicos (87,2%) a enfermeiros (10,4%). A PNS-2019 não apresenta dados sobre a atenção pós-parto. (IBGE, 2019).

² “Entende-se por morbidade decorrente da assistência obstétrica toda e qualquer perturbação de ordem física e psicológica que interfere diretamente ou indiretamente na vida social e afetiva das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto ocasionada por qualquer ação ou omissão na assistência” (WERNER; PONTES; BOURGUIGNON, 2016, p. 3).

³ A lista dos 16 trabalhos mencionados pode ser consultada no Apêndice A.

desrespeitos pelos quais passam as mulheres ao utilizarem serviços de assistência obstétrica, instigaram-nos a problematizar a atenção puerperal no Brasil.

Quais são as necessidades de saúde das mulheres no período pós-parto? Como a política pública prevê o atendimento às necessidades de saúde das mulheres no puerpério em nosso país? As ações previstas são suficientes e adequadas? A partir do esboço dessas indagações delineamos o **problema** central de nossa pesquisa: quais as condições de atenção à saúde das mulheres no período pós-parto no Brasil?

No problema de pesquisa a palavra condição remete à busca por compreender o estado atual em que se encontra a atenção pós-parto no Brasil. Nicola Abbagnano (2007, p. 170-171) define que a condição é “o que torna possível a previsão provável de um evento”. Este conceito, criado na Idade Moderna, foi forjado para distinguir da noção de causa, cujo sentido é a origem das coisas. O termo condição refere-se ao conjunto de possibilidades objetivas que interferem em um objeto, evento ou fenômeno.

Com base nesta compreensão, a presente tese tem como **objeto** as condições de atenção à saúde das mulheres no puerpério, no contexto das políticas públicas brasileiras de 2000 a 2019, período de vigência da política de humanização da assistência obstétrica e neonatal no Sistema Único de Saúde (SUS) e anterior à emergência da pandemia de Covid-19.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado no ano 2000, demarca a institucionalização da humanização da assistência obstétrica e neonatal como política pública federal (RATTNER, 2009). Esta política reconhece que as relações sociais⁴ de gênero constituem parte dos determinantes da saúde das mulheres, tendo em consideração que o discurso de exaltação da maternidade, hegemônico a partir do século XIX, “trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos” (BRASIL, 2001, p. 12).

Com base na leitura de Carrapato, Correia e Garcia (2017) e Albuquerque e Silva (2014), entendemos por determinantes da saúde os fatores que afetam e/ou influenciam a saúde de indivíduos e populações. Ao revisarem a literatura sobre determinantes da saúde, Carrapato, Correia e Garcia (2017) identificaram três categorias: determinantes ambientais, determinantes econômicos e determinantes sociais. Os determinantes ambientais constituem

⁴ As “relações sociais” são compreendidas, conforme Danièle Kergoat (2010, p. 95), como relações abstratas, “que opõem grupos sociais em torno de uma disputa”, expressas na forma de dominação, opressão e exploração. Distingue-se de “relações intersubjetivas”, que “são próprias de indivíduos concretos entre os quais se estabelecem”.

uma categoria que agrega os aspectos geográficos e climáticos que afetam o modo como se vive e trabalha, tais como a qualidade do ar e da água, gestão de resíduos, política energética, condições das habitações. Os determinantes econômicos estão relacionados ao modo de produção capitalista, que estrutura as relações sociais em classes antagônicas e gera desigualdades profundas no acesso a bens e serviços necessários à vida com dignidade; enquadram-se nessa categoria, o desempenho econômico do país/estado/município, políticas de emprego e distribuição de renda. Os determinantes sociais são àqueles relacionados historicamente aos processos de formação cultural, política e social de um povo ou país, estão vinculados à satisfação das necessidades diárias, como acesso à alimentação e nutrição saudável, saneamento, trabalho, segurança, educação.

Os determinantes da saúde afetam os grupos populacionais de modo distinto, tendo em vista a posição de (des)vantagem ocupada por segmentos populacionais em razão da condição de gênero, cor/raça, classe social. As políticas públicas operam como mediações dos determinantes da saúde, pois constituem intervenções com potencial para moldar os fatores ambientais, econômicos e sociais geradores de desigualdades, no sentido de promoção da equidade e garantia dos direitos humanos. Nesse aspecto, a política de humanização da assistência obstétrica e neonatal inovou ao estabelecer padrões mínimos de cuidados, pautados pela afirmação dos direitos humanos das mulheres e pela integralidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal.

Este programa [PHPN] apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. O objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. (BRASIL, 2001, p. 25).

Após vinte anos do lançamento dessa política, verifica-se que as necessidades de saúde das mulheres durante o puerpério ainda não são atendidas adequadamente, persistindo a fragmentação do cuidado entre o pré-natal e o período pós-parto e desigualdades no acesso aos serviços de saúde pelas puérperas. Este argumento apoia-se em um conjunto de pesquisas qualitativas e quantitativas que constata problemas nos serviços de atenção pós-parto (SOUZA *et al*, 2008; LAGO; LIMA, 2009; FRANCISQUINI *et al*, 2010; LANGLOIS *et al*, 2015; CORREA *et al*, 2017; LEAL *et al*, 2017; BARATIERI, 2020), a partir das quais elaboramos os seguintes **pressupostos** de pesquisa:

- Culturalmente, o puerpério é um período em que a mulher vivencia uma dimensão de invisibilidade, em que ela encontra pouco espaço para manifestação de seus conflitos mais íntimos e dos problemas que afetam a sua saúde física, emocional e mental.
- Esta dimensão também atinge os serviços de saúde, pois as unidades que prestam cuidados primários – responsáveis por realizar a consulta puerperal e a visita domiciliar – apresentam falhas no acolhimento e identificação das necessidades de saúde das mulheres, bem como dificuldades de articulação com outros serviços da rede assistencial para encaminhamento das demandas das mulheres.
- O modelo de atenção ao puerpério no Brasil prioriza a criança em detrimento da mulher. Esses problemas acontecem dentre outros motivos, em razão da ausência de indicadores de monitoramento da condição de saúde das mulheres após o parto, o que dificulta a gestão e o planejamento de ações de saúde para este segmento da população.
- Entende-se que no puerpério as dificuldades que enfrentam as mulheres são socialmente apagadas, tornam-se invisíveis diante da ideia de que o nascimento do bebê compensa todos os sofrimentos pelos quais passa a mulher. A representação social da mulher como sujeito “naturalmente” passivo se concretiza na ausência de espaços de acolhimento de suas necessidades, dificuldades e frustrações.

Assim, defendemos a **tese** de que a política de humanização, apesar das melhorias na atenção à saúde reprodutiva da população feminina, é insuficiente para atender as necessidades de saúde das mulheres no puerpério e combater as iniquidades no acesso e utilização dos serviços de atenção básica, responsáveis pela atenção pós-natal. De modo que os limites e fragilidades da política de humanização acentuam a invisibilidade da mulher no puerpério.

Diante dessas premissas, esta pesquisa tem como **objetivo geral** avaliar criticamente as condições de atenção à saúde das mulheres no puerpério no Brasil de 2000 a 2019. E, como **objetivos específicos**: a) compreender os significados atribuídos pelas mulheres ao puerpério e aos cuidados nesta fase; b) analisar dados sobre atenção puerperal no Brasil e suas iniquidades, disponíveis na pesquisa Nascer no Brasil, no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB e em outros estudos científicos; c) revisar o conhecimento produzido na área de avaliação em saúde sobre atenção pós-parto no Brasil; d) sistematizar uma reflexão teórica sobre avaliação da atenção puerperal, fundamentada na perspectiva feminista e crítica dos direitos humanos e da justiça reprodutiva, com ênfase na centralidade da mulher e para o fortalecimento da política de humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil.

A concepção de justiça reprodutiva que alinhava teoricamente a tese – desenvolvida nas obras de Loretta Ross e Rickie Solinger (2017) e Ross *et al* (2017) – coaduna-se à compreensão de que a proteção dos direitos humanos requer uma abordagem crítica (HERRERA FLORES, 2009) que considere a interseccionalidade entre gênero, cor/raça e classe (CRENSHAW, 2002; COLLINS; BILGE, 2021; GONZALEZ, 2020; HERRERA FLORES, 2005). E se alinha ao compromisso contra as iniquidades no acesso e na prestação de serviços de saúde, especialmente no que se refere às usuárias mulheres.

A justiça reprodutiva é um quadro contemporâneo de análise para o ativismo e para o pensamento sobre a experiência da reprodução. É também um movimento político que une direitos reprodutivos com justiça social para alcançar a justiça reprodutiva. A definição de justiça reprodutiva vai além do debate pró-escolha / pró-vida e tem três princípios básicos: (1) o direito a não ter um filho; (2) o direito a ter um filho; e (3) o direito a ter filhos em ambientes seguros e saudáveis. Além disso, a justiça reprodutiva exige autonomia sexual e liberdade de gênero para todo ser humano. No coração da justiça reprodutiva está o argumento: todas as pessoas férteis, todas as que se reproduzem e todas que se tornam mães/pais requerem um contexto seguro e digno para essas experiências humanas mais fundamentais. Atingir essa meta depende do acesso a recursos comunitários específicos, incluindo assistência à saúde, moradia e educação de alta qualidade, um salário mínimo digno, um ambiente saudável e uma rede de segurança para os momentos em que os recursos falham. O manejo seguro e digno da fertilidade, o parto e a parentalidade são impossíveis sem esses recursos. (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 9, tradução nossa)⁵.

Como pesquisadora engajada com a proteção dos direitos humanos, busca-se no referencial feminista um quadro analítico que forneça elementos para pensar como as assimetrias baseadas no gênero, cor/raça⁶ e classe – forjadas historicamente no Brasil pelo estatuto colonial (GONZALEZ, 2020; LUGONES, 2014) - repercutem nas vidas das mulheres e se manifestam no estado puerperal. As iniquidades sociais podem ser identificadas nas representações sobre a maternidade, nas estruturas patriarcais e coloniais que engendram

⁵ “Reproductive justice is a contemporary framework for activism and for thinking about the experience of reproduction. It is also a political movement that splices reproductive rights with social justice to achieve reproductive justice. The definition of reproductive justice goes beyond the pro-choice/pro-life debate and has three primary principles: (1) the right not to have a child; (2) the right to have a child; and (3) the right to parent children in safe and healthy environments. In addition, reproductive justice demands sexual autonomy and gender freedom for every human being. At the heart of reproductive justice is the claim: all fertile persons and persons who reproduce and become parents require safe and dignified context for these most fundamental human experiences. Achieving this goal depends on access do specific community-based resources including high-quality health care, housing and education, a living wage, a healthy environment, and a safety net for times when resources fail. Safe and dignified fertility management, childbirth, and parenting are impossible without these resources” (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 9).

⁶ Conforme Lélia Gonzalez (2020, p. 34-35), o racismo constitui uma construção ideológica e um conjunto de práticas de discriminação. O racismo opera “na articulação dos mecanismos de recrutamento para as posições na estrutura de classes e no sistema de estratificação social”, dispositivo de integração das relações sociais no capitalismo que colocam em desvantagem pessoas não brancas. A raça, portanto, é entendida como um construto social de estratificação das pessoas segundo a cor da pele que é “desfavorável aos não brancos”. Na tese, optamos pela denominação da categoria como “cor/raça”.

o modelo obstétrico intervencionista⁷ – hegemônico em nosso país -, nas práticas de assistência à saúde que tratam com discriminação mulheres negras e empobrecidas, na divisão sexual e racial das tarefas domésticas e dos cuidados da prole. A integração entre saúde, direitos reprodutivos e justiça social no quadro analítico da justiça reprodutiva pressupõe o fortalecimento de políticas públicas para a proteção e promoção dos direitos humanos.

Para explorar o objeto de pesquisa articulando essas perspectivas, opta-se pela triangulação como recurso metodológico. Segundo Ferreira, Schimanski e Bourguignon (2012, p. 135-137), foi a partir dos anos de 1950 que a ideia de combinar diferentes métodos e pontos de vista sobre um mesmo objeto começa a surgir nas ciências sociais, ganhando força nos anos de 1970. Segundo as autoras, a técnica da triangulação é uma demanda crescente no campo das políticas públicas para análise de programas sociais, possibilitando a abordagem interdisciplinar dos fenômenos estudados.

A triangulação foi empregada neste trabalho para combinar diferentes instrumentos de coleta de dados e de técnicas de análise, mesclando a abordagem qualitativa e quantitativa. Em razão das diferentes fontes utilizadas em nossa pesquisa, projetamos momentos distintos de análise qualitativa e quantitativa. Assim, optamos por dedicar um item em cada capítulo sobre os aspectos metodológicos pertinentes.

A triangulação como recurso metodológico para uma avaliação, conforme já referido, processa-se por meio do diálogo de diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores. [...] Na prática, observa-se que, em determinados momentos, as perspectivas analíticas de cunho quantitativo e qualitativo predominam sobre as qualitativas e vice-versa. Isto ocorre pelas exigências do processo de conhecimento, ou seja, sempre o melhor método é o que se adequa à reconstrução teórica da realidade. (GOMES *et al*, 2005, p. 199).

A abordagem qualitativa foi priorizada para caracterizar o período pós-parto e as necessidades das mulheres (Capítulo 1). “A pesquisa qualitativa busca respostas para questões que levem em conta como a experiência social é criada e como ela produz significado” (FERREIRA; SCHIMANSKI; BOURGUIGNON, 2012, p. 140). Em outras palavras, a abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão mais detalhada de significados e com as percepções dos sujeitos em seus contextos de vivência.

Esta perspectiva do objeto é complementada pelo enfoque quantitativo. “A pesquisa social quantitativa pode ser definida como uma das formas de representação dos fenômenos

⁷ A tese de Fabíola Rohden (2001) demonstra o desenvolvimento de uma medicina intervencionista no Brasil de caráter patriarcal. A instituição da medicina da mulher, sobretudo no século XIX, contribui para a assimilação da ideia que “o corpo feminino seria moldado para a gestação e para o nascimento”, e que “as características femininas refletiriam a missão passiva que a natureza reservara à mulher, além de uma predestinação à maternidade” (ROHDEN, 2001, p. 29-30).

significativos da sociedade, a partir de um conjunto de técnicas que permite medir e contar padrões e relações entre as características do objeto de pesquisa.” (CERVI, 2009, p. 135). Sob o enfoque quantitativo são analisados os dados coletados pela pesquisa Nascido no Brasil (LEAL; GAMA, 2014) sobre os níveis de percepção de dor após o parto (Capítulo 2) e os dados da avaliação externa dos três ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB; 2012; 2014; 2017) (Capítulo 4).

A revisão da literatura sobre avaliação da atenção pós-parto no Brasil foi empreendida utilizando técnicas mistas de coleta e análise. A abordagem quantitativa possibilitou construir um mapa da produção científica no período de 2000 a 2019 sobre a temática (BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA, 2021), bem como analisar dados sobre a cobertura da consulta puerperal no país a partir dos dados disponíveis em artigos científicos (Capítulo 3). O enfoque qualitativo, por sua vez, permitiu identificar como a categoria ‘direito’ é mobilizada nos estudos avaliativos e discutir a relação entre os direitos das mulheres com a trajetória da política de saúde no Brasil (Capítulo 5).

Considera-se que as múltiplas abordagens sobre as condições de atenção à saúde das mulheres no puerpério podem contribuir para a compreensão tanto dos sentidos atribuídos pelas usuárias quanto da racionalidade que permeia a construção e gestão das políticas públicas na área de saúde. A ordem dos capítulos a seguir corresponde à cronologia das etapas de pesquisa e está alinhada ao nosso referencial teórico-metodológico, que prioriza a pesquisa “de baixo para cima” (CRENSHAW, 2002; ROSS; SOLINGER, 2017; HERRERA FLORES, 2009).

Devemos, então, partir de uma reflexão que comece do ‘outro concreto’, dos seres humanos de carne e osso que lutam diariamente por satisfazer suas necessidades e saciar as suas carências. Somente desde esse outro concreto se poderão ir construindo as bases para chegar ao ‘outro generalizado’, isto é, ao ser humano como entidade global – humanidade – e como ser dotado de capacidade abstrata para lutar por sua particular concepção de dignidade humana. (HERRERA FLORES, 2009, p. 103).

Com este fundamento, a citação exprime o processo de tessitura desta tese. O trabalho tem como ponto de partida as experiências e percepções das mulheres sobre o puerpério, desenvolve a análise das ações que envolvem a atenção pós-parto no Brasil e da produção científica sobre a temática, propõe uma reflexão teórica que articula saúde, direitos e justiça reprodutiva na atenção puerperal.

CAPÍTULO 1 – DIMENSÕES (IN)VISÍVEIS DO PUERPÉRIO: REPRESENTAÇÕES DE MULHERES SOBRE O PERÍODO PÓS-PARTO

A subordinação interseccional exige uma estratégia que valorize a análise de baixo para cima, começando com o questionamento da maneira como as mulheres vivem suas vidas.

(Kimberlé Crenshaw)

A construção do objeto da pesquisa configura um processo que compreende a transformação de um fenômeno do universo consensual em um problema do universo científico (SÁ, 1998). Trata-se de um movimento de redução, que delimita - diante do caráter multifacetado do fenômeno social - os aspectos e dimensões com potencial de análise científica. O objeto da pesquisa constitui, portanto, uma derivação simplificada do fenômeno. No âmbito dos estudos sobre representações sociais, as etapas decisórias que envolvem a construção do objeto de pesquisa perpassam pelos elementos: objeto da representação, sujeito da representação e contexto sociocultural (SÁ, 1998).

Neste capítulo, o objeto da representação que se propõe investigar é o período pós-parto ou puerpério. O puerpério é uma fase do ciclo reprodutivo da mulher que se inicia logo após o parto, com a dequitação da placenta, e perdura - em termos fisiológicos - até que a mulher volte a menstruar. A duração do puerpério envolve diretamente a prática da amamentação, pois o aleitamento materno em livre demanda pode postergar a primeira menstruação após o parto (SOUZA *et al*, 2008). Além de ser uma fase de transformações corporais, o puerpério caracteriza-se como um período de intensa adaptação individual e familiar dos sujeitos envolvidos com o nascimento. Ao nascer o bebê, a mulher passa a ser identificada como mãe e a adequar sua vida para o desempenho desta função social. Assim, o nascimento torna-se um divisor nas vidas das mulheres no que se refere à constituição da própria identidade, em um processo muitas vezes conflituoso de autoidentificação com o ser mulher-mãe.

A decisão por focar as representações de mulheres justifica-se, entre outros aspectos, pela dependência que o bebê tem da mãe logo após o nascimento; pelo fato dos cuidados da prole recair predominantemente sobre as mulheres em nossa sociedade - assim como dos cuidados com o ambiente doméstico; pela problematização da maternidade como um lugar de conflito, potencializado pelas expectativas socialmente construídas sobre a mulher e sobre a mulher-mãe. Diante dos atributos sociais do puerpério, buscamos no estudo sobre as representações sociais a base teórica para a análise empreendida neste capítulo.

O puerpério é uma fase profundamente singular, influenciada por diversos aspectos - como o desejo e o planejamento da gestação, a assistência obstétrica, o contexto conjugal e familiar, a situação econômica - que o caracterizam como momento único para cada mulher, independentemente do número de filhos, pois cada experiência reprodutiva está vinculada a uma conjuntura específica. As novidades instauradas pelo nascimento no ambiente familiar começam a ser assimiladas no estágio puerperal. O processo de assimilação é permeado por representações sociais sobre maternidade, sexualidade, amamentação, concepções e práticas de cuidado, divisão das funções domésticas.

As representações sociais, de acordo com Maria Angela Paulilo (1999, p. 65), possuem uma função cognitiva, caracterizada pelo processo de familiarização da novidade. “As representações restabelecem o sentimento de continuidade, de volta às referências habituais, de retomada da capacidade de compreender o mundo; elas eliminam a sensação aflitiva de ruptura que o novo e o desconhecido desencadeiam”. Com o nascimento, um novo ciclo de vida se inicia para todos os envolvidos, que precisam construir estratégias de adaptação às novas necessidades pessoais e familiares em um processo de construção de sentidos sobre a relação que se estabelece com a criança, as funções de cada membro da família, reorganização das rotinas e rituais. Para Paulilo (1999, p. 69),

Representações sociais seriam, portanto, elaborações sócio-cognitivas e afetivas, enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo que contribuem para construir esta mesma realidade, dando assim sentido às práticas sociais. São interpretações e reinterpretações da realidade; são, em última instância, um processo de produção de sentido.

A produção de sentido é um “empreendimento coletivo”, segundo Mary Jane Spink e Benedito Medrado (1999, p. 41), resultante de processos interativos, em contextos históricos e culturalmente determinados, nos quais as pessoas “constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta”. As representações são formadas e modificadas nos processos interativos de busca de sentido às vivências cotidianas. Ao se depararem com algo novo, as pessoas buscam em sua memória aquilo que sabem para que possam orientar sua interpretação, comunicação e comportamento diante do objeto ou fenômeno. Além desta função social, conforme Paulilo (1999), as representações têm uma função afetiva, pois se materializam em esquemas de pensamento que protegem identidades sociais e coletivas, por meio de processos de absorção, distinção ou neutralização. Nesse aspecto as representações são definidas como saberes efetivamente praticados, modalidades

de pensamento prático detectáveis em comunicações e comportamentos sistemáticos (SÁ, 1998; 1999).

Conforme Claudine Herzlich (2005), a representação social atua na construção individual e coletiva da realidade, pois funciona como atividade organizadora dos processos de aquisição de conhecimento e ao mesmo tempo influi na produção de sentidos coletivamente partilhados. Para a autora, a teoria das representações sociais desenvolvida por Serge Moscovici articula a dupla influência da estrutura social e dos sujeitos sociais na construção da realidade.

Com base em seus estudos sobre saúde e doença, Herzlich (2005) defende que a análise das representações sociais possibilita identificar a interpenetração do biológico e do social, uma vez que a “interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social”. Não obstante o seu potencial analítico, a autora reconhece que há limites nesta abordagem teórica, afirmando que a representação social constitui uma dentre outras variáveis de construção da realidade.

Marcia Grisotti (2004) pontua os limites na noção de representação social como orientadora de condutas. A autora demarca a existência de lacunas entre pensamento e ação, e, por isso, propõe a distinção entre percepção e comportamento, baseada na classificação dos sistemas médicos elaborada por George Foster e Barbara Anderson em *Medical Anthropology*. Com finalidade analítica, os autores diferenciam o sistema da teoria da doença (*disease theory system*), constituído pelo conjunto de crenças sobre a saúde e os processos de adoecimento; e o sistema de atenção à saúde (*health care system*), que se refere ao modo de organização das práticas de cuidado, isto é, como o conhecimento é usado na assistência a indivíduos e coletividades. O primeiro, portanto, constitui o que se denomina de percepção, e o segundo constitui o que se denomina de comportamento. Essa distinção é útil, segundo Grisotti (2004, p. 238), porque percepção e comportamento não são sempre concomitantes e coerentes entre si: “isto é, um indivíduo pode perceber, de uma certa maneira, alguns aspectos da realidade, porém, isso não significa que seu comportamento, a partir dessa percepção, seja equivalente.” (GRISOTTI, 2004, p. 238).

O puerpério é uma fase em que os cuidados são realizados majoritariamente no ambiente doméstico, mediante a ativação de conhecimentos partilhados geracional e comunitariamente, ora convergindo ora confrontando o sistema médico oficial. Sob esse aspecto, os conhecimentos advindos do sistema médico mesclam-se e são tensionados com os conhecimentos familiares e comunitários sobre o puerpério, gerando percepções e comportamentos nem sempre congruentes.

Arthur Kleinman (1978) ajuda a compreender as diferenças entre as configurações institucionais/profissionais e as práticas familiares e comunitárias nos cuidados em saúde. O sistema institucional/profissional tende a produzir concepções sobre saúde/doença de forma técnica, objetiva, despersonalizada, circunscrita a uma elite profissional, com discurso de autoridade – o que na língua inglesa é comumente associado à palavra *disease*. Por sua vez, o sistema familiar/comunitário oferece concepções de saúde e doença subjetivas, permeadas pelos problemas do cotidiano, relacionadas às crenças e tradições, voltadas à dimensão do bem-estar e das experiências – o que na língua inglesa está associado à palavra *illness*. O sistema de cuidado como um todo é formado pela conjunção dessas duas esferas.

Cada sistema, segundo Kleinman (1978), produz modelos explicativos, com idiomas próprios para reconhecimento e justificação das experiências de saúde/doença. A satisfação ou insatisfação das pessoas para com o cuidado ocorrem nas transações entre esses modelos explicativos, o que pode ocasionar ruídos de comunicação que se refletem no inadequado atendimento clínico para as necessidades individuais, em conflitos e na discrepância de poder entre os envolvidos. Kleinman (1978, p. 87) aduz que nas sociedades modernas, com o aumento da especialização do conhecimento e a diferenciação dos papéis sociais, ocorrem conflitos entre profissionais e usuárias(os) dos sistemas de atenção à saúde. O que ele denomina de “iatrogênese cultural” evidencia-se nas situações em que há divergência entre os objetivos terapêuticos dos cuidadores e das usuárias(os) dos serviços de saúde, de tal forma que as concepções e as práticas de cuidado ocasionam sofrimento.

A partir dessas considerações, este capítulo apresenta as percepções e comportamentos manifestos sobre a experiência puerperal - especialmente sobre as modificações no corpo da mulher, a sexualidade, a maternidade, a amamentação e as práticas de cuidado -, com base em entrevistas qualitativas semi-estruturadas com 21 mulheres atendidas em serviços obstétricos do município de Ponta Grossa-PR de 2015 a 2017. A análise dos depoimentos identificou três categorias atinentes ao período pós-parto: a mulher, a mulher e o bebê, a mulher e sua rede de cuidados.

1.1 REPRESENTAÇÕES FEMININAS SOBRE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM PONTA GROSSA: CONTEXTO DA PESQUISA

Este capítulo utiliza como fonte as entrevistas realizadas para o projeto de pesquisa “Representações Femininas sobre morbidade materna e infantil em decorrência da assistência ao parto e nascimento em Ponta Grossa-PR”. O projeto, executado pelo “Núcleo de Estudos e

Pesquisas Interdisciplinares em Saúde Reprodutiva, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos”, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), foi coordenado pela professora doutora Rosiléa Clara Werner e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPG sob o parecer nº. 1.617.352/2016 (WERNER, PONTES, BOURGUIGNON, 2016).

O Núcleo de pesquisa condutor do projeto compôs-se de estudantes de graduação e de pós-graduação com formação em Serviço Social, Jornalismo, Letras, Biologia, Direito. Tendo em vista a heterogeneidade do grupo, na primeira etapa do projeto foram realizadas atividades de estudo e de preparação para a pesquisa de campo. Três entrevistas-piloto possibilitaram a adequação do roteiro de perguntas e calibração da equipe de entrevistadoras. A autora desta tese participou de todas as etapas de planejamento e execução da pesquisa.

1.1.1 Metodologia de coleta e análise

O acesso aos sujeitos ocorreu por meio da técnica da bola de neve (*snowball*). De acordo com Juliana Vinuto (2014), esse tipo de amostragem não probabilística é útil em pesquisas qualitativas quando não há certeza sobre o número de participantes do estudo, quando as questões abordam temas sensíveis que envolvem a privacidade dos sujeitos, ou ainda quando há dificuldades de acessar os potenciais participantes. A execução da técnica ocorreu a partir do contato com informantes-chave e com o lançamento de vídeos curtos de divulgação, denominados de “sementes”, para localização de mulheres com potencial de participação.

Neste tipo de amostragem, a principal vantagem está na indicação da entrevistada por alguém de sua rede de confiança, o que facilita o acesso e minimiza o constrangimento quando não há interesse em participar da pesquisa, fato que se confirmou no decorrer do processo. A desvantagem está na possível participação de sujeitos vinculados a uma mesma rede de contatos, com discursos e argumentos similares (VINUTO, 2014). Para superar esta limitação, procurou-se contatar informantes-chave de bairros diferentes da cidade a fim de contemplar usuárias de serviços distintos de atenção obstétrica, tanto do setor público como do privado.

A etapa de entrevistas aconteceu de março a setembro de 2017. O local do encontro era escolhido pelas participantes e a maior parte optou pela própria residência. Todas as entrevistas foram realizadas por duas integrantes da equipe, com o intuito de que uma pesquisadora pudesse manter o contato visual com a entrevistada e outra pudesse dar o suporte, se necessário, com os cuidados de bebês e crianças que estivessem com a mãe. A

segunda entrevistadora também tinha o papel de observar o roteiro da entrevista e complementar com perguntas.

O roteiro contemplava as seguintes unidades temáticas: gestação e a assistência pré-natal; trabalho de parto, parto e assistência hospitalar; nascimento; pós-parto e amamentação. Para esta tese, foram selecionados os trechos da última unidade temática. Em nenhum momento o tema violência obstétrica foi abordado pelas entrevistadoras para não induzir respostas. As entrevistas foram conduzidas de modo a instigar as mulheres a relatarem suas experiências com palavras de estímulo, por exemplo: “e como foi depois do parto?”.

Sobre o processo de entrevistas, é importante mencionar também que duas psicólogas voluntárias foram agregadas ao grupo para disponibilizar atendimento gratuito às participantes que desejassem. Isso porque havia a preocupação de que as participantes recebessem atenção adequada, caso algum tipo de sofrimento fosse despertado pelas memórias ativadas nas entrevistas. A oferta de atendimento psicológico ocorria logo no início da entrevista, e o contato das psicólogas voluntárias foi entregue às participantes para livre contato. Nenhuma participante procurou o atendimento. Entretanto, uma mulher que identificou ter sofrido violência obstétrica, mas que não quis ser entrevistada, entrou em contato com o grupo em busca de atendimento psicológico especializado e foi atendida gratuitamente.

As participantes da pesquisa foram mulheres, com no mínimo 18 anos de idade, cujo parto, vaginal ou cesariana, aconteceu no município de Ponta Grossa⁸, Paraná, nos anos de 2015, 2016 e 2017. Os últimos três anos se justificam pelas memórias ainda recentes sobre as experiências vividas durante a gestação, o parto e o nascimento. Além disso, no cenário local, o período demarca uma conjuntura de transformações na rede de serviços obstétricos que culminaram no fechamento de uma maternidade privada, conveniada ao Sistema Único de Saúde, referência para baixo risco. As demandas foram transferidas para uma nova maternidade plenamente gestada e financiada pelo poder público, inaugurada em maio de

⁸ O município de Ponta Grossa está situado na mesorregião Centro-Oriental do Paraná, distante 117 km da capital Curitiba. Criado em 15 de setembro de 1823, a história do município está ligada aos “ciclos econômicos do tropeirismo, erva-mate e madeira que formaram a base da produção estruturada em grandes latifúndios.” (IPLAN, 2018, p. 76). Atualmente, tem uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes, a quarta maior do Paraná. Caracteriza-se como capital da região dos Campos Gerais do Paraná, que agrega mais de 1 milhão de habitantes. Registros do primeiro Censo, datado de 1850, indicam que 62,3% da população eram considerados de cor/raça branca e 37,7% caracterizados como de cor/raça não branca. Destes, 92,6% encontravam-se na condição de escravidão (HOLOWATE, 2015). Dados extraídos do último Censo, em 2010, indicam que a maior parte da população identifica-se como de cor/raça branca (78,66%), seguida minoritariamente da cor/raça parda (17,99%), preta (2,70%), amarela (0,48%) e indígena (0,17%). Há uma concentração da população no meio urbano (97,79%), acima da taxa de urbanização média do estado (85,33%), sendo que 81,3% das habitações possuem esgotamento sanitário adequado. O município apresenta IDH-M alto (0,763), 15ª posição no estado, e Índice de Gini de 0,54, 32ª posição no estado, de um total de 399 municípios.

2016. Esta conjuntura foi permeada por discussões e debates nos jornais locais e na Câmara Municipal de Vereadores sobre a qualidade dos serviços obstétricos prestados na cidade (BOURGUIGNON; WERNER; PONTES, 2018; 2021).

O cenário obstétrico também passou a ser tensionado com a presença de doulas⁹. Em 2015, houve a aprovação de uma lei municipal que dispõe sobre o acompanhamento de doulas durante o parto nos hospitais localizados no município (PONTA GROSSA, 2015). No ano de 2017, aconteceu o primeiro curso de capacitação de doulas, inteiramente gratuito, ofertado pela maternidade pública local.

Todos os partos relatados ocorreram em instituições hospitalares. A etapa de entrevistas foi encerrada mediante a constatação de que mulheres com vários níveis de escolaridade foram contempladas na pesquisa; com relatos de parto referentes a todas as cinco maternidades em funcionamento no período; e proporcionalidade entre o número de partos normais e cesáreas da pesquisa em relação ao contexto epidemiológico local. Ponta Grossa¹⁰, no ano de 2015, teve 46,97% de partos normais (PONTA GROSSA, 2017) e a proporção de entrevistadas que tiveram parto normal foi de 47,6%.

Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra, por meio de gravador digital de voz, com a anuência das participantes registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao total foram gravadas 11 horas, 27 minutos e 42 segundos de áudio. A maior entrevista durou aproximadamente uma hora e a menor, 15 minutos. Todos os depoimentos foram transcritos na íntegra, gerando 311 páginas. A etapa de transcrições terminou em junho de 2018. Nomes de pessoas e de instituições foram excluídos do texto, com vistas à preservação do anonimato.

Para o tratamento dos depoimentos, foi utilizada a análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicações, cujo objetivo é descrever o conteúdo da mensagem por meio de procedimentos sistemáticos (BARDIN, 2016). Na etapa de pré-

⁹ A doula, cujo trabalho está reconhecido na Classificação Brasileira de Ocupações, geralmente é uma mulher que vivenciou a experiência da maternidade e que recebeu uma capacitação para prestar apoio físico e emocional durante a gestação, parto e puerpério.

¹⁰ Dados de 2016 relativos à assistência obstétrica em Ponta Grossa indicam que 98,0% das mulheres iniciou o pré-natal em até 12 semanas de gestação e 84,9% das gestantes fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, percentual similar aos 83,2% verificados no Estado do Paraná naquele ano (PARANÁ, 2017). No município, a distribuição dos nascimentos segundo a idade da mãe mostra que 16,6% das mulheres tinham de 10 a 19 anos, 69,9% estava na faixa dos 20 aos 34 anos e 13,5%, com 35 anos ou mais. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) registrada em 2015 em Ponta Grossa foi de 55,8 e, em 2016, 31,3. No Paraná, respectivamente, a RMM foi 51,6 e 47,1. Comparativamente com a RMM nacional, município e estado tiveram RMM inferior nos dois anos de referência. Contudo há maior diferença no ano 2016, quando o Brasil teve RMM de 58,3. (PARANÁ, 2020). As informações sobre a assistência obstétrica em Ponta Grossa foram consultadas no Plano Municipal de Saúde 2018/2021 (PONTA GROSSA, 2017).

análise, procedeu-se à leitura de todas as entrevistas e a separação em arquivo específico da parte correspondente ao período pós-parto. Na fase de exploração, foram realizadas sucessivas leituras do *corpus* e organização das entrevistas por palavras-chave, designadas de unidades de registro ou de codificação: amamentação, dor, cuidado, violência obstétrica, arrependimento, etc. Mediante o trabalho de aproximação temática, as unidades de registro foram reorganizadas em categorias e subcategorias, compondo as chamadas unidades de contexto (BARDIN, 2016), conforme disposto no quadro abaixo.

Quadro 1.1 - Categorias e subcategorias

CATEGORIAS/DIMENSÕES	SUBCATEGORIAS
A mulher	Corpo Retorno às atividades sexuais Frustrações e ambivalências
A mulher e o bebê	Primeiras mamadas Regulação da produção de leite Ajuda para amamentar
A mulher e sua rede de cuidados	Cuidados profissionais Falta de cuidado Cuidados familiares

Fonte: A autora.

1.1.2 Perfil das entrevistadas

O quadro 1.2 caracteriza o perfil das 21 mulheres entrevistadas, sendo 12 de cor/raça branca e 9 não brancas, a maioria contou a história de sua primeira gestação (12), tinha Ensino Médio Completo (11), fez o pré-natal no serviço público (13), teve a gestação classificada como de baixo risco (16) - embora a cesariana tenha sido a via de parto mais recorrente (12) - e recebeu assistência ao parto em hospital vinculado ao setor público (15) - englobando tanto a maternidade pública quanto hospitais privados conveniados ao Sistema Único de Saúde. Duas entrevistadas eram imigrantes oriundas de país da América do Sul, mas que foram assistidas majoritariamente no município mencionado.

As entrevistas oferecem anseios e dificuldades presentes no ciclo-gravídico puerperal da maioria das mulheres brasileiras. Com maior interesse para esta pesquisa, elas ajudam a caracterizar o período pós-parto, a identificar como as dificuldades e dores deste período são

invisibilizadas socialmente, e a chamar atenção para a necessidade de pensar a saúde da mulher em sua integralidade. Ao expor esses relatos, busca-se entender representações, considerando as manifestações sobre as lacunas, as falhas e as possibilidades para uma assistência que entenda as mulheres e o puerpério em sua multidimensionalidade.

Quadro 1.2 - Identificação das entrevistadas

Nome ¹	Cor	Idade	Escolaridade	Número Gestações	Pré-Natal	Risco Gestacional	Via de Parto	Fonte de Pagamento do Parto
Ana	Branca	30	ESI	1 ^a	Privado	Alto	Cesárea	Privado
Anita	Preta	22	EM	2 ^a	Público	Baixo	Cesárea	Público
Bertha	Parda	36	EFI	5 ^a	Público	Baixo	Vaginal	Público
Cândida	Preta	21	EM	1 ^a	Público	Alto	Cesárea	Público
Carlota	Branca	22	ESC	1 ^a	Público	Baixo	Vaginal	Público
Celina	Branca	26	ESC	1 ^a	Privado	Alto	Cesárea	Privado
Cora	Branca	19	ESI	2 ^a	Privado	Baixo	Vaginal	Público
Helena	Amarela	24	ESC	1 ^a	Privado	Baixo	Cesárea	Privado
Julia	Preta	21	EM	1 ^a	Público	Alto	Cesárea	Público
Laudelina	Branca	26	ESC	1 ^a	Público	Baixo	Vaginal	Público
Leila	Branca	24	ESC	2 ^a	Misto	Baixo	Vaginal	Público
Maria	Branca	31	EM	4 ^a	Público	Alto	Cesárea	Público
Marta	Parda	30	ESI	1 ^a	Misto	Baixo	Vaginal	Privado
Nise	Branca	36	ESC	2 ^a	Público	Baixo	Cesárea	Público
Patrícia	Parda	22	EM	1 ^a	Misto	Baixo	Vaginal	Público
Rita	Branca	35	ESC	1 ^a	Público	Baixo	Vaginal	Público
Rose	Branca	24	ESI	1 ^a	Público	Baixo	Vaginal	Privado
Simone	Parda	21	-	1 ^a	Público	Baixo	Cesárea	Público
Tarsila	Branca	21	EM	2 ^a	Público	Baixo	Cesárea	Privado
Virgínia	-	33	ESC	1 ^a	Público	Baixo	Cesárea	Privado
Zilda	Branca	32	EFI	5 ^a	Público	Baixo	Vaginal	Público

¹ A fim de preservar o anonimato das entrevistadas, todos os nomes são fictícios.

Legenda - EFI – Ensino Fundamental Incompleto; EFC – Ensino Fundamental Completo; EM – Ensino Médio; ESI – Ensino Superior Incompleto; ESC – Ensino Superior Completo.

Fonte: A autora

1.2 A MULHER

Não é com saudade que as mulheres contam sobre a experiência do puerpério. É uma fase de mudanças corporais, de sentimentos contraditórios e emoções afloradas. Cada mulher atravessa um percurso de adaptações, de reconhecimento de si, do seu corpo, de seus sentimentos, de seus projetos de vida. O modo como elas, em um processo de avaliação, falam de si organiza significados e coloca suas vivências em diálogos com dimensões sociais que atravessam as individualidades, conectando situações singulares à universalidade do puerpério. Os relatos aqui apresentados mostram percepções comuns a muitas mulheres sobre o período pós-parto e que encontram ressonância na literatura especializada.

O puerpério é uma continuidade do parto, pois as contrações uterinas continuam após o nascimento do bebê e a dequitação da placenta. As contrações puerperais são sentidas a cada mamada e indicam que o útero está voltando ao seu tamanho original. Semelhantes a fortes cólicas menstruais, são mais doloridas logo após o parto, tornando-se mais brandas com o passar do tempo (BALASKAS, 2015). Tais contrações foram relatadas por Bertha [36 anos, parda, ensino fundamental incompleto, cinco gestações, parto vaginal]: *“Fiquei com cólica depois que ganhei, bastante cólica. Uma cólica que parecia que ia ganhar outro bebê. Deram uns comprimidos que não adiantaram nada. Acho que era sujeira do parto assim, que eu ia no banheiro e caía um negocinho. Acho que isso que me dava cólica”*. A “sujeira do parto” mencionada pela entrevistada, denominada de lóquios, é o sangramento uterino que dura até a completa recuperação do útero (BALASKAS, 2015), e ocorre independentemente do tipo de parto por aproximadamente quatro semanas.

A representação do sangue uterino como “sujeira” remete a escritos bíblicos do antigo testamento que descrevem o sangue feminino como impuro. Segundo a historiadora Ana Paula Martins (2004), a associação da “mulher que sangra” com as ideias de impureza e incapacidade também está presente no discurso médico do século XIX. Mesmo com a descoberta do mecanismo de ovulação nos mamíferos naquele século, o discurso médico atribuía à natureza feminina uma debilidade inescapável, determinante do papel das mulheres na sociedade. Assim, a nascente medicina da mulher chancelava a assimetria entre homens e mulheres. A representação do sangue uterino como impureza e incapacidade, conforme Martins (2004), ainda se encontra ativa e possui aceitação tanto no discurso médico como na cultura popular. As representações sociais, de acordo com Paulilo (1999), possuem elementos do passado que continuam reverberando na vida individual e coletiva no presente e nos projetos para o futuro.

As dores e incômodos não se restringem a processos de involução do útero. Durante o parto, o períneo pode sofrer pequenas escoriações, roturas espontâneas e episiotomia¹¹, o que causa a sensação de machucadura, ardência ao urinar e dificuldades de movimentação no pós-parto (BALASKAS, 2015). A queixa em relação às dores no períneo é comum às entrevistadas que tiveram parto vaginal. Das nove mulheres, oito relataram algum nível de desconforto ou dor no períneo ou vagina, incluindo dores para urinar e evacuar.

Para Marta [30 anos, parda, ensino superior incompleto, primeira gestação], que teve uma laceração espontânea e levou ponto, *“na hora de urinar doeu um pouquinho, mas é que também foram dois dias só, já saiu o ponto”*. Para Patrícia [22 anos, parda, ensino médio, primeira gestação] a dor foi mais intensa: *“Eu fiquei umas duas semanas sem encostar lá, eu não encostava assim. Eu ia tomar banho, eu só passava um lencinho, mas sem encostar. Eu tive muita dor, muita queimação lá embaixo, [...] e usei sim por um tempo uma pomada. [...] Fazer xixi era uma tortura”*. Além da dor para urinar, Rose [24 anos, branca, ensino superior incompleto, primeira gestação] disse que “não tinha coragem” de evacuar: *“Fiquei quase um mês sem fazer cocô. Xixi ardia bastante, mas o cocô que foi nossa, não conseguia. Dizem que é normal por causa da força”*. Rita [35 anos, branca, ensino superior completo, primeira gestação], quase três meses após o parto com fórceps, relata que: *“foi um parto muito difícil. E eu fiquei com muitos pontos, por fora, por dentro. Então, assim com uma fralda. Muito difícil caminhar, ir ao banheiro. Estou muito melhor. Eu fiquei com algumas hemorroidas. Terrível, pelo trabalho tão forte. Então isso ainda não curou”*.

Na cesárea, o foco da dor é a incisão cirúrgica. Dentre as doze entrevistadas que fizeram cesárea, metade afirmou sentir algum nível de dor abdominal. Cora [19 anos, branca, ensino superior incompleto, segunda gestação] disse que teve dificuldades para evacuar: *“Nossa, eu fiquei meses sofrendo por isso. Mas eu acho que a primeira vez foi com uma semana que eu fui conseguir ir ao banheiro e foi, tipo, muito sofrido. Meu Deus, foi super difícil, me entupi de fruta e fui tentando, mas foi bem difícil, foi bem difícil, essa questão”*. Anita, por sua vez, [22 anos, preta, ensino médio, segunda gestação] contou: *“Tenho dor, assim, bastante no abdômen, na parte de baixo assim, bem perto da cesárea. A minha cesárea fez uma queloide do lado, porque ele costurou duas vezes. [...] Porque eu sinto que ela tem*

¹¹ A antropóloga Sheila Kitzinger (1996, p. 134) define a episiotomia (incisão cirúrgica no períneo) como “uma mutilação ritual porque tem que passar a maioria das mulheres na nossa sociedade, a fim de serem mães. Embora seja evidente que algumas mulheres precisem desta intervenção e que alguns bebês têm de nascer depressa, a episiotomia de rotina [...] é efetuada por ser o obstetra que comanda o parto e porque ele quer o trabalho acabado tão rápida e eficientemente quanto possível, sem perder tempo nem confiar nos caprichos da natureza, ou dos ritmos biológicos que não se conjugam com os horários hospitalares”.

um relevo bem alto. Mas eu tenho bastante dor na barriga". Além da dor, Maria [31 anos, branca, ensino médio, quarta gestação] relatou inchaço no baixo ventre: *"Todo mundo fala que é por causa de fazer cesárea e laqueadura junto. Na hora que eu faço força demais no serviço dói demais a parte da minha barriga e até tinha saído uns 'pelote', sabe. [...] aqui na parte da cesárea mesmo, aqui essas partes assim, tem dia que ela [...] fica inchada"*. Ana [30 anos, branca, ensino superior incompleto, primeira gestação] reclamou que a dor nos pontos da cesárea perdurou mais de um ano: *"É muita dor na cesárea. Eu acho que a minha cicatrização demorou muito. [...] Até hoje, que o meu bebê já está grande, pula em cima da gente, ele tem um ano e um mês, ele já pula em cima da gente. Dependendo do pulo, pezinho pega ali, dói, sabe"*.

As mulheres com cesariana também referiram dificuldades para se levantar e deitar, caminhar, cuidar do bebê, cuidar de si mesmas. Para Celina [26 anos, branca, ensino superior completo, primeira gestação] *"era horrível para levantar da cama, levantar para amamentar"*. Virgínia [33 anos, ensino superior completo, primeira gestação] corrobora essa impressão: *"minha casa tem escada, eu não descia lá para baixo operada, porque eu não tive ponto, o meu foi só a fita intradérmica, então não podia fazer esforço"*. Tarsila [21 anos, branca, ensino médio, segunda gestação], cuja filha ficou na UTI Neonatal, disse: *"a mãe podia ficar toda hora, só que como eu estava sozinha e estava com a cirurgia recente, eu ficava só no horário de visita, ficava só uma hora"*. A fraqueza após a cesárea foi relatada por Ana: *"Logo depois do parto eu me senti muito fraca, muito, muito fraca. [...] Já fazia oito dias da cirurgia, eu achei que eu estava bem e fui tomar banho sozinha. E, lá na minha casa, eu desmaiei no banheiro, porque eu ficava o tempo todo deitada ou sentada"*. Diante das limitações impostas pela cirurgia, as mulheres demandaram cuidados diários após a cesárea, cujas especificidades serão tratadas em tópico específico.

Em razão das dores relatadas, seja no períneo ou no abdômen, algumas mulheres contaram que precisaram de tempo para retornar às atividades sexuais. A relação sexual foi abordada por oito entrevistadas, dentre elas Rita: *"Isso é muito difícil, a relação sexual. Ela é muito pequena, tem dois meses e uma semana. E como o parto deixou tantas feridas, então a recuperação é lenta"*. Marta, em contraste, declarou: *"Eu acho que esperei os quarenta dias para relação sexual. Mas na primeira vez eu não tive nenhuma dificuldade"*. Tanto Rita como Marta passaram pela experiência do parto vaginal, a diferença é que a primeira teve um parto à fórceps que interferiu na recuperação de seu períneo, e a segunda teve um parto com laceração espontânea. Leila [24 anos, branca, ensino superior completo, segunda gestação] que teve um parto vaginal sem intervenção, afirmou que sua primeira relação sexual, que

aconteceu depois dos quarenta dias, “foi extremamente tranquila, assim, foi diferente, mas foi tranquila, e daí para depois também”. Outras afirmaram que demorou algum tempo para se interessarem por sexo. É o caso de Carlota [22 anos, branca, ensino superior completo, primeira gestação]: “acho que eu voltei a fazer uns dois meses depois que eu já estava mais à vontade, porque antes eu não queria, não estava ligando muito”. Para Ana, tanto o interesse levou mais tempo quanto o prazer na relação:

Relação sexual demorou um tempo para voltar a ser como era antes. Primeiro, porque demorou um tempo para eu me interessar de novo. E, depois, levou um tempo para voltar a ser como era antes. Eu diria que depois, um bom tempo. Eu diria que depois de um ano para voltar a ser prazeroso.

Pesquisa qualitativa com quinze mulheres, de autoria de Cleci Enderle *et al* (2013), indica que o tipo de parto não interferiu no tempo de retorno à atividade sexual. As entrevistadas alegaram o receio de engravidar, medo de sentir dor, o respeito à quarentena de resguardo, falta de interesse, vergonha em relação ao próprio corpo. Assim, a retomada da atividade sexual após o parto envolve mecanismos fisiológicos, como a produção de hormônios e a recuperação do períneo e do abdômen, bem como aspectos emocionais e afetivos relacionados à satisfação com a experiência do próprio parto, à adaptação do casal às novas funções parentais, os cuidados dispensados à mulher para que possa descansar e se cuidar, ansiedade ou preocupação com o bebê (ENDERLE *et al*, 2013).

Ainda que haja uma pressão social para a satisfação com a experiência do parto, das doze mulheres que fizeram cesárea, cinco sentiram-se frustradas. Nos relatos, há convergência quanto às diversas formas de preparação para o parto normal, por meio da busca de informações, trocas de experiências, exercícios físicos, alimentação controlada, procura por profissionais, com vistas a ampliar a capacidade de decisão sobre o processo do nascimento. Entretanto, há também em comum nos relatos o poder de convencimento médico sobre a necessidade da cesárea e a, posterior, dúvida quanto à sua justificativa. Entre o desejo de ter a experiência do parto vaginal e a dúvida sobre os reais motivos da cesárea - ou a forma como a cirurgia foi realizada - surge o espaço da frustração.

A frustração é definida por Álvaro Cabral e Eva Nick (2006, p. 135-136) como um “Estado afetivo e (ou) emocional resultante de uma resistência, impedimento, contrariedade, decepção ou fracasso. [...] É produzida pela intervenção no comportamento motivado de um organismo ou pelo bloqueio desse comportamento.” Como resposta a um estímulo, a frustração pode ser produzida por demora, contrariedade e por conflito, e pode se manifestar em comportamentos agressivos, retraimento, fuga, regressão, entre outros. Nas entrevistas, a

forma como o desejo frustrado repercutiu no pós-parto foi diferente para cada uma das mulheres.

Tarsila, que teve a experiência do parto normal em sua primeira gestação, também preferia este tipo de parto. Entretanto, com 32 semanas, teve uma intercorrência e precisou de uma cesárea de emergência. Por isso, ela afirma que a dor que sentia era dobrada, a dor da cirurgia somada à frustração do parto em momento e formato imprevisto.

O único problema é que eu sentia muita dor porque dói mesmo. É que nem a psicóloga lá do hospital me falava, dói, mas não era a dor que eu sentia que dói, era por causa do meu psicológico que estava no parto normal. Eu tinha trabalhado para ganhar normal, aí como veio a cesárea já bagunçou tudo e a dor era dobrada.

Helena [24 anos, amarela, ensino superior completo, primeira gestação, cesárea] idealizava um parto domiciliar planejado, creditou as dificuldades que teve no processo de amamentação e o desmame precoce de seu filho ao fato de não ter vivido o parto que sonhou. Ao chegar às 42 semanas de gestação, Helena não entrou em trabalho de parto, por isso não teve o parto domiciliar para o qual se preparou, e acabou se submetendo à cesárea mediante grande pressão de seu médico obstetra, que recusava a possibilidade do parto normal no hospital.

[...] Ele falou: “Ó, Helena, porque eu não concordo com esse parto, eu acho que você tem que fazer cesárea”. E ele falou assim: “Isoladamente nenhum desses problemas seria indicação, mas ele falou: “são todos juntos entende, há um risco da circular no cordão, há o risco da diminuição do líquido, há o risco da cardiotoco que deu alterada. Então, assim, ele falou: “são três fatores juntos não é um ou outro”. Ele falou: “então eu não vou fazer, se você quiser continuar e ir fazer, arriscar em plantonista, ele falou: “é uma opção tua, ele falou: mas eu me recuso a fazer teu parto”.

Em seu relato, Helena avaliou que a cesárea foi a melhor opção, pois o parto induzido lhe proporcionaria uma experiência medicalizada, com o risco de episiotomia, fórceps e outras intervenções pelas quais ela não queria passar. A frustração de Helena foi não ter visto o seu bebê nascer. Este era um rito de passagem importante para ela.

Eu esqueci de falar do campo¹², porque é um momento assim que você... é uma transição eu acho, você vê ele saindo de você, independente de ser pelo canal vaginal ou pela cesárea e foi uma transição que eu não tive, entende. Você vê o bebê do teu lado ali, mas você não vê ele saindo do teu corpo e isso foi uma coisa que eu me arrependi de não ter falado e não sei se meu pedido teria sido atendido ou não. E essa parte da amamentação e eu acho que no centro cirúrgico mesmo, porque ele fica um tempo ali, eles limpando e tudo e ele podia estar mamando, nesse tempo. [...] Então, pode ter sido isso, pode ter sido a influência da frustração do parto, enfim, depois eu até fiquei pensando nesse processo, da transição que eu

¹² Campo é um tecido cirúrgico utilizado na cesárea que impede a parturiente de visualizar a cirurgia e a retirada do bebê.

falei, da transição de ver o bebê sair de mim, que eu queria ver e eu não vi, se isso pode ter influenciado na questão da amamentação, sabe. De ele não ter vindo direto para o meu seio, tudo isso.

Julia [21 anos, preta, ensino médio, primeira gestação], apesar da dúvida que paira sobre a necessidade de cesárea, fez uma licença elogiosa a sua médica para, em seguida, criticar a sensação de falta de incentivo para o parto normal que sentiu durante o pré-natal, atribuindo este comportamento a toda a categoria profissional. Ela relatou em longa conversa que gostaria muito de saber se seu corpo estava apto a parir e que gostaria de tentar viver esta experiência:

Eu até comentei com elas [grupo de rede social] que eu adoro, amo, a minha médica, amei ela. Mas a única coisa que eu acho que falta em todos os médicos é, assim, um incentivo ao parto normal, que eu desde o início queria. Ela falava todo mês: “espera” e tudo o mais. Só que assim, eu não sei até hoje se realmente o que eu tinha - as varizes pélvicas - se realmente não podia ter. Ela falou que podia estourar na hora da força, falou com as palavras técnicas dela, e aí poderia ter uma hemorragia. Mas até hoje eu fico assim. Eu sei que a bebê veio do modo que ela tinha que vir, mas eu fico... sabe assim? Eu vejo tantos casos de mães que tentam até o final, tentam, tentam e conseguem. O bebê estava na posição, encaixadinha, estava tudo certo. Aí, só isso que eu fico assim, deixou a desejar, porque eu queria muito ter parto normal e eu não tive. [...] Então, eu queria ter tentado, eu queria ter sentido as dores, eu queria ter, sabe que, queria ter passado por esse momento, mas não pude, não pude.

No mesmo sentido, Ana não atribui a sua médica a responsabilidade pela decisão sobre a cesárea. Ela acredita que as mulheres devem estar preparadas “psicologicamente”, seja para um desfecho distinto do planejado seja para tomar uma atitude diferente em relação à decisão médica. Ao longo de sua entrevista, Ana contou que praticou hidroginástica a gestação inteira, que – por iniciativa própria - pesquisou e leu sobre o parto normal, e que a cesárea não estava no seu horizonte. Embora a médica a desencorajasse dizendo: “Nossa, você quer parto normal? Tem certeza? Você é corajosa e tal”, ou então dizia que iria conversar sobre o parto “mais para frente”. A decisão pela cesárea tomada pela médica foi recebida como “um susto” por Ana, que não conseguiu “discutir ou repensar alguma coisa”. Essa breve contextualização da gestação e do parto de Ana permite mostrar o percurso entre as expectativas construídas para o parto e a frustração sentida no puerpério, que repercutiu sobre o início da relação de Ana com seu filho.

Da parte médica não tenho do que reclamar. Eu acho que falta às mães é uma parte psicológica, que foi o que mais me afetou eu acho. Porque depois que o parto passou eu fiquei pensando em toda a preparação que eu fiz para o parto normal e depois ela falou aquilo, eu já não pensei duas vezes e aceitei, sabe. E essa parte que mais mexeu comigo, eu acho.

Você sentiu alguma dificuldade de relacionamento depois do parto com teu marido, com teu filho, com você mesma?

Nossa, é uma confusão muito grande depois que tem filho. Assim, sabe, primeiro que o bebê nasce, todo mundo fala para você que vai sentir um amor incrível que transborda. Eu não senti. [silêncio] Tá, agora eu sinto. O meu filho é a coisa mais importante da minha vida. Mas eu não senti. Claro, eu estava ansiosa para ver ele. Mas, daí, sabe, você aprender aquela nova rotina, aquela nova pessoinha estranha tão dependente de você. É bem estranho, bem estranho.

As histórias de Tarsila, Helena, Júlia e Ana contribuem para caracterizar o puerpério como uma fase em que as mulheres olham para a própria trajetória e avaliam o percurso que as levou ao desfecho do parto e à maternidade. Nessas situações, o sentimento de frustração aflora e se consubstancia nos pensamentos que questionam os caminhos tomados e imaginam rotas alternativas, numa prática imaginativa que contrapõe o passado irreversível ao que poderia ter acontecido se posturas, atitudes e decisões fossem diferentes. Tais pensamentos podem despertar outros sentimentos como a culpa, a raiva, a decepção, a tristeza e o arrependimento (DONATH, 2017).

O arrependimento não foi um tema previsto no roteiro de entrevistas, contudo o diálogo livre sobre o pós-parto permitiu a abertura para Carlota manifestar que “bateu um arrependimento de ser mãe” quando percebeu que o exercício da maternidade exigia o afastamento daquilo que gostava de fazer.

O bebê estava com sete dias, teve uma festa de uns amigos nossos, meu namorado queria ir e ele foi. Gente do céu, foi horrível! Porque até então, assim eu grávida, eu ia, eu saía. E meu namorado e eu, a gente era muito festeiro e a gente tem muitos amigos que fazem muitas festas. Quando o bebê nasceu, eu não tinha o que fazer, eu tinha que ficar em casa cuidando dele e o meu namorado resolveu que ia sair, que queria ir nessa festa, porque minha mãe estava aqui em casa comigo. Ele falou assim: ‘você não precisa de mim aqui, eu vou’. Gente, eu chorei uns três dias seguidos, não olhava na cara dele e nisso me bateu um arrependimento de ser mãe. Mas porque, gente, não precisava disso. Aí eu viro mãe e só eu que sofro, porque o pai continua aí a vida dele e eu fiquei muito indignada com essas coisas. Na hora que ele chegou eu falei mal um monte, nossa eu briguei um monte com ele, fiquei triste vários dias [...]. Depois disso nunca mais teve esses conflitos, mas foi bem chato não precisava ter acontecido isso com sete dias de recém-nascido. Depois disso, aconteceu mais, com uns três meses, de eu ficar assim triste por ver meus amigos fazendo as coisas e ter que me privar para cuidar do bebê, só que chega uma hora que cai a ficha, você para de sofrer por causa disso, porque não faz sentido, não faz sentido você quis ter o filho, você cuida e às vezes a recompensa de já estar ali com ele é muito melhor do que você estar em outro lugar cheio de gente fazendo as coisas. Então, isso me acalmou bastante.

O relato de Carlota não nos permite atestar o arrependimento de ser mãe, mas possibilita a reflexão crítica da maternidade como um lugar de realização pessoal e caracterizar o período pós-parto como uma fase em que afloram sentimentos ambivalentes.

O arrependimento de ser mãe é documentado e discutido em livro de autoria de Orna Donath, no qual a socióloga israelense apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa

realizada de 2008 a 2013 junto a 23 mulheres israelenses. Considerando que o campo de visão sobre a maternidade é limitado à representação mítica da mãe, devotada a servir constantemente e a cuidar do bem-estar dos filhos, a autora parte do pressuposto de que “não é esperado nem permitido que [as mães] sintam e pensem que a transição para a maternidade foi um movimento infeliz” (DONATH, 2017, p. 11). O arrependimento é descrito por Donath como uma postura emocional que difere substancialmente das ambivalências geradas pelo exercício da maternidade. Pois, enquanto há mulheres que experimentam sentimentos conflituosos e se sentem satisfeitas por serem mães, há aquelas que não se identificam com a maternidade e avaliam que se tornar mãe foi um erro.

Nesse sentido, o sentimento expresso por Carlota pode ser definido como uma ambivalência materna. Para a filósofa Elizabeth Badinter (2011, p. 17), a partir da difusão do uso de métodos contraceptivos, as ambivalências atinentes à maternidade tornaram-se mais evidentes. “O desejo de ter filhos não é nem constante, nem universal. Algumas os querem, outras não os querem mais, outras, enfim, nunca os quiseram”. Ao questionarem o instinto materno e a maternidade como um meio de realização pessoal, Donath e Badinter concordam que a maior parte das mães e pais não sabe o porquê geraram uma criança, e que a liberdade de escolha absoluta se constitui em um embuste. Pois, “embora a ‘livre escolha’ se apresente envolta em princípios de liberdade, autonomia, democracia e responsabilidade pessoal, esse conceito se revela ilusório, pois ignora de maneira “ingênua” a desigualdade, as coações, as ideologias, o controle social e as relações de poder” (DONATH, 2017, p. 30).

Para Donath, nas sociedades onde a maternidade é um projeto público¹³, em que a representação da mulher está diretamente relacionada à capacidade biológica de conceber, as mulheres são governadas passivamente a tomar esta decisão. Assim, a escolha torna-se para muitas mulheres uma “decisão passiva” em face das promessas sociais de que a maternidade trará realização pessoal. A clareza sobre o desejo pessoal sobre ser mãe oblitera-se diante das estruturas sociais que impelem as mulheres a cumprirem uma espécie de “destino biológico”.

¹³ No município de Ponta Grossa, onde foram realizadas as entrevistas, a taxa de fecundidade caiu de 2,5 em 1991 para 1,8 em 2010 (ATLAS..., 2018). O decréscimo no número de filhos indica haver hoje mais alternativas para as mulheres além da maternidade do que há vinte anos. Com esse dado, queremos pontuar a diferença de contexto em relação a Israel, país onde cada mulher tem em média três filhos e onde a pesquisa de Donath foi desenvolvida. Ainda assim, pondera-se que a pressão pela aceitação da maternidade é inquestionável no Brasil. Isso se constata no cotidiano, a exemplo das frases transcritas por Donath (2017, p. 27) em seu livro e que são comumente ouvidas pelas mulheres - sejam israelenses ou brasileiras - quando falam de suas dificuldades: “Pare de se lamentar”, “A escolha foi sua”, “Agora aguente”. O dever moral da maternidade também está juridicamente institucionalizado no Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), artigo 124, que criminaliza a prática do aborto.

O conflito interno nasce desse embate entre os ditames sociais a favor da maternidade e a ausência de autoidentificação com a figura moral da mãe.

Em outras palavras, a criança, que representa uma fonte incontestável de realização para algumas mulheres, pode revelar-se um obstáculo para outras. Tudo depende do investimento na maternidade e da capacidade altruísta delas. Contudo, antes de tomar uma decisão, raras são as mulheres (e os casais) que se entregam à avaliação dos prazeres e sofrimentos, dos benefícios e sacrifícios. Ao contrário, parece que uma espécie de halo ilusório veda a realidade materna. A futura mãe fantasia apenas o amor e a felicidade. Ela ignora a outra face da maternidade feita de esgotamento, de frustração, de solidão, e até mesmo de alienação, com seu cortejo de culpa. (BADINTER, 2011, p. 22).

A face da maternidade repleta de privações e de dedicação extenuante ao lar confronta com as atribuições desiguais da paternidade. Em seu depoimento, Carlota manifesta sua indignação pela assimetria de gênero quanto à responsabilidade pelos cuidados da criança. Conforme Badinter (2011), três quartos das tarefas familiares e domésticas são assumidas pelas mulheres. E a chegada de um bebê exige o aprofundamento da imersão da mulher no ambiente e no trabalho doméstico¹⁴.

Os sentimentos ambivalentes que surgem no puerpério, conforme modelo feminista adotado por Donath (2017, p. 99), são definidos como “reações lógicas às mudanças que a transição para a maternidade implica” e estão relacionados a diversos fatores: ao contexto médico do parto, às expectativas irrealistas geradas pela própria mãe ou impostas pela sociedade, ao contexto familiar e doméstico dos cuidados com o bebê, às dificuldades conjugais e às circunstâncias familiares e socioeconômicas. Esses fatores podem despertar tensões preexistentes que permeiam o processo de transição para a maternidade.

1.3 A MULHER COM O BEBÊ

A relação mãe-bebê é atravessada pela amamentação. Este foi o assunto pertinente ao período pós-parto que gerou maior volume de páginas transcritas. Das vinte e uma mulheres, onze delas relataram dificuldades variadas, que incluem a anatomia do seio, a pega do bebê no mamilo, os aprendizados da amamentação, o desejo de amamentar, a pressão para amamentar, a produção de leite e a preocupação com o peso do bebê, necessidade de orientação e ajuda para o início do aleitamento.

¹⁴ As práticas de cuidado e a forma de organização dos casais para o período pós-parto serão discutidas no item “A mulher e sua rede de cuidados”.

O ato de amamentar não é simples: é necessário um encaixe correto da boca do bebê no seio para que não cause dor à mãe e para que a mamada seja eficiente. Como descreve Celina, ao falar sobre as primeiras mamadas: *“a pegada do bebê tinha que ser pegando a auréola, não só o mamilo”*. Para ela, que amamentou pela primeira vez e logo após a cesárea, a primeira mamada foi tranquila: *“Ela nasceu mamando super bem, assim, a primeira pegada dela, ela já pegou perfeitamente o mamilo, eu não vi, só senti, mas ela super mamou bem. Ela não mamou muito, mas mamou, sabia mamar”*. Bertha, que teve sua quinta gestação e cujo parto foi vaginal, referiu o mesmo: *“bem ligeirinho já pegou o seio”*. Entretanto, para a maioria das mulheres, a pega foi uma dificuldade.

Ele não mamou. Meu filho não mamou, ele não sabia mamar. Não nasceu sugando, sabe. Ele nasceu à noite. Ele ficou aquela noite e o outro dia todo sem mamar. E eu tentando amamentar ele. A minha irmã foi lá para me ajudar. As enfermeiras não me ajudavam. Elas só falavam que era só deixar pertinho do seio que a hora que ele sentisse fome ele iria mamar. Mas chegou uma hora em que ele começou a chorar muito, sabe. A gente achou que era fome. Ai a gente pegou e pediu um complemento que eles davam. E eu achei que esse complemento que eles davam não era leite artificial, era leite materno do banco de leite. E ninguém me falou que era leite artificial. Eu achei que era leite materno. Eles trouxeram num copinho e o bebê tomou e se acalmou. Eu continuei, e a minha irmã me ajudou, só no outro dia que ele foi conseguir sugar. Ele pegou errado, meu seio machucou (Ana).

[..] a bebê não conseguia mamar, não conseguia mamar, e, meu mamilo é pequeno então vinha enfermeira de todo o lado. Então: “deixa, mãe”. Elas sempre tentam ensinar. E mãe de primeira viagem, pega o seio, faz massagem no mamilo, explica como deve segurar como põe a boca do bebê. Elas, na verdade, colocam para você, te explicando, te explicando. Mas mesmo assim, vinha uma não conseguia, vinha outra não conseguia, na quinta até, eu vi que a quinta já estava meio estressada sabe. Mas ela não falou nada, só me mostrou, eu vi pela expressão do rosto dela mesmo, porque ela também não conseguia, ninguém conseguia fazer o leite sair (Marta).

Nas duas falas há em comum a percepção de que o bebê “não sabia”/ “não conseguia” mamar e a necessidade de ajuda nas primeiras tentativas de ofertar o seio para a criança. Também se destaca a postura dos profissionais em relação à pega. Na primeira, as enfermeiras não se envolveram com as tentativas da mãe, na segunda, as profissionais foram persistentes, contudo, sem êxito. O momento descrito pelas duas entrevistadas se caracteriza pela expectativa e pela atmosfera de tensão quanto à pega do bebê. Nota-se também a influência do parto no início da amamentação. Para algumas entrevistadas que tiveram cesárea, as dificuldades na descida do leite (que ocorre após alguns dias do parto) foram atribuídas ao parto cirúrgico, como contaram Nise [36 anos, branca, ensino superior completo, segunda gestação] e Celina, respectivamente: *“As enfermeiras colocaram o bebê e ele mesmo começou a mamar, mas eu tinha muito pouco, pela cesárea. Elas começaram a dar para mim*

ocitocina pelo nariz, isso ajudou muito”. “Diz que cesárea é assim mesmo e tudo, o parto normal ajuda o leite descer”.

A anatomia do seio foi um fator de dificuldade para Patrícia e um impedimento para Virgínia. O formato do bico do seio - que pode ser do tipo protuso, plano ou invertido - não é considerado pelos especialistas um obstáculo à amamentação, embora os bicos do tipo plano ou invertido exijam a utilização de algumas técnicas para facilitar o processo e torná-lo menos doloroso.

[...] como eu não tinha mamilo e tinha muito leite, vazava leite durante a noite e tudo o mais. O jeito da pegada dele, da boquinha, não encaixava certo, então começou a rachar e a machucar. E como eu tinha muito leite e não vencia amamentar, começou a empedrar e veio a primeira mastite, a segunda, e a terceira, mas não seguidamente, durante um ano, as três crises (Patrícia).

Minha amamentação foi meio conturbada. Eu tinha leite, mas o meu mamilo é invertido, a parte que tinha que ser externa é para dentro. Então não tinha como secretar o leite pra ela, e tinha leite. E esse leite doía, porque enchia meu seio não tinha como esgotar, não tinha por onde sair. [...] Eu comprei bomba tudo. Se ela tomou três ml do meu leite foi muito, porque saía, mas com muita dor e até com sangue. E eu puxava com a bomba e não saía nada. No pré-natal, ninguém me falou nada de que mamilo invertido não pode amamentar. Eu achava que ia conseguir, mas eu não consegui por causa da anatomia do meu seio, por causa do mamilo invertido. [...] Que o médico com certeza sabia, mas não me falou nunca. E mesmo no hospital, quando eu estava lá com ela recém-nascida, não me falaram que eu não ia poder amamentar, e ficavam insistindo, mesmo sabendo que eu não ia ter como. [...] Para mim foi traumático não conseguir amamentar. Eu com leite no seio e a menina com fome. E todo mundo falava: “você tem que amamentar, a mãe tem que amamentar, o primeiro remédio do bebê, a primeira vacina é a amamentação”. A gente fica com medo, medo bobo. Sentimento de culpa você ter o leite e não poder dar. Mas assim, as pessoas falam, e quando a gente está grávida, ou depois que nasce o bebê, a gente fica muito frágil. Então eu achava que ela não ia se desenvolver, não ia crescer, estar desnutrida e isso me abalava. As pessoas falavam: “como você não vai amamentar?” (Virgínia).

Da fala de Patrícia, extrai-se que as dificuldades com a amamentação não se restringiram à fase inicial de 42 dias após o parto. Foram um ano e três mastites. E do relato de Virgínia, o sentimento de frustração e culpa por não conseguir amamentar, especialmente diante da compreensão de que o leite materno é o alimento mais indicado para recém-nascidos. Ademais, revela uma estrutura de mútuo apoio entre a moral familiar e a autoridade médica, uma vez que há uma forte pressão para que a mulher desempenhe o papel maternal que se materializa na amamentação e nos cuidados com o bebê.

De acordo com Jurandir Freire Costa (1979), a descoberta de que o aleitamento materno era importante para combater a mortalidade infantil serviu como dispositivo moralizante para o controle do corpo da mulher, o comportamento das mães em relação aos seus filhos e para o discurso socialmente difundido de culpabilização. Autoras como Emily Martin (2006) e Fabíola Rohden (2004) explicam como a ciência da mulher, representada pela

ginecologia e obstetrícia, constrói, reproduz e reforça valores patriarcais sobre a função da mulher na família e na sociedade. A experiência de Virgínia também mostra ausência de informação durante a assistência pré-natal e de cuidados adequados no pós-parto imediato para acolhê-la e ajudá-la nesse processo.

Quase todos os depoimentos expostos até aqui trazem a referência à necessidade de ajuda, seja de orientações profissionais ou apoio familiar, para iniciar a mulher no ritual da amamentação. Embora o bebê busque o seio e a mulher o ofereça, a conexão entre mãe e filho/a gerada pela amamentação, como uma atividade prazerosa para ambos, não acontece de modo espontâneo. Trata-se de um ritual que se aprende. Ana disse que a ajuda quanto à dificuldade de seu bebê pegar o peito veio de sua família: *“[...] da minha mãe e da minha irmã, porque eu sabia na teoria como o bebê tinha que pegar. Porque, como eu te falei, eu pesquisei sobre como o bebê tinha que pegar. Eu pesquisei muito e li muito, eu sabia na teoria”*. Tarsila recebeu ajuda de uma enfermeira ainda no hospital: *“A enfermeira, quando eu comecei a amamentar, ela estava me ajudando, porque ela [a bebê] negava o seio, ela não sabia. Então, foi bem difícil no começo, para ela começar a mamar, a enfermeira me ajudou bastante, ela colocava o seio na boca dela e tentava me ajudar”*. Já Leila procurou uma profissional especializada para superar as dificuldades:

Eu tive um pouco de problema para amamentar no começo, porque começou a rachar meu bico, porque no hospital eu não tive tanto isso de orientação sobre pega. Elas pegavam e colocavam o meu seio dentro da boca do bebê e assim ia, eu não entendia direito como funcionava. [...] Ela [uma consultora de amamentação] foi lá em casa, me ajudou, me ajudou nessa questão da pega porque estava doendo muito assim, e aí a gente já começou a se adaptar melhor.

Além da questão da pega, outro fator importante para o estabelecimento do aleitamento materno é a relação entre oferta e demanda. O princípio desta relação é que o corpo regula a produção de leite conforme a demanda do bebê. Assim, quanto mais o bebê mama, mais leite a mulher tem. Nos dias subsequentes ao parto, o volume das mamas aumenta e o leite é produzido em grande quantidade até que a produção seja adequada à necessidade do bebê. Os três relatos selecionados a seguir mostram três desfechos distintos para o impasse da produção adequada.

Ela [a médica] foi no outro dia para eu tomar o remédio, ele faz produzir leite, não sei se vocês já viram. Ele é um tipo de medicamento para depressão e ansiedade, é um remédio controlado, então só com receita, e o efeito colateral desses remédios, geralmente para tratamento de depressão muito forte, é a produção de leite. E ela falou, só que ela não explicou muito bem assim do remédio, e ele engorda também. Eu queria que ela tivesse leite, então falei: “eu vou tomar”. Foi um problema depois, que pode ser considerado um problema, eu achei, depois que eu estava com bastante leite eu tinha medo de parar de tomar o remédio e não ter leite. Aí eu fui

diminuindo, depois a gente consulta com a médica de novo, vai lá ela vê como é que estão os pontos, tudo essas coisas eu fui. E ela falou: “se você acha que está diminuindo teu leite pode tomar, não tem problema”. Ela sempre fazia receita, o meu médico endocrinologista também. Sempre que eu dava uma pausa ou me esquecia do remédio, diminuía muito o leite, um monte. Eu ficava preocupada, falava então, vou ficar tomando esse negócio, nem que engorde, azar, preciso que ela tome o meu leite, não sei se era psicológico, sei lá. Tomei até eu desmamar ela (Celina).

Então a gente foi para primeira consulta com ela [pediatra] e aí ela, já de cara, falou vamos ter que complementar este leite, porque ela não está engordando e ela precisa de mais leite. E ela falou: “você pode tirar do teu leite e dar pra ela ou se não, se você não conseguir, está aqui a fórmula ou aquele outro lá”. Eu falei: “não vou, não vou, não vou, eu vou dar para minha filha e eu vou conseguir”. E aí eu cheguei em casa e fui fazer o que ela me disse, que era para tirar 60ml depois de cada mamada, e isso que um recém-nascido mama muito, ele mama o tempo inteiro. E a orientação da pediatra também era 10 minutos em cada seio, 10 minutos em cada um. E eu já tinha outras leituras, já conhecia que é livre demanda, é o tempo que ela quiser, não tinha nada disso e eu queria amamentar e eu não ia dar nenhum complemento assim. E aí que foi a consultora em amamentação lá em casa para me ajudar, porque eu fui tentar tirar o leite, eu fiquei uma hora e meia e tirei um tanto assim [gesto com os dedos indicando pequena quantidade] num copinho. Eu falei assim: “nunca na minha vida que eu vou conseguir dar um complemento do meu leite para ela”. Por isso que também a consultora foi lá em casa, que é a consultora em amamentação, aí ela falou: “vamos aumentar tua produção de leite, tua produção está baixa, então nós vamos aumentar essa produção de leite e logo o bebê vai estar bombando”. Foi quando eu comecei a tirar meu leite com ordenhadeira elétrica. Todo aquele conhecimento de amamentação que nem o hospital tinha, nem a pediatra. E aí foi que o bebê deslanchou sabe (Leila).

Eu tive bastante dificuldade na amamentação, tanto que ele desmamou com dois meses, ele desmamou bem novo. Então, ali no hospital ainda tinha o auxílio das enfermeiras e eu consegui amamentar. E eu tinha bastante leite no início, meu médico quando ele foi me dar alta, ele falou, saia daqui e vá ali no banco de leite para elas te ensinarem a esgotar, porque se você ficar assim você vai ter uma mastite, está com bastante leite. Aí eu fui, peguei tudo, elas me ensinaram, mas nunca precisei fazer, ele mamava os dois e ainda ficava com fome porque não tinha. Então, não sei, assim, se foi uma falta de orientação minha, e a pega dele era certa, não era errada, tinha a pega correta, só que ele mamava e o meu seio murchava, os dois e ele continuava com fome. Tanto que ele perdeu meio quilo depois que ele nasceu, nasceu com 3.700 gramas e chegou a 3.200 gramas. Eu fiquei preocupada porque já fazia duas semanas e já era para ele estar ganhando, porque é normal perder um pouco quando sai do hospital, mas já era para ele estar ganhando e ele estava perdendo, perdendo, nisso eu comecei a complementar e já saiu. Foram dois meses na guerra mesmo, porque nas duas últimas semanas era uma briga para ele pegar no seio. Ele chorava, ele arranhava e batia no meu seio, não queria nem saber, e foi aí, aumentando o complemento, que eles largam de vez (Helena).

Os relatos mostram a coexistência de concepções diferentes de atenção à lactação, o modelo tecnocrático ou biomédico e o modelo humanizado. O primeiro está caracterizado nas falas que revelam fragmentação do cuidado, primazia de recursos biomédicos, subordinação à autoridade médica e atendimento padronizado. O modelo tecnocrático se evidencia pela situação de Celina, com a preferência médica pela prescrição de medicamento controlado a outras formas alternativas de manutenção da produção de leite. Também perceptível no

atendimento da pediatra relatado por Leila, com a prescrição padronizada de leite artificial em caso de dificuldade.

Por modelo de atenção à saúde, compreende-se a racionalidade orientadora das práticas e formas de combinar concepções, técnicas e tecnologias para intervir em problemas e atender as necessidades de saúde de indivíduos e populações (PAIM, 2001; AYRES, 2009). Conforme a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001), o campo da obstetrícia incorpora e reproduz os valores culturais do modelo tecnocrático ao primar pelo uso rotineiro e prioritário de tecnologia nos cuidados à saúde. São características desse modelo: separação entre mente-corpo e concepção do corpo como máquina; paciente como objeto; autoridade e responsabilidade pelo tratamento centrada no médico; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica e padronização do cuidado; supervalorização da tecnologia; resultados de curto prazo; intolerância com outras modalidades de assistência.

Em contraposição, o modelo humanizado pode ser identificado no relato de Leila sobre o atendimento de uma conselheira de aleitamento materno, que foi a sua casa ensiná-la a estimular seu próprio corpo a produzir mais leite e adequar sua produção às necessidades do seu bebê. Para Davis-Floyd (2001), a humanização como modelo de atenção à saúde possui os seguintes aspectos: conexão entre mente-corpo e concepção do corpo como organismo; responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e paciente; diagnóstico e tratamento de fora para dentro e de dentro para fora; uso da tecnologia orientado pelas necessidades e direitos das usuárias; abertura para modalidades alternativas de cuidado¹⁵.

A partir da análise das entrevistas, identifica-se que o estabelecimento do aleitamento materno envolve o bebê saber pegar e a mulher aprender a amamentar. Um relacionamento que pode ser dificultado pela ausência de ajuda capacitada e acolhedora nos momentos em que as mulheres precisam. Portanto, a dimensão do cuidado transpassa o período pós-parto como uma necessidade da mulher.

1.4 A MULHER E SUA REDE DE CUIDADOS

As falas que caracterizam a prestação de cuidados após o parto, por profissionais e por familiares, foram compiladas nesta categoria. A noção de cuidado aqui é ampla, no sentido de pensar que as práticas de orientação, apoio físico e emocional, auxílio na realização de tarefas e atividades que configuram modos de assistir às mulheres após o parto não se

¹⁵ Para mais informações sobre os modelos de atenção ao parto e nascimento ver Bourguignon e Grisotti (2018; 2020).

limitam aos profissionais de saúde. Conforme Kleinman (1978), os sistemas de atenção à saúde são compostos pelo subsistema de atenção institucional/profissional – que envolve o saber perito – e pelo subsistema de atenção tradicional - ancorado nas relações familiares e comunitárias-, ambos mediados pelas percepções e comportamentos populares sobre saúde/doença. Essa concepção é congruente com o conceito de redes sociais tipificadas por Lia Sanicola (2008) como primárias e secundárias.

As redes primárias são constituídas por laços de família, parentesco, amizade, vizinhança e trabalho. Em seu conjunto, formam uma trama de relações que confere a cada sujeito identidade e sentimento de pertencer.

As redes secundárias formais são constituídas pelos laços que se estabelecem entre instituições, organizações do mercado e organizações do terceiro setor. Existem também redes secundárias informais, constituídas por laços que se estabelecem entre pessoas visando à resposta a uma necessidade imediata. (SANICOLA, 2008, p. 51).

A diferenciação entre redes primárias e secundárias está presente nos relatos de mulheres que buscam orientação e apoio para a resolução das dificuldades inerentes ao período puerperal. Não obstante a constatação de que as famílias são o principal ponto de apoio das mulheres no puerpério, a análise subsequente apresenta primeiro as falas sobre os profissionais de saúde, que são a principal referência logo após o parto, quando as mulheres ainda estão sob cuidados institucionais. Posteriormente, são apresentados os resultados sobre os cuidados familiares, em que a reorganização do cotidiano ganha uma dimensão importante no que se refere à construção de novas rotinas e rituais.

1.4.1 Cuidados profissionais

Aos profissionais que prestam cuidados às mulheres no período pós-parto, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda perceber as necessidades de cada puérpera; avaliar seu estado psíquico; realizar exames físicos e verificar se há sinais de infecção; examinar as mamas e orientar sobre o aleitamento materno; conversar sobre a retomada das relações sexuais; ofertar métodos contraceptivos; prestar informação sobre o direito à licença maternidade. Aos profissionais cabe, ainda, adotar postura empática para interagir com as usuárias e seus familiares. (BRASIL, 2001a).

A assistência profissional à saúde compõe as redes secundárias formais. De acordo com Sanicola (2008), essas redes são formadas por instituições estatais, estabelecimentos e profissionais liberais pertencentes à esfera econômica, e a organizações sem fins lucrativos. Dos três tipos de rede secundária, apenas o último não foi mencionado por nenhuma das

entrevistadas. Nas redes formais estatais, o princípio norteador das relações sociais é o direito, sendo que a prestação de cuidados pode ser exigida pelos/as usuários/as. Elas são compostas, por exemplo, pelas unidades básicas de saúde, hospitais públicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde. Já as redes de mercado, exemplificadas neste estudo pelos serviços de profissionais liberais e hospitais particulares, caracterizam-se por relações sociais intermediadas pela compra e venda.

A constituição das redes secundárias formais no âmbito da prestação de serviços de saúde é organizada de acordo com os modelos de atenção à saúde. Isso porque a forma como cada modelo concebe como deve ser a assistência de indivíduos e coletividades, implica na forma como acontece a relação do profissional com as usuárias dos serviços de saúde. A noção de cuidado é influenciada por aspectos sociais, culturais, históricos e políticos operacionalizados em comportamentos, atitudes e práticas. O ato de cuidar compreende a ideia de ação, disposição, iniciativa, responsabilidade e pressupõe interação social.

Nas entrevistas, o cuidado profissional aparece principalmente atrelado às instruções médicas sobre as práticas de cuidado de si e do bebê na alta da maternidade. Ao ser indagada sobre as orientações que recebeu, Maria respondeu: *“Pra tomar o remédio certo e cuidar dos pontos tudo, foi assim”*. Cândida [21 anos, preta, ensino médio, primeira gestação] também comentou: *“Teve orientação. A médica foi lá, viu ele [o bebê] e tudo, eles dão um monte de vitamina, falou que em dez dias mais ou menos eu tinha que ir lá de volta para tirar os pontos”*. Patrícia, por sua vez, sentiu que o foco das orientações era a criança.

Todas as mães que precisavam de alta foram levadas para uma sala, foi até conversado com a médica, a médica geral digamos assim, que é a que acolhe a parte das crianças, eu acho. Foi ela que, numa sala, começou a conversar sobre as formas de amamentação, o procedimento da vacina, foi feito também o exame do olho, do ouvido no hospital, alguns tinham que refazer, outros não. E ali falaram sobre a amamentação, os cuidados com a mãe também, mas mais levados a eles [os bebês], por exemplo, o amarelo que pudesse dar na criança e tudo o mais, isso foi bem explicado. (Patrícia).

No estudo qualitativo de Andréa Francisquini *et al* (2010) sobre as instruções recebidas após o parto por 12 mulheres, os resultados indicam que as orientações foram mais dedicadas ao cuidado do recém-nascido. As principais orientações para as mulheres foram sobre os cuidados com as mamas, mostrando o foco dos profissionais na amamentação, em detrimento de outros cuidados igualmente relevantes que dizem respeito à mulher.

A relação entre sujeito cuidador e sujeito que é cuidado é intermediada por saberes da vida prática e conhecimento técnico-científico. Mais do que competência técnica, espera-se

dos profissionais vinculados aos serviços de saúde postura comprometida, acolhedora, ética, respeitosa, empática. Na entrevista de Marta, ela descreve a sensação de cuidado que sentiu durante o internamento após o parto. No relato, é possível ver traços da identificação do cuidado atrelada ao pessoal de enfermagem, em razão da demarcação de que a orientação médica foi sobre o ponto que Marta levou no períneo.

Enquanto eu estava lá, era cuidado o tempo todo. Mas o tempo todo mesmo. Tanto que quando eu cheguei a casa, fui sentir até falta. “Mãe como é que você está, vim te ver”, não tinha mais. É claro que fui bem cuidada aqui, mas lá é diferente, fui cuidada o tempo todo. Assim, muita atenção, muito cuidado. E a minha médica, antes de eu sair, ela foi lá novamente, me explicou toda a questão do ponto (Marta).

Celina descreveu as orientações para o autocuidado após a cesárea restritas à alimentação e à movimentação.

Na verdade, ela [a médica] falou para cuidar em relação ao peso, ao agachar, não ficar levantando, baixando, subindo escada, alimentação também cuidar, comer coisa leve, coisa de dieta mesmo. Ela falou no começo, mas depois eu podia comer feijão, comer tudo o que eu quisesse, qualquer coisa na verdade, não teve muito, acho que a gente já tinha conversado antes e ela viu que eu estava bem (Celina).

O retorno para a consulta puerperal também foi abordado como uma necessidade de atendimento profissional. Entre aquelas que fizeram cesárea, o retorno foi justificado, especialmente, para a retirada dos pontos, como é o caso de Virgínia: “*Eu fui para tirar o ponto, porque eu tive um ponto só para segurar o intradérmico. Eu fui tirar depois de sete dias, lá no consultório dele, ele tirou esse ponto e tirou o esparadrapo que colava minha pele. Só, porque eu não tive ponto*”.

Além de retirada de pontos, a consulta pós-parto é vinculada à percepção de necessidade de método contraceptivo, razão pela qual muitas mulheres só procuram o serviço de saúde quando retomam as atividades sexuais. Celina, quando questionada sobre a realização da consulta puerperal, disse: “*Fui porque eu coloquei DIU, agora eu estou com DIU*”. A mesma situação foi relatada por Cândida no diálogo transcrito abaixo. Outro aspecto relevante de se notar no diálogo é que a entrevistada foi a única que mencionou a visita de agentes comunitários de saúde a sua casa, e essa visita foi justificada pela relação entre sua sogra e as agentes, o que denota inserção da família na rede primária de atenção à saúde.

Por falar em consulta, Cândida, depois que você teve bebê, daí você voltou quanto tempo depois para a consulta na unidade?

Na unidade, depois de três meses mais ou menos, porque eu voltei a tomar o remédio.

Ô Cândida, normalmente, as mulheres vão em quarenta dias na unidade de saúde, você não foi?

*Não, por causa que como eu não estava tendo relação e tipo...
A agente comunitária não te....
Não, elas foram lá. Só que daí elas são muito chegada da minha sogra, são bem chegada até demais, daí foram lá, me viram.*

Nos depoimentos coligidos acima, nota-se que os cuidados profissionais estão atrelados à realização de assistência de ordem técnico-científica, como a avaliação e retirada de pontos, e recomendações sobre medicamentos. Para além de competência técnica e científica, o cuidado profissional pressupõe postura acolhedora e respeitosa. Assim, quando há ausência de algum dos atributos do cuidado, podem ocorrer situações de violação dos direitos das usuárias dos serviços. Nessas situações, o cuidado é definido por sua antítese: “a falta de”. A percepção de falta de cuidado é manifestada por quatro entrevistadas, das quais Cora e Júlia reclamam da ausência de orientações, sendo que a última chama a atenção para a abordagem médica impessoal, que não buscou a interação com ela para auxiliar na amamentação.

Então isso, essa orientação na hora de ir embora, de tipo agora você vai chegar em casa e tal, isso não existiu, não teve. Teve a parte da minha médica sobre os pontos e tal, mas sobre ela [a bebê], sobre tipo o que você vai fazer com o bebê quando sair daqui, tua mãe que te ensine, sabe, algo assim. Não tem nada assim, não tem pediatra, o acompanhamento é muito, sabe, se você, tipo, foi pelo plantão, porque eu só paguei para ter minha médica, se eu quisesse um pediatra específico tem que pagar, então aí tipo é super, tipo, sabe, vai lá mede, não sei o quê e tchau (Cora).

Eu acho que estava amamentando errado, alguma coisa assim. Eu sei que ela [a médica] passou e fez algum comentário grosseiro, tipo: “assim não, mãe, assim não pode”. Falou só assim, mas não me explicou: “olha, tem que fazer assim”. Ela só passou e me viu amamentando numa hora e fez esse comentário grosseiro comigo. Só assim que eu me senti meio. Já estava sensível que nossa e aí a pessoa passa e eu fiquei assim, eu não sabia como. E por que não veio e me orientou: “tem que fazer assim”? Ela só passou. Literalmente, ela passou e disse: “não pode, assim não”. E pronto, passou e foi isso (Júlia).

A falta de cuidado pode se manifestar também na falta de coordenação dos serviços que, por vezes, exigem peregrinação das mulheres para conseguir atendimento. Serviços de saúde parcelados na atenção pós-parto são uma face da fragmentação do cuidado, como descreve Carlota:

Porque eu levei no hospital no mesmo dia que ele tinha que tomar aquela vacina depois dos dez dias. Eu levei ele lá, falei do sapinho [candidíase], a enfermeira falou que não podiam atender ali que eu tinha que levar no postinho. Aí eu voltei indignada, fui lá tentei marcar consulta no postinho, consegui consulta três dias depois, mas eu consegui aí. Gente, mas não sei porque tanta compartimentação assim do atendimento, você já estava lá no hospital, já tinha médico, já estava na sala do pediatra, era só o pediatra falar assim: “mãe é sapinho, passa isso”. Não sei qual foi a dificuldade, porque ele falou, porque era o pediatra que estava

falando: “você vai ter que consultar com o pediatra do seu posto”. Eu fiquei assim: “então tá”. Tive que fazer isso (Carlota).

A falta de cuidado também pode caracterizar, no âmbito da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, violência obstétrica. Esse termo denomina as práticas profissionais e institucionais, sejam elas ações ou omissões, que desrespeitam direitos das usuárias dos serviços, e que podem acarretar danos à mulher de ordem física, psíquica, sexual e ou social. Ao longo das entrevistas realizadas, foi possível identificar situações que configuram violência obstétrica. A mais comum dentre os relatos é o impedimento do acompanhante do sexo masculino durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Dessas situações, as histórias de Anita e de Leila foram selecionadas porque guardam relação com o período pós-parto das mulheres.

Anita [22 anos, preta, ensino médio, segunda gestação] relatou uma dificuldade de vínculo com seu bebê após o parto. Em sua entrevista, conta que sua preferência era pelo parto normal e que foi internada com dilatação em hospital conveniado ao SUS. Todavia, após dois dias, o trabalho de parto não evoluiu, razão pela qual lhe foi indicada a cesárea. Durante o trabalho de parto, a maternidade estava cheia, de modo que em alguns momentos ela ficou em companhia de mais oito parturientes e suas acompanhantes na mesma sala, sem haver qualquer tipo de proteção à privacidade e intimidade das mulheres internadas. Afora as diversas violações que sofreu, destacam-se do depoimento de Anita dois momentos desconcertantes que ela mesma retoma ao contar como foi seu pós-parto. O primeiro refere-se ao tratamento desumano que outra parturiente recebeu do médico plantonista. Anita contou que esta parturiente já estava em trabalho de parto há dois dias e que sua dilatação não progredia. Diante disso, a irmã da parturiente perguntou ao médico se ele poderia fazer a cesárea, alegando que ela já tinha uma cesárea anterior porque o trabalho de parto não evoluía. Após o questionamento o médico respondeu:

“Eu não vou fazer a cesárea. Se você quiser me pague que eu faço particular. Mas aqui eu não vou fazer. Você quer saber onde vou atender no outro plantão? Você vai ter que pagar. E sabe por que eu não vou ter como fazer? Porque tua irmã é uma gorda”. Ele falou assim para ela. “Sabe por que eu vou fazer desta moça?” E apontou para mim. “Porque ela é magrinha, a cicatriz dela vai ficar bonita. Vai cicatrizar rápido. Agora da sua irmã, essa gorda? Ela parece uma porca”.

Essas palavras marcaram indelévelmente o parto de Anita. Depois de ter presenciado isso ela afirmou “Eu me senti um lixo. Eu chorava”, além de relatar a insegurança que sentiu quanto à sua própria integridade física, pois esse era o médico que lhe faria a cesárea. Atendimentos negligentes e abusivos, com caso de gordofobia, também estão registrados em

entrevistas presentes no documentário “(Na)Ser Mulher – relatos de violência obstétrica em Ponta Grossa”, produzido por Jaqueline Guerreiro e Leonardo Mordhost (NA-SER MULHER, 2016).

A continuidade do atendimento de Anita revela a face do racismo institucional¹⁶ que permeia os serviços de saúde reprodutiva. O segundo momento, relatado por ela, foi o corte da cesárea sem estar anestesiada. Ela passou pelo primeiro procedimento anestésico, contudo, o médico, sem checar se a sensibilidade já estava bloqueada, iniciou o processo cirúrgico e ela sentiu sua barriga queimar com o primeiro corte do bisturi. Em dúvida se Anita realmente havia sentido, o obstetra furou o pé dela por três vezes para testar se ela falava a verdade e, como ela conta, sem qualquer tipo de aviso ou alerta. Identificado o problema, foram feitos mais dois procedimentos anestésicos nela. Depois disso, Anita descreve que “não viu mais nada, desmaiou”, o que a impossibilitou de ver seu bebê nascer. Quando perguntado: E depois do parto, você teve alguma ajuda profissional? Você teve alguma dificuldade, psicologicamente falando? Ela respondeu:

Olha, assim. Eu fiquei traumatizada. Se falar em ter outro filho, eu já... eu meio que surto. A gente ama a criança. Nos primeiros momentos eu até achei que eu não iria conseguir pegar e cuidar, porque você pensa que é decorrente de toda a dor que você sentiu ali, fora do normal. Então, em um primeiro momento, eu acho que demorei um pouco para 'cair a ficha', sabe? Que era mãe, que tinha que cuidar. Mas depois... depois foi acostumando.
Qual a sua lembrança, como você se sentiu?
A lembrança que eu tenho do parto? Dor. Assim, a única palavra que vem é dor mesmo. Eu só consigo me lembrar daquele corte sem anestesia. É só o que eu consigo me lembrar [silêncio e suspiros].

A experiência de Anita concretiza a explicação de Beatriz Oliveira e Fabiana Kubiak (2019) sobre como o racismo atinge as mulheres negras nos serviços de saúde do país:

O racismo institucional está presente também na prestação de serviços: sua influência vai desde a restrição ao acesso à saúde pela população negra até a relação entre os profissionais de saúde. Identifica-se uma ideologia presente nas redes de

¹⁶ A autoria do termo “racismo institucional” é atribuída aos ativistas Stokely Carmichael e Charles Hamilton, que integravam o grupo Panteras Negras no contexto do movimento *Black Power* em 1967 nos Estados Unidos. No Brasil, o conceito foi definido no Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), lançado em 2005. O racismo institucional designa “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações”. (CRI, 2006, p. 22 *apud* GELEDÉS; CFEMEA, 2013, p. 11). O PCRI resultou de uma parceria entre órgãos do governo federal e instituições supranacionais. Essas informações foram extraídas do Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional (2013) elaborado por Geledés – Instituto da Mulher Negra e CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria.

assistência à saúde ligada a pensamentos como ‘pessoas negras são mais resistentes à dor’ ou ‘negro não adoece’ que tendem a minimizar queixas advindas de pessoas negras e minorar o uso de medicamentos e anestésias, principalmente tratando-se de mulheres nos procedimentos de pré-natal e parto. (OLIVEIRA, KUBIAK, 2019, p. 941).

A Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2017) atesta que as mulheres pretas estão expostas a maior risco de terem pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade e de peregrinação para o parto. Além disso, elas recebem menos orientação sobre possíveis complicações na gravidez e sinais de alerta sobre o início do trabalho de parto. Relevante diante do relato de Anita é a constatação que as mulheres pretas recebem menos anestesia local nos procedimentos obstétricos.

Particularmente perversa, ao mesmo tempo que reveladora quanto aos impactos da desigualdade de raça/cor, é a constatação quanto à menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados. Diversas investigações, muitas das quais norte-americanas, têm relatado uso diferencial de analgesia em serviços de emergência para adultos e crianças, o que vitimiza, sobretudo, afro-americanos. Os resultados das mulheres brasileiras, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas, indicam um menor uso de analgesia nas mulheres pretas. (LEAL *et al.*, 2017, p. 10).

O período pós-parto de Anita ficou marcado pela lembrança das violências que ela presenciou e sofreu durante o parto:

Alguma coisa que você queira falar, que a gente não perguntou?
Ah, uma coisa que não me esqueço é do tratamento mesmo. Não comigo, mas você sente a dor da outra pessoa. E aquela palavra “gorda” me marcou muito. Então a lembrança que eu tenho do meu parto é dor e gorda, sabe? Aquele médico falando aquela palavra dura, sabe? É o que ficou na minha lembrança assim. Não era para ser, né? Um parto, você tem que pensar, é pra te marcar por uma coisa boa, né? Não pelo horror de você lembrar assim. É muito ruim. Mas é o que me vem mesmo na cabeça. É isso.

Leila, cujo relato foi o mais longo, contou como seu pós-parto foi traumático, diante dos julgamentos enfrentados em um hospital por querer ter um parto sem intervenções desnecessárias, com a presença de seu companheiro e, pela primeira vez naquele hospital, com o acompanhamento de uma doula, conforme assegurado por Lei Municipal. Ela também foi a primeira gestante naquela maternidade que protocolou um plano de parto tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde desde 1996. Cabe reforçar que ser branca e possuir ensino superior completo são fatores que permitem compreender que Leila detinha recursos para lutar pela garantia dos seus direitos.

Às 41 semanas entrou em trabalho de parto espontaneamente e procurou o hospital na fase inicial do trabalho de parto. Cerca de 10 horas depois o seu bebê nasceu, sem qualquer

tipo de intervenção considerada desnecessária no processo. Assim que a bebê nasceu foi encaminhada para cuidados neonatais em razão da presença de mecônio no líquido amniótico. Com a criança na incubadora, ela ficou vários dias sem poder tocá-la e sem ter clareza quanto à necessidade de permanência na UTI Neonatal. No relato a seguir, Leila conta uma série de contradições no discurso médico que atrelaram a condição de saúde da bebê à opção pelo parto desmedicalizado, em um processo sistemático de culpabilização.

Para mim, os pediatras da UTI Neonatal me massacraram, fizeram comigo algo que não era certo, não tenho como provar e pode ser que eu esteja errada, mas essa é a minha sensação. Então, ele [médico responsável pela UTI Neo] disse para mim isso, disse que era culpa do meu parto e que ela estava em observação e que eles não sabiam nada do que aconteceria, que ela podia ter sequelas, que provavelmente ela ia ter sequelas por causa disso, por causa de um tempo sem respirar. [...] Eu entrei, ela estava com um caninho, uma sonda de alimentação, mas não estava com nenhum medicamento, nem nada, mas ela estava dentro da incubadora, eu não podia tocar nela, eu não pude ficar muito tempo com ela, eu pude ficar meia hora só. E daí foi, eu fiquei quarta, quinta, sexta, sábado e domingo sem tocar direito na minha filha, aí que eu pedi: “eu posso tocar nela, pode abrir esse quadradinho aqui, por a mão nela?” “Pode mãe, mas só você pode”. Aí tinha que fazer toda uma higienização para tocar. Era visita de meia em meia hora, e eram umas visitas durante o dia, como eu não amamentava ainda, não dava, as visitas da madrugada eu não podia fazer e nem falavam para mim disso. Então eu só podia ver ela durante o dia, o pai podia ver ela uma vez, que era vez que passava o médico assim, ele [pai] chorava assim o tempo inteiro. E era a vez que, esse horário 15 horas, era o horário que passava o médico, o pediatra responsável. E, assim, esse foi o momento mais difícil, eu fui culpada por todos os pediatras que passaram. [...] Sei que foram cinco dias chorando manhã, tarde e noite e ouvindo sempre que a minha filha não estava bem, inclusive a pediatra que é tia do meu marido tinha ido lá e disse: “ela está super bem, ela nem está com nenhum medicamento”. Ela ficou na UTI Neonatal sete dias sem um medicamento, ela não usou medicamento nenhum. [...] Aí passando essa fase difícil, foi a fase que eu comecei a me dar conta do quanto a UTI Neonatal me fez mal. Para você ter uma ideia, sábado eu fui para o centro [da cidade] assim e encontrei num lugar, entrei numa loja e nessa loja estava o chefe da UTI Neonatal do Hospital. Juro para vocês, eu nunca entrei em pânico da forma como eu entrei naquela hora, eu comecei a suar, eu não podia ficar no mesmo lugar que ele, comecei a ficar incomodadíssima e subi para outro lugar e eu ficava com aquela angústia. A hora que eu saí do lugar que ele estava, quando eu estava no meio da rua, eu chorava como criança quando quer alguma coisa assim, me veio todas as memórias de todo aquele dia, tudo assim, e eu comecei a ficar desesperada de chorar assim, fiquei, porque foi aí que eu percebi que o trauma do meu pós-parto foi meu maior assim, que eu já tive. [...] Então, nesses últimos dias foram os dias que eu constatei que o meu pós-parto foi extremamente traumático na minha vida. E eu saí do hospital tendo certeza que eu não queria ter outro filho assim. Hoje isso já é mais tranquilo um pouco pra mim, mas logo que eu saí de lá, a única coisa que eu pensava era não passar por aquilo de novo e tendo consciência de que meu parto foi lindo, de que eu fui respeitada, que eu fui bem cuidada, de que estavam lá as pessoas que eu queria, não foi o terror que eu achava que ia ser... Mas o meu pós-parto foi extremamente traumático, assim, foram dois momentos na minha vida.

A fala de Leila caracteriza um cenário de conflito, evidenciado pela busca de mecanismos institucionais para a aprovação do seu plano de parto e para autorização da

presença simultânea do companheiro e da doula; e na atribuição de responsabilidade sobre a condição de saúde do bebê exclusivamente à mãe, ainda que ela estivesse durante todo seu trabalho de parto sob a vigilância do hospital. O comportamento sistemático de culpabilização de Leila pelo tipo de parto escolhido lhe causou sofrimento e a percepção do seu pós-parto como uma experiência traumática. Nesse aspecto, reforça-se a compreensão de que a produção de cuidado repercute na vida dos sujeitos e se transforma em experiência.

1.4.2 Cuidados familiares

“A família constitui o nó central das redes primárias”, segundo Sanicola (2008, p. 52), pois é nela que as pessoas aprendem a se relacionar e é a partir dela que desenvolvem competências e habilidades para interagir com outras redes. Mesmo em situações em que haja dissolução familiar, a família continua a compor o referencial simbólico que repercute na experiência social das pessoas. As famílias têm funções de “educação do eu”, pois é nelas que acontece a primeira experiência de socialização das pessoas; de cuidado, pois se responsabilizam pela provisão das necessidades de seus membros, especialmente os mais frágeis; de transação, em razão da abertura para a construção de laços comunitários; de proteção, ao atuar na seleção e filtro de estímulos externos, defender seus integrantes e buscar autoproteção.

Com o nascimento, cada ser humano se vincula a uma família que, por sua vez, está conectado a uma rede primária. Assim, a história de vida, os encontros e acontecimentos, os ciclos vitais são fatores que, conforme Sanicola (2008), levam à constituição das redes primárias. Nesse sentido, os ciclos vitais – nascimento, ingresso na escola e na faculdade, entrada no mercado de trabalho, casamento etc. – são momentos que modificam a estrutura das redes primárias e, por conseguinte, alteram as dinâmicas de relacionamento internas e externas ao núcleo familiar.

Para Fernandes, Boehs e Rumor (2011), os modos como as famílias organizam suas rotinas e rituais influenciam no processo de construção doméstica da saúde de seus membros. Essa compreensão é reforçada por Roseanna Yasdani (2018), ao trabalhar as diferenças entre rotinas e rituais:

Rotinas familiares podem ser definidas como padrões estruturados de atividades executadas repetidas regularmente na vida cotidiana. Estes são frequentemente realizados por hábito, com pouca reflexão posterior; portanto, não guardam significado especial para a pessoa. Em contraste, os rituais familiares descrevem atividades que possuem significado e valor especial para todos os membros da

família e são frequentemente repetidos através das gerações. O meio ambiente e a cultura têm um enorme impacto no desenvolvimento de rotinas e rituais familiares e, portanto, são um fator importante a ser considerado. As rotinas familiares estabelecem a base na qual os rituais significativos podem se desenvolver; portanto ambos são igualmente importantes para facilitar o bom funcionamento da vida familiar. Há evidências de que a manutenção de rotinas e rituais familiares tem muitos benefícios positivos para a saúde e bem-estar de toda a família. (YAZDANI, 2018, p. 1, tradução nossa)¹⁷.

No período pós-parto, há mudanças significativas na rotina familiar, especialmente no que concerne à divisão das tarefas domésticas (ampliadas com a chegada do novo membro), práticas de cuidado do recém-nascido e, quando há, de outros filhos, e adaptação da vida conjugal. Assim, o puerpério caracteriza-se pela instabilidade da dinâmica familiar e a tentativa de ajustamento das rotinas ao atendimento das necessidades da mulher e do bebê. Como se verifica nos depoimentos, as entrevistadas destacaram a importância dos cuidados prestados por seus companheiros.

A única coisa que a gente teve, que o meu marido pegou. A gente já sabia que cinco dias seria muito pouco porque é uma fase de adaptação da família. Ele conseguiu conversar no trabalho dele. Ele pegou as férias dele, um mês de férias ele ficou em casa. Ai, ele é parceiro, faz a parte dele, cuida do bebê, me ajuda a cuidar, me ajuda na amamentação (Ana, 30 anos, branca, ensino superior incompleto, primeira gestação).

Eu tive muita ajuda, o meu companheiro teve férias na época. Esse primeiro mês foi muito bom, porque foram uns trinta dias que ele pegou, deu bem certinho porque a gente conseguiu planejar, ela nasceu em julho, então a gente planejou bem certinho as férias dele para ele estar aqui e tal. Então, ele dormia do lado dela, porque eu não podia, era horrível para levantar da cama, para levantar para amamentar. Então ele pegava ela enquanto eu levantava, enquanto eu conseguia levantar. Amamentava, ela dormia e eu dava pra ele. Então, ou às vezes ela não dormia, e ele ficava embalando ela, as noites mal dormidas dos trinta primeiros dias foram dele. Foi o tempo que eu consegui me recuperar. Não posso reclamar, que foi bem, bem tranquilo (Celina, 26 anos, branca, ensino superior completo, primeira gestação).

Então, meu pós-parto foi bem tranquilo também. Porque meu medo era ficar de cesárea e sozinha. Ele ia voltar a trabalhar. Mas ele ficou só três dias trabalhando. Minha mãe ficava comigo esses três dias na parte do dia. E ele pegou férias. Ele ficou as férias todas comigo. Meu período que era os quarenta dias, ele estava o tempo todo comigo. O tempo inteiro. Para me ajudar a levantar da cama, e tal. Tudo o que eu precisava para cuidar dela também. Trocar fralda, fazer tudo o que ela precisava, leite. Então ele que preparava o leite lá e trazia para eu dar aqui, para ela. Então foi assim. Ele ficou comigo o tempo inteiro. Quando ele voltou a

¹⁷ “Family routines can be defined as structured patterns of performing activities that are repeated regularly in everyday life. These are often completed out of habit with little afterthought; therefore do not hold special meaning for the person. In contrast, family rituals describe activities that hold special meaning and value to all family members and are often repeated through generations. Environment and culture have a huge impact on the development of family routines and rituals and so is an important factor to consider. Family routines lay the foundation in which meaningful rituals can develop; therefore both are equally important to facilitate the smooth functioning of family life. Maintaining family routines and rituals has been shown that to have many positive benefits for whole family health and wellbeing” (YAZDANI, 2018, p. 1).

trabalhar, eu já estava fazendo tudo. Eu já estava bem (Virgínia, cor não declarada, ensino superior completo, primeira gestação).

Observa-se que as mulheres que declararam a possibilidade de o companheiro estender o período de permanência durante o pós-parto apresentam alta escolaridade, são brancas e estavam na primeira gestação. Ademais, denota-se que o companheiro detinha condições formais de trabalho que asseguraram o direito à licença paternidade e férias.

Como descrito pelas entrevistadas e corroborado por Fernandes, Boehs e Rumor (2011), o nascimento predispõe os casais a reverem os papéis e funções assumidos e a pactuarem as tarefas a fim de reorganizarem e construir novas rotinas e rituais significativos para o núcleo familiar. Outra dimensão abordada pelas autoras refere-se ao componente geracional das rotinas e rituais, em que formas de organizar a dinâmica familiar são passadas de uma geração a outra e servem de guia para o esforço de adaptação dos casais a esse novo ciclo de vida. Isso pode ser percebido no cuidado dedicado de mães e sogras, atividade que se configura como um ritual de mulheres que cuidam de mulheres após o parto e que é renovado a cada nova geração.

Então, família foi tipo super importante, é que eu e o meu companheiro no início a gente achava que a gente não queria ajuda de ninguém, entendeu. Então: “vamos dormir nós dois aqui”. Não sabia nem trocar um bebê, de madrugada ajudava amamentar, e a gente: “não, vamos ser independentes e dormir os dois aqui sozinhos no hospital”. E não foi bem assim, a gente teve que pedir ajuda e tal, mas a maioria do tempo a gente quis, sabe, tipo ir fazendo sozinho, só que a gente teve muito apoio, tipo isso de comida, de ter um dia em casa almoço, essas coisas. A mãe do meu companheiro ajudava muito e minha mãe também, isso foi super, super assim, a família ajuda muito, bastante (Cora, 19 anos, branca, ensino superior incompleto, segunda gestação).

Porque minha mãe estava acompanhando desde o começo. Então eu não dormi, ela também não dormiu. Quando ela veio para casa, minha avó ficou comigo. No dia do teste do pezinho, eu não consegui descer porque eu estava bem debilitada, minha avó que levou ele. Para dar banho era ela que levava. Tudo. Eu não descia porque eles me deixavam no andar de cima e para descer era difícil. E o elevador vivia ocupado ou estragado e tinha que descer pela escada (Anita, 22 anos, preta, ensino médio, segunda gestação).

Ajuda da minha sogra, do meu sogro. Como eu inchei demais, até os dez dias, mais ou menos, eu estava muito grande, aí a minha sogra dava banho, minha sogra fazia ele dormir, minha sogra fazia ele pegar no seio, minha sogra tudo. E, como no dia a médica viu que a minha perna estava muito inchada, ela falou assim: “mãe, só fique com a perna para cima, compre aquelas almofadona, e deixe a perna para cima, não me vá subir e descer escada, não me faça exercício físico, não me faça nada até desinchar”. A minha sogra fez tudo assim, sabe. Minha sogra levava ele para trocar, eu só deitada, até eu falei assim: “que vida boa essa de mãe” (Cândida, 21 anos, preta, ensino médio, primeira gestação).

A minha mãe estava em casa. A minha mãe também me cuidou muito. Eu falei: “estou bem, eu vou tomar banho sozinha, se precisar eu chamo”. Nem deu tempo. Ela só ouviu o barulho e eu desmaiei no banheiro. Eu fiquei três dias no hospital e

depois de uma semana que eu estava em casa, eu achei que podia tomar banho sozinha, e não, porque eu desmaiei no banheiro com oito dias que o meu bebê tinha nascido. [...] Eu fui dar banho no bebê sozinha, ele tinha um mês. Antes era só o meu marido e a minha mãe que davam (Ana, 30 anos, branca, ensino superior incompleto, primeira gestação).

Segundo Sanicola (2008, p. 60), o princípio de organização das redes primárias é a dívida social, em que cada pessoa se vincula a outra por relações de troca, cujo método é a reciprocidade - imediata ou não. A lógica da doação, que permeia as relações sociais nas redes primárias, caracteriza-se pela lealdade horizontal e vertical entre gerações, que contribuem para a formação do universo afetivo e simbólico de indivíduos e coletividades. Nas redes sociais primárias “são gerados e aprendidos os valores essenciais para a vida dos indivíduos, que serão assumidos como ponto de referência fundamental para a orientação e a ação de uma pessoa na sociedade”.

É válido destacar que nessa fase inicial de adaptação, os membros da família envolvidos com as atividades de cuidado estão vulneráveis, sobretudo as mães, uma vez que as necessidades do bebê ainda estão em fase de assimilação e a dedicação integral no atendimento a essas demandas acarretam momentos de extenuação, estresse e irritação, situação descrita por Celina em sua entrevista:

[...] o que mais me pegou foi o sono, de não conseguir dormir, ficar muito tempo sem dormir. Teve uma noite, bem no comecinho que eu estava amamentando ela, e daí caía a cabeça e eu acordava, de tão cansada. Isso nunca tinha acontecido comigo, porque eu antes de ter filho, nossa, eu amava dormir, era o meu maior prazer na minha vida, e dormia, nossa, dormia horrores assim. Eu acho que foi a minha maior dificuldade, com relação a essa mudança rápida de sono. A bebê sempre foi muito sensível, até hoje ela é muito, e falam que é bem sensível quem é de câncer, e aí ela sempre chorou bastante, parece que ela é sensível tanto emotivamente, quanto à dor mesmo. Então, se ela tinha parece qualquer dor, qualquer coisa que incomodava ela chorava muito, e o fato do choro parece que uma hora ia explodir minha cabeça. Ao mesmo tempo a gente se culpa: “estou ficando estressada, minha filha”. Mas aos poucos eu fui, fui refletindo, pensando, era uma fase e tal, vem outra fase, outra fase, sempre tem uma fase, mas sempre vai melhorando mesmo. Todo mundo falava esse começo é normal, eles choram mesmo, principalmente se tem alguma coisa incomodando, se está chorando é porque realmente tem uma coisa incomodando, só que o mais difícil é você descobrir o que é [...] na verdade, era cansativo, era cansativo, não esperava que fosse tão cansativo quanto foi, pelo fato de ela nunca dormir bem, ela dormia duas horas e acordava. Ela sempre foi assim, até eu desmamar ela. Aí depois que ela desmamou aí ela começou a dormir a noite inteira. [suspira] [...] Eu parecia uma zumbi, e a gente fica irritada depois que não dorme, nossa. Ui! Mas passou, nem acredito (Celina 26 anos, branca, ensino superior completo, primeira gestação).

Conforme Fernandes, Boehs e Rumor (2011, p. 569), “quando as rotinas de cuidado são percebidas como incômodo ou peso tornam-se estressores ao cuidador (geralmente a mãe) e influem no clima familiar e, de forma crítica, nos padrões de interação mãe-criança, com reflexos no nível de ansiedade e na qualidade de vida da criança”. A abordagem centrada nas

rotinas e rituais familiares é recomendada pelas autoras para atuação dos profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, junto às equipes de saúde da família. Essa perspectiva teórica, aliada à compreensão das redes sociais primárias e secundárias, pode ser útil na atenção às mulheres e suas famílias em estágio puerperal.

1.5 NECESSIDADES MULTIDIMENSIONAIS DAS MULHERES NO PUERPÉRIO

O estudo das entrevistas permitiu a identificação de percepções sobre a maternidade, mudanças corporais e identitárias, vínculo com o bebê e a amamentação, dinâmicas familiares de cuidado, a assistência obstétrica e os cuidados profissionais. Também foi possível verificar comportamentos individuais e familiares indicativos de adaptação e de procura por atendimento às novas demandas, tais como busca por informações e apoio junto a profissionais ou pessoas experientes, planejamento de férias paternas e suporte para tarefas cotidianas. A relação entre as características do período pós-parto e as necessidades das mulheres expressas nas entrevistas foi organizada no quadro a seguir.

Quadro 1.3 - Características do puerpério e necessidades sociais e de saúde das mulheres

CARACTERÍSTICAS DO PÓS-PARTO	NECESSIDADES DAS MULHERES
	FÍSICAS
Dor perineal / dor no corte da cesárea	Apoio para o cuidado de si
Dificuldade de movimentação	Suporte nas atividades domésticas (preparo de alimentos e limpeza)
Dor nas mamas/bico do seio	Ajuda familiar e profissional na amamentação
Dores causadas por abusos e maus tratos no parto	Conforto e alívio da dor
Fadiga	Identificação e acompanhamento de sequelas do parto pelo serviço de saúde
	EMOCIONAIS
Construção do vínculo com o bebê	Tempo para descanso e para atividades voltadas para si
Sentimentos ambivalentes	Cuidado empático e acolhedor
Reconstrução da identidade a partir da maternidade	Compartilhamento de emoções e pensamentos
Traumas por situações de abuso, desrespeito e maus tratos no parto	Suporte psicológico
	SOCIAIS
Adaptação das rotinas e rituais familiares	Auxílio com os cuidados do bebê
Alterações na relação conjugal	Compartilhamento dos cuidados da prole e da casa
Mudanças na divisão das tarefas domésticas	Licença maternidade
Distanciamento do convívio com pessoas externas ao núcleo familiar	Disponibilidade e apoio do companheiro (ampliação da licença paternidade)
Planejamento reprodutivo	Espaços de socialização e de partilha de experiências (ex. grupos de mães)
Afastamento do trabalho	Suporte material e financeiro (garantia das necessidades básicas da mulher e de sua família)

Fonte: A autora.

A coluna sobre as características do período pós-parto organiza como as mulheres descrevem as mudanças corporais, emocionais e sociais advindas do nascimento. A coluna

sobre as necessidades sociais e de saúde corresponde à sistematização das demandas expressas pelas entrevistadas, a partir da exposição de percepções e comportamentos indicativos de informação, suporte e apoio tanto familiares como profissionais. O quadro 1.3 é complementado pelo esquema abaixo que aponta as necessidades consideradas transversais no período pós-parto com base nas entrevistas e na literatura.

Quadro 1.4 - Necessidades transversais no período pós-parto

Necessidade de Informação
Necessidade de suporte e apoio da rede primária (familiares, vizinhas, amigas)
Necessidade de suporte e apoio da rede secundária (serviços e profissionais de saúde):
- Profissional/serviço de referência em aleitamento materno com disponibilidade pós-horário comercial
- Profissional/serviço de referência para consulta(s) de revisão do parto e visita(s) domiciliar(es)
- Profissional/serviço de referência para atenção psicológica
- Profissional/serviço de referência para situações de vulnerabilidade social e violência doméstica
- Reconhecimento e registro das situações que configuram violações de direitos na atenção obstétrica

Fonte: A autora.

As necessidades enunciadas acima estão em consonância àquelas relatadas por outros estudos sobre o período pós-parto. A pesquisa qualitativa desenvolvida por Renata Teixeira *et al* (2015) com 13 mulheres assistidas desde o pré-natal por equipes de Estratégia Saúde da Família de Cuiabá, Mato Grosso, no ano de 2012, distinguiu quatro tipos de necessidades. A primeira refere-se à “necessidade de promover bem-estar e segurança ao filho, de compatibilizar tarefas e ritmos cotidianos e de resgatar práticas e condições anteriores de vida”. Nesta categoria, as autoras incluíram a necessidade de conhecer, interpretar e prover os cuidados do bebê - situação permeada por dúvidas, preocupações e sofrimento. A categoria também conjuga a necessidade de assumir e desempenhar novas tarefas domésticas somadas aos cuidados de outros membros da família. Tais demandas são priorizadas em relação ao cuidado de si, uma vez que “a mulher coloca em segundo plano outras necessidades não ligadas diretamente à função materna, cuja satisfação é projetada para o futuro” (TEIXEIRA *et al*, 2015, p. 624).

A segunda categoria constatada corresponde às “necessidades afetivo-sociais e afetivo-conjugais”, na qual as autoras destacam os sentimentos ambivalentes que emergem dos conflitos entre a percepção da maternidade como uma forma de realização, a sobrecarga de tarefas e responsabilidades e as dificuldades de manutenção do relacionamento afetivo-conjugal após o nascimento.

Entre as mulheres é forte a ambivalência de sentimentos frente à maternidade e o modo como a assumem. Expressam sentimentos de bem-estar, amor, alegria, carinho com o nascimento do filho, que satisfazem necessidades afetivo-culturais,

relacionadas à experiência da maternidade e ao idealizado em torno desta. Mas a experiência também ocorre entremeada por medo, ansiedade, insegurança, tristeza, preocupações. Estes sentimentos manifestam-se frente à dificuldade de realizarem as várias tarefas sob sua responsabilidade, frente às autocobranças, ao não controlável e/ou à falta ou insuficiência de condições consideradas importantes para suprir o que o filho precisa de imediato e/ ou futuramente, estas últimas consubstanciadas em necessidades de reprodução da vida. (TEIXEIRA *et al*, 2015, p. 624).

As “necessidades orgânicas”, por sua vez, estão relacionadas às alterações corporais intensas no período pós-parto e que exigem descanso físico e reposição do sono. Mas, muitas vezes, são relegadas ao segundo plano em razão da priorização da atenção ao bebê. As “necessidades de suporte familiar e social” incluem a ajuda do companheiro e da família estendida para a realização de tarefas domésticas e cuidados com o recém-nascido e os demais filhos e filhas.

Em um estudo ocorrido na Bélgica de autoria de Justini Slomian *et al* (2017), que comunica a experiência de discussão sobre a temática com mães, pais e profissionais de saúde, quatro categorias de necessidades foram apontadas:

(1) necessidade de informação (as mulheres pareciam necessitar de informações médicas, práticas e administrativas); (2) a necessidade de apoio psicológico (as mulheres querem ser cercadas, tranquilizadas e compreendidas neste difícil período da vida); (3) a necessidade de compartilhar experiências (as mulheres gostavam de ter a possibilidade de discutir questões com outras mães, especialmente para descobrir se o que estão vivenciando é normal); e (4) a necessidade de apoio prático e material (as mulheres continuavam preocupadas com o trabalho doméstico e apreciavam a ajuda nas tarefas domésticas, passar roupa, etc.). (SLOMIAN *et al*, 2017, p. 1, tradução nossa)¹⁸.

Em sua tese de doutorado sobre a atenção pós-parto no sul do Brasil, Tatiane Baratieri (2020, p. 30-31) identificou, por meio de revisão da literatura, duas categorias centrais de necessidades de saúde das mulheres: “necessidade de maior atenção para as mulheres do que para as crianças” e “necessidade de orientações e atenção profissional”. Constata-se que, independentemente da localidade, as necessidades de saúde identificadas nos estudos convergem com aquelas descritas neste capítulo, exceto pela referência à necessidade de reconhecimento da violência obstétrica.

A necessidade de identificação dos procedimentos e condutas iatrogênicas (ILLICH, 1977) e discriminatórias na assistência obstétrica ampara-se na compreensão de que as

¹⁸ “(1) a need for information (women seemed to require medical, practical, and administrative information); (2) a need for psychological support (women want to be surrounded, reassured, and understood in this difficult period of life); (3) a need to share experiences (women liked having the possibility of discussing issues with other mothers, especially to find out if what they are experiencing is normal); and (4) a need for practical and material support (women remained preoccupied by housework and appreciated help with household chores, ironing, etc.)”. (SLOMIAN *et al*, 2017, p. 1).

relações assimétricas de gênero, cor/raça e classe social produzem iniquidades que afetam a saúde e os modos de viver das mulheres e de suas famílias. A violência obstétrica se manifesta tanto como “iatrogênese clínica” quanto como “iatrogênese cultural”. Definida por Ivan Illich (1977, p. 37), a “iatrogênese clínica” refere-se às “intervenções técnicas dos profissionais de saúde, intervenções contra-indicadas, errôneas, brutais, inúteis ou mesmo prescritas conforme as regras da arte” causadoras de efeitos nocivos à saúde. O conceito designa “as consequências biomédicas do acto técnico que se se manifestam sob a forma de sintomas clínicos.”. O sofrimento de Anita perpetrado pelo médico obstetra no parto revela que a iatrogênese clínica pode estar associada a condutas discriminatórias e preconceituosas como o racismo.

Entende-se que a violência obstétrica também se manifesta como uma “iatrogênese cultural”, que no sentido atribuído por Kleinman (1978), decorre dos conflitos entre os diferentes sistemas de atenção à saúde. Nos relatos analisados, a violência obstétrica se manifestou na imposição do modelo biomédico na assistência à gestação, parto e pós-parto para mulheres que buscavam a atenção humanizada.

A atenção obstétrica reproduz iniquidades de cor/raça, gênero e classe na prestação dos cuidados às mulheres, durante a gestação, parto e puerpério, o que gera processos de exclusão e sofrimento. Na perspectiva dos determinantes sociais da saúde e da doença, “As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça” (BARATA, 2009, p. 55). Elas resultam de desvantagens sociais, políticas e econômicas historicamente construídas que afetam segmentos específicos da população, impactando no acesso e no uso dos serviços de saúde. Sob o arcabouço conceitual da justiça reprodutiva, os determinantes sociais da saúde e da doença podem ser entendidos com base nas opressões interseccionais, conforme explicam Ross e Solinger:

A justiça reprodutiva é baseada no entendimento de que os impactos das opressões de raça, classe, gênero e identidade sexual não são aditivos, mas integrativos. Para cada indivíduo e cada comunidade, os efeitos desses impactos serão diferentes, mas eles compartilham algumas das características básicas da interseccionalidade: universalidade, simultaneidade e interdependência. (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 74-75, tradução nossa)¹⁹.

Quanto às concepções e práticas de cuidados à saúde, a imersão nas falas permite considerar que os serviços de assistência preconizam a intervenção no parto e nascimento em

¹⁹ “Reproductive justice is based on the understanding that the impacts of race, class, gender, and sexual identity oppressions are not additive but integrative. For each individual and each community, the effects of these impacts will be different, but they share some of the basic characteristics of interseccionalidade: universality, simultaneity, and interdependence.” (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 74-75).

detrimento do bem-estar das mulheres. A rede afetiva/familiar desempenha papel central nas orientações e cuidados à mulher após o parto, o que significa considerar que essa rede é fundamental para a garantia da saúde da mulher. Porém, em situações em que a família não está presente para suprir as demandas das mulheres e em que é necessário o atendimento pela rede de serviços, identificam-se falhas na assistência.

Sob esses aspectos, ainda que não tenhamos exemplos entre as entrevistadas, a ausência da rede primária acarreta maiores dificuldades para as mulheres. Alguns dos relatos oferecem pistas disso, ao indicarem a indispensabilidade da presença do companheiro nas primeiras seis semanas decorrentes do parto (licença paternidade insuficiente). As entrevistas também apontam que situações que fogem às representações sociais comuns sobre a maternidade (tristeza após o parto, descontentamento com a rotina, dificuldades de vínculo com o bebê) demandam acolhimento. O problema mais acentuado é perceber que os serviços não são referência para que as mulheres busquem ajuda nessas situações. As próprias representações e preconceitos permeiam a atuação dos profissionais de saúde, compreensão que é confirmada por outros estudos, a exemplo da análise de Teixeira *et al* (2015, p. 622-623):

Nos serviços de saúde, historicamente, a abordagem de necessidades ocorre, sobretudo, a partir da linguagem das doenças e da medicalização. Essa perspectiva tem obscurecido a dimensão sócio-histórica das necessidades de saúde e obstaculizado a expressão das que nela não se enquadram. Uma das consequências disto é a invisibilidade das relações entre necessidades no pós-parto e as desigualdades de gênero e o exercício do ser mulher.

Desigualdades relacionais dessa ordem, naturalizadas, decorrem de dispositivos culturais que marcam diferentemente as identidades tanto femininas como masculinas, juntamente com outros referentes sociais - classe, etnia, sexualidade e outros. A particular hierarquização de diferenças percebidas entre os sexos, apoiadas em instituições, estruturas, saberes, práticas e rituais, imbricados a relações de poder, tem resultado em iniquidades e em desconsideração, pelos serviços, de várias necessidades de saúde de mulheres e homens [...]

Quer dizer, tanto as necessidades de saúde de mulheres no pós-parto como o modo como estas lidam com elas encontram-se imbricadas ao papel social que lhes é atribuído frente à reprodução e maternidade.

A consulta puerperal, nas percepções das mulheres, está diretamente vinculada à avaliação dos pontos e à indicação de métodos contraceptivos. Nenhuma mulher relatou que houve abordagem pelos serviços quanto às condições físicas, psicológicas e do seu bem-estar geral. Não houve relatos de que a consulta puerperal procurou identificar se a mulher precisava de algum tipo de encaminhamento ou tratamento para as possíveis sequelas causadas pela assistência ao parto.

Apenas uma mulher, dentre as que fizeram pré-natal no SUS, disse ter recebido visita em seu domicílio após o parto. Isso pode indicar a ausência de mecanismos de monitoramento

da ocorrência do parto pelas equipes de saúde em relação às gestantes de seus territórios; pode indicar também que a visita domiciliar na primeira semana não é prioridade, ao contrário do que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a). Além disso, a mulher está em situação secundária nos contatos que realiza com a rede formal – a primazia da atenção passa a ser a puericultura. Essa situação é reforçada pelo próprio comportamento cultural manifesto pelas mulheres de que sua saúde é secundária diante da do bebê.

Outra dificuldade narrada pelas entrevistadas é a ausência de profissionais capacitados para orientação e manejo da amamentação, tanto nas maternidades quanto na atenção básica. Faltam ainda serviços especializados para atender as mulheres quando elas precisam, pois as dificuldades com a amamentação não acontecem apenas nos horários de funcionamento dos serviços primários de saúde.

As mulheres, na maior parte das entrevistas, sentem dor. Nos pontos da cesárea, no períneo/vagina, nas mamas. Somam-se a isso os desconfortos na realização de necessidades básicas, incômodos para se movimentar e descansar que interferem nas práticas de autocuidado, de cuidados com a criança, na situação conjugal, no retorno aos afazeres domésticos, às atividades laborais e à vida social. A dor e mal-estar das mulheres podem ocasionar problemas encadeados para a vida familiar e social. A atenção à saúde não é somente particularizada no corpo, pois contribui para a autonomia das mulheres.

A pesquisa qualitativa de Maria Suely Corrêa et. al (2017) também constatou “uma desvalorização do pós-parto nas políticas públicas de saúde, em comparação a outras fases do ciclo gravídico puerperal”. Esse estudo com uma equipe de saúde da família e dez mulheres, no ano de 2013, em Recife, teve por objetivo compreender “as percepções e práticas relativas ao acolhimento no cuidado puerperal à mulher”. Os resultados apontam que “as limitações técnicas, relacionais e organizacionais das práticas de saúde desenvolvidas pela EqSF [equipes de saúde da família]” ocasionam “pouca visibilidade das necessidades específicas da mulher no puerpério”.

Sob essas múltiplas perspectivas, dirigimos o olhar para a relação desse universo mais restrito e qualitativo de vivências para as características sociodemográficas que possam generalizar situações enfrentadas pelas mulheres brasileiras no puerpério. O Brasil carece de pesquisas de avaliação governamental sobre a atenção ao ciclo gravídico-puerperal, o que potencializa a invisibilidade das dificuldades enfrentadas pelas mulheres no puerpério.

A aplicação da interseccionalidade como ferramenta analítica requer que a pesquisa seja feita “de baixo para cima”, da realidade concreta das pessoas, do seu cotidiano e de suas demandas, para a problematização e avaliação das políticas públicas, da produção de

conhecimento e posituação de direitos (CRENSHAW, 2002; COLLINS; BILGE, 2021; ROSS; SOLINGER, 2017). Como confirma Herrera Flores (2009), a análise crítica dos direitos humanos requer o reconhecimento das necessidades concretas das pessoas e das lutas cotidianas para supri-las.

As experiências relatadas pelas entrevistadas ocorreram em um município da região Sul, de população predominantemente urbana, classificado como de alto índice de desenvolvimento socioeconômico, médio índice de condições de saúde e de estrutura de média/ alta complexidade, onde a cobertura dos cuidados primários de saúde é considerada alta em comparação com outras regiões do país (BRASIL, 2015b). A partir das histórias dessas mulheres, investigamos como as políticas públicas e a academia produzem dados sobre a atenção puerperal no Brasil, procurando articular como manifestações subjetivas se objetivam nas condições estruturais do sistema de saúde do país no período de 2000 a 2019. O primeiro movimento para esse processo está no estudo sobre os níveis de percepção de dor após o parto pelas mulheres brasileiras que participaram da pesquisa mais completa já realizada para o diagnóstico da atenção obstétrica no país, a Nacer no Brasil.

CAPÍTULO 2 – FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DE DOR NO PUERPÉRIO: ANÁLISE SECCIONAL DA PESQUISA NASCER NO BRASIL

Eu fiquei umas duas semanas sem encostar lá, eu não encostava assim. Eu ia tomar banho, eu só passava um lencinho, mas sem encostar. Eu tive muita dor, muita queimação lá embaixo, [...] e usei sim por um tempo uma pomada. [...] Fazer xixi era uma tortura.

(Patrícia, 22 anos, parda, ensino médio, primeira gestação)

Tenho dor, assim, bastante no abdômen, na parte de baixo assim, bem perto da cesárea. A minha cesárea fez uma quelóide do lado, porque ele costurou duas vezes. [...] Porque eu sinto que ela tem um relevo bem alto. Mas eu tenho bastante dor na barriga.

(Anita, 22 anos, preta, ensino médio, segunda gestação)

Se ela tomou três ml do meu leite foi muito, porque saía, mas com muita dor e até com sangue.

(Virgínia, 33 anos, cor não declarada, ensino superior completo, primeira gestação)

Este capítulo apresenta uma análise sobre a percepção que as mulheres brasileiras têm quanto à intensidade da dor após o parto no períneo/vagina, nos pontos da cesárea e nas mamas/ bico do seio. Segundo Colleen Stainton *et al* (1999), para muitas mulheres a dor após o parto é um fenômeno inesperado, em razão da crença comum de que a dor acaba com a última contração do parto, com a expulsão da placenta. Contudo, como a gestação e o parto exigem da mulher uma performance máxima do corpo, o processo de recuperação é permeado por desconforto e sensações dolorosas, cuja intensidade e localização estão relacionadas com a experiência do parto e o início da lactação. O estudo aponta que há pouco espaço nos serviços de saúde para as mulheres expressarem dor após o parto, porque com o nascimento há um deslocamento da atenção dos prestadores de serviço da mãe para o bebê. Por esse motivo, muitas vezes a abordagem sobre a dor após o parto é inadequada ou insuficiente, havendo a necessidade de reconhecimento de que o acesso a formas de alívio e de conforto para a dor puerperal é parte dos serviços de assistência pós-natal.

Como descreve o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) em artigo publicado em 2018, as principais fontes de dor após o parto vaginal são: contrações uterinas (“*afterpains*”), lacerações perineais e ingurgitamento mamário. Tais processos dolorosos podem interferir na capacidade da mulher cuidar de si e do seu bebê, de modo que as formas de tratamento não farmacológicas e farmacológicas são componentes importantes da assistência pós-natal (que engloba os cuidados com a mãe e o recém-nascido), embora o manejo medicamentoso da dor deva ser criterioso, uma vez que pode causar prejuízos à saúde da mãe e da criança (ACOG, 2018).

Sobre a cesárea, Sandra Sell *et al* (2012) argumentam que esta via de parto acarreta maiores prejuízos ao organismo da mulher, uma vez que, além do corte, músculos são tirados do lugar e a cavidade uterina é vasculhada. O processo de recuperação doloroso é um fator que dificulta o cuidado de si e da criança, a movimentação, o correto posicionamento do bebê para amamentar, entre outros problemas, motivo pelo qual as mulheres submetidas à cirurgia precisam tanto de cuidados pós-operatórios como de cuidados pós-natais. Não obstante isso, as autoras apontam que geralmente a manifestação de dor das mulheres pós-cesárea é negligenciada, devido ao imaginário presente entre os profissionais de saúde que a dor é “normal”.

A falta de atenção às queixas maternas ou falta de disponibilidade para que a mulher possa manifestar sua percepção de dor contraria a recomendação do Ministério da Saúde (2001) do Brasil de que a avaliação puerperal deve ser empática e considerar os aspectos físicos e psíquicos, tratando a mulher como um ser integral. Tendo em vista a ausência de estudos populacionais sobre a experiência da dor após o parto entre mulheres brasileiras, a análise estatística realizada com o banco de dados da pesquisa Nacer no Brasil visa descrever os níveis de percepção de dor no períneo/vaginal, no corte da cesárea, nas mamas/bico do seio considerando o perfil sociodemográfico das entrevistadas e características dos serviços de saúde. O estudo ainda permite comparar os níveis de percepção de dor entre mulheres que fizeram parto vaginal e cesárea.

2.1 A PESQUISA NASCER NO BRASIL

“Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” é a primeira pesquisa sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. O projeto foi contemplado por edital do Ministério da Saúde por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e contou com o apoio financeiro da Fundação Oswaldo Cruz (Inova Project) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) (LEAL; GAMA, 2014). Conforme Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto respeitou as diretrizes e normas para a pesquisa com seres humanos, obtendo aprovação sob o protocolo CEP/ENSP – nº 92/10.

O inquérito, de base populacional, foi organizado a partir de ampla rede de pesquisadores/as com abrangência em todas as regiões do país. O desenho da amostra da pesquisa Nacer no Brasil foi descrito por Mauricio Vasconcellos *et al* (2014), incluindo a definição da população, estratificação das unidades hospitalares, tamanho da amostra, período

da pesquisa de campo e peso amostral para as entrevistas telefônicas com as puérperas participantes.

Vasconcellos *et al* (2014) explicam que a definição da população teve como referência o número de puérperas cujos filhos nasceram com vida no ano de 2011 em hospitais que registraram 500 ou mais nascidos vivos em 2007 no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SISNASC). Foram excluídas mulheres com distúrbio mentais graves, surdas/mudas e estrangeiras que não entendiam português. A estratificação dos hospitais considerou a macrorregião do país, localização na capital ou interior, tipo de financiamento (público, privado e misto - para os privados conveniados ao SUS).

Por meio do emprego de método de amostragem inversa, conforme Vasconcellos *et al* (2014), definiu-se o tempo mínimo de 7 dias de campo para entrevistar 90 puérperas por unidade hospitalar. Ao total foram 23.940 puérperas entrevistadas em 266 hospitais. Em etapa de saneamento, foram excluídos registros sem informação da mãe ou de dados médicos do recém-nascido. O tamanho final da amostra foi de 23.894 puérperas.

A pesquisa Nascer no Brasil também procurou entrevistar essas mulheres após o parto, por meio de contato telefônico em até seis meses contados da entrevista realizada no hospital, no período de março de 2011 a fevereiro de 2013. Sobre a forma de realização da etapa telefônica, D’Orsi *et al* (2014) esclarecem que as entrevistas por telefone foram acordadas com as mulheres participantes da pesquisa no momento da entrevista hospitalar por meio de termo de consentimento livre e esclarecido. Dez entrevistadoras do sexo feminino de uma empresa especializada foram capacitadas pelas coordenadoras da pesquisa para fazer a abordagem por telefone. “Foram consideradas perdas de segmento, mulheres que não tinham telefone ou não puderam ser contatadas após cinco tentativas em dias e horários alternados” (D’ORSI *et al*, 2014, p. 156).

Segundo Vasconcellos *et al* (2014, p. 54), cerca de 68% das mulheres participantes responderam à etapa telefônica da pesquisa. A fim de compensar as perdas, optou-se por realizar uma operação estatística para estimar as respostas faltantes, ou seja: “[...] modelar a probabilidade de resposta por cada segmento como uma função das variáveis obtidas na pesquisa de base e usá-la para derivar ajustes de peso de não resposta para as mulheres que responderam cada segmento”. A partir desta operação, é possível aferir as respostas das entrevistas telefônicas para a amostra total, de 23.894 mulheres. Este procedimento foi utilizado para a análise das questões sobre dor no puerpério.

Neste capítulo são analisadas as respostas a três questões fechadas integrantes do bloco “morbidade materna e utilização de serviços”, relativas ao tema dor após o parto. As

mulheres que fizeram parto vaginal ou a fórceps responderam: “*Nas duas primeiras semanas após o parto, a Sra. teve dor nos **pontos que levou no períneo/vagina?***” E as mulheres que tiveram cesariana: “*Nas duas primeiras semanas após a cesariana, a Sra. teve dor nos **pontos da cirurgia?***” Todas as mulheres foram indagadas: “*Nas duas primeiras semanas após o parto a Sra. teve **dor nas mamas ou no bico do seio?***”. Para todas as questões havia as seguintes possibilidades de resposta: não teve dor; dor fraca; dor forte; dor muito forte; dor insuportável. Para fins de exposição dos resultados foram agrupadas as respostas para dor fraca e dor forte na variável “referiu dor”; e dor muito forte e dor insuportável na variável “referiu muita dor”. Apenas para as entrevistadas que tiveram parto vaginal, apresentou-se também a opção “não levou pontos”.

A análise estatística, por meio do IBM SPSS Statistics Versão 23, evidenciou a distribuição da frequência relativa das variáveis maternas e das variáveis referentes aos serviços de saúde em face dos desfechos de dor após o parto. Todas as variáveis analisadas são categóricas. As variáveis maternas investigadas foram: região de residência no país (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul), cor/raça autorreferida (branca, parda, preta), faixa etária (10 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 ou mais), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo ou mais), classificação econômica (A+B, C, D+E) conforme Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPME)²⁰, número de partos anteriores/ paridade (0, 1, 2, 3) e tipo de parto (vaginal, cesárea).

A prestação dos serviços de saúde foi avaliada com base nas variáveis: atenção pré-natal (inadequada, adequada); profissional que prestou a maior parte das consultas de pré-natal (médico, enfermeiro); local de realização do pré-natal (serviço público, serviço particular, ambos); fonte de pagamento do parto (público, privado); realização da consulta puerperal/ revisão do parto (sim, não). Para a variável atenção pré-natal, o serviço foi considerado adequado se a primeira consulta ocorreu até 12ª semana de gestação, se o número total de consultas estava de acordo com a idade gestacional no momento do parto, se os exames de rotina estavam registrados no cartão de pré-natal, se houve indicação da maternidade de referência para assistência ao parto segundo relato materno (DOMINGUES *et al* 2015).

²⁰ A classificação econômica tem como referência um sistema de pontuação que considera o poder aquisitivo das famílias brasileiras (ter a posse de eletrodomésticos, possuir banheiro privativo, automóvel, etc.) e o grau de instrução do “chefe de família”. A classificação distingue as famílias em oito estratos econômicos, no qual o A1 indica o mais elevado grau de poder aquisitivo e o E, o menor. Considerando o ano de 2010, a renda média das famílias por classe econômica foi a seguinte: A1 – R\$ 12.926, A2 – R\$ 8.418, B1 – 4.418, B2 – 2.565, C1 – 1.541, C2 – 1.024, D – 714, E – 477 (ABEP, 2012).

A verificação dos fatores associados à dor do puerpério ocorreu por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson. Segundo Pedro Barbeta (2008), trata-se de procedimento estatístico que testa a significância da associação entre duas variáveis categóricas. O objetivo do teste é verificar se os dados da amostra indicam que há evidências suficientes para que se possa inferir que existem diferenças populacionais quanto à percepção de dor no puerpério. O teste foi realizado a partir do cruzamento entre cada uma das características maternas - expressas em variáveis sociodemográficas e variáveis de utilização dos serviços obstétricos pela mulher - com cada uma das modalidades de dor pós-parto, compondo tabelas de contingência para os respectivos cruzamentos.

Estatisticamente, conforme Barbeta (2012), o teste Qui-Quadrado de Pearson mede a distância entre as frequências observadas e as frequências esperadas para cada célula da tabela de contingência, tendo como premissa a hipótese de que as variáveis são independentes (H_0). O valor de p resultante da aplicação do teste indica o nível de significância da associação. Rejeitou-se H_0 a favor da hipótese de que há associação entre as variáveis (H_1) ao nível de significância de 5%. Assim, foi possível inferir a existência de associação significativa entre as variáveis analisadas em face da modalidade de dor puerperal quando o valor de p ficou abaixo de 0,05.

Posteriormente foi feito um modelo ajustado, mediante regressão logística binária, para estimar a probabilidade de ocorrência do evento “perceber dor”. A regressão logística é considerada a técnica mais indicada nos casos em que a variável dependente tem apenas duas categorias (FERNANDES *et al*, 2020). Por isso, nesta etapa as respostas para a dor foram unidas em duas categorias: não referiu dor (codificada como “0”) e referiu dor (codificada como “1”). O modelo permite identificar as chances de ocorrência das modalidades de dor puerperal em face de todas as variáveis sociodemográficas e de atenção à saúde.

Utilizou-se a ferramenta para regressão logística do software IBM SPSS Statistics Versão 23, inserindo as variáveis explicativas pelo método *enter*, em que todas são incluídas simultaneamente com a indicação da categoria de referência para cada variável. O modelo final para os três desfechos (dor nos pontos do períneo/vagina, dor nos pontos da cesárea, dor nas mamas/bico do seio) foi feito com todas as variáveis explicativas, primeiro com as maternas e, em etapa posterior, com aquelas relativas aos serviços de saúde.

2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS ENTREVISTADAS

Quanto às características gerais da amostra, a maior parte das mulheres participantes da pesquisa Nascer no Brasil, 56,1%, declarou-se parda, 33,8% identificaram-se como brancas e 8,6%, pretas. O estrato de 20 a 34 anos de idade correspondeu a 70,4%, mulheres entre 10 e 19 anos representaram 19,1%, e aquelas com 35 anos ou mais, 10,5% da amostra. A escolaridade preponderante foi o ensino médio completo com 39%. A proporção de mulheres com o ensino fundamental completo foi de 25,6% e com o ensino fundamental incompleto foi 26,6%. Nota-se que se somados os dois grupos, a quantidade de mulheres com ensino fundamental incompleto e completo corresponde a 52,2%, superando o quantitativo de mulheres que finalizaram o ensino médio. A proporção de mulheres da classe C é de 52%, seguida de 24,3% das classes A e B, e 23,7% das classes D e E. As primíparas, isto é, mulheres que não tiveram nenhum parto anterior, constituem quase metade da amostra (48,6%); aquelas com um parto anterior somam 29,7%; com dois partos, 13,1%; com três partos ou mais, 8,7%.

Dentre os resultados gerais, destaca-se que quase a totalidade das entrevistadas fez o pré-natal (99,4%), das quais 65,6% tiveram pré-natal adequado. Ou seja, uma a cada três mulheres entrevistadas não tiveram pré-natal adequado. Para 75,8% das mulheres, o(a) médico(a) foi o profissional que prestou a maior parte das consultas de pré-natal, e para 22,6% foi a(o) enfermeira(o). O acompanhamento pelo mesmo profissional durante todo o pré-natal aconteceu “o tempo todo” para 51,1% das mulheres, “a maior parte do tempo” para 36,4%, e “não ocorreu” para 11,4%. O serviço público foi responsável por 69,3% das consultas de pré-natal e os serviços privados por 25,8%. O pré-natal foi realizado em ambos os serviços para 4,2% das mulheres. O setor público também respondeu por 80% dos partos, e 20% dos partos ocorreram em hospitais privados - considerados tanto aqueles pagos por desembolso direto, quanto por plano de saúde.

Conforme Rosa Domingues *et al* (2020), aproximadamente 70% das mulheres afirmaram que foram orientadas a comparecer a um serviço para realizar a consulta puerperal, num período de 7 a 10 dias após o parto. A maior parte das puérperas fez a consulta pós-parto, pois 73,9% procuraram o serviço de saúde para a revisão do parto. No entanto, apenas 37% mencionaram que a consulta ocorreu nos primeiros 15 dias. Mulheres com escolaridade de nível médio ou superior, vinculadas a um plano de saúde, que realizaram pré-natal adequado e residentes nas regiões Sul e Sudeste apresentaram maiores chances de fazer a consulta puerperal nos primeiros 15 dias pós-parto. Por sua vez, as mulheres pardas e das classes

econômicas mais baixas (C, D+E) fizeram menos consultas. Receber orientação da maternidade para procurar um serviço de saúde para fazer a revisão do parto mostrou-se associada positivamente com a realização da consulta.

Sonia Bittencourt *et al* (2020) analisaram a cascata de adequação da continuidade do cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, segundo dados da Pesquisa Nacer no Brasil. Considerando os parâmetros de atenção obstétrica preconizados pelo Ministério da Saúde, observou-se que apenas 11,7% das puérperas entrevistadas tiveram o conjunto de ações adequadas: iniciar o pré-natal até a 12ª semana de gestação, número adequado de consultas pré-natais para a idade gestacional, orientação sobre qual maternidade procurar para a assistência ao parto, receber informação para buscar um serviço de saúde para a revisão do parto e fazer a consulta puerperal em até 15 dias.

Dentre os resultados interseccionais apresentados por Bittencourt *et al* (2020) destaca-se que mulheres residentes do Norte e Nordeste apresentaram “chance sete a dez vezes maior de cuidado inadequado do que a região Sul”. A escolaridade também impactou, uma vez que a chance de inadequação na continuidade do cuidado foi “quase quatro vezes maior em mulheres com ensino fundamental incompleto em relação àquelas com nível superior”. As mulheres pardas têm 52% e as pretas 57% das chances de continuidade do cuidado em relação às brancas. Por fim, aquelas que não tinham trabalho remunerado tinham somente 54% de chance em relação às remuneradas.

Para o interesse deste estudo, foram consideradas todas as mulheres que afirmaram ter realizado a consulta puerperal, independentemente do período, tendo em vista que as manifestações de dor podem ocorrer em períodos superiores a 15 dias. Além disso, a realização da consulta puerperal pode ter, dentre suas razões, a busca de serviços para alívio e tratamento das dores que ocorrem no puerpério. Sob esse aspecto, 67,8% das respondentes afirmaram ter realizado a consulta puerperal, independentemente do período.

2.3 NÍVEIS DE PERCEPÇÃO DE DOR NO PUERPÉRIO E FATORES ASSOCIADOS

A dor no puerpério está presente em uma fração significativa da população feminina brasileira. A Pesquisa Nacer no Brasil revela que 71,8% das puérperas sentem dor. Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, 40% perceberam algum nível de dor nos pontos do períneo/vagina e 9,3% delas afirmaram que não levaram pontos. Entre as que referiram dor, 33,4% perceberam alguma dor e 6,6% com muita intensidade. Comparando-se com o grupo que teve cesárea, 51,6% disseram sentir algum nível de dor no corte da cirurgia e destas, 7,6%

referiram muita dor. Considerando as mulheres de ambos os tipos de parto, 54,4% das puérperas afirmaram sentir dor nas mamas ou no bico do seio. Entre estas, 11,5% referiram muita dor.

2.3.1 Percepção de dor nos pontos do períneo/vagina

Após o parto, por causa de lacerações ou roturas espontâneas, ou por episiotomia, é possível que sejam dados pontos no períneo e/ou na vagina. De modo que a puérpera pode sentir ardência no local dos pontos, tal como relatado na epígrafe, além de inchaço, inflamação, prurido, sensação de dor genital associada à relação sexual, que podem acarretar dificuldades para urinar e deambular (COSTA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2018).

No Brasil, 40% das puérperas declararam sentir dor nos pontos do períneo/vagina. As mulheres que pariram no Sul apresentaram percentuais maiores, com 49,9%, entre as quais 7,8% relataram que sentiram dor muito forte, como se verifica na tabela 2.1. Os resultados para a variável cor/raça mostram que a proporção de mulheres que referiram dor nos pontos do períneo/vagina foi maior entre as brancas (43,1%), seguida das pardas (39,3%) e menor entre as pretas (33,4%). A variável cor/raça merece atenção na análise, pois ao se observar o dado posterior, sobre a percepção de dor na cesariana, há acentuada inversão.

Ao se observar a faixa etária das entrevistadas, destaca-se o alto índice de pontos no períneo/vagina entre as mulheres de 10 a 19 anos (94,8%) e a queda relativa desse índice nas mulheres de 20 a 34 anos (89,8%) e de 35 anos ou mais (84,7%). A informação sobre não levar pontos no períneo/vagina também tem significativa disparidade conforme número de partos anteriores. Observa-se que 95,9% das mulheres primíparas levaram pontos no períneo/vagina, ao passo que o percentual cai para 80% para aquelas com dois ou mais partos anteriores. Os dados sobre não levar pontos impactam na percepção de dor das respondentes.

Há um gradiente inverso de dor na sua relação com a variável idade, pois conforme aumenta a faixa etária reduzem as manifestações de dor. O que pode guardar relação com a paridade, porque as primíparas relataram percepção de dor em maior proporção (46,8%) do que as que tiveram um parto anterior (40,2%), dois partos anteriores (29%) e três partos anteriores (24,1%).

As declarações sobre dor são mais presentes entre mulheres com maior escolaridade, uma vez que 52,6% das entrevistadas com ensino superior responderam sentir dor em contraste com 35,1% das que tinham ensino fundamental incompleto. Entre os dois grupos também contrastam as proporções de respostas “não levou pontos” no períneo/vagina, para o

grupo com ensino superior foi de 5,3% e para o grupo com fundamental incompleto, 11,9%. Outro dado correlato à formação, a classificação econômica mostra que 45,3% das mulheres de classe A+B dizem ter sentido dor no períneo/vagina, enquanto 35% fazem essa afirmação pertencendo à classe D+E, e 40,9% à classe C

Tabela 2.1 - Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos do períneo/vagina segundo variáveis maternas

Dor nos pontos do períneo/vagina (n= 11.176)					
Variáveis Maternas	Não teve dor %	Referiu dor %	Referiu muita dor %	Não levou ponto %	p-valor
Brasil	50,8	33,4	6,6	9,3	
Região					<0,001*
Norte	54,0	30,0	5,4	10,5	
Nordeste	54,4	30,1	6,2	9,3	
Sudeste	50,9	33,7	6,3	8,9	
Sul	39,6	42,1	7,8	10,4	
Centro-Oeste	50,1	33,7	8,3	7,9	
Cor/raça^a					<0,001*
Branca	48,5	35,0	8,1	8,4	
Preta	56,6	27,4	6,0	10,0	
Parda	51,2	33,5	5,8	9,5	
Faixa etária					<0,001*
10 a 19	50,0	39,0	5,8	5,2	
20 a 34	51,3	31,6	7,0	10,2	
35 ou mais	48,8	30,9	4,9	15,3	
Escolaridade					<0,001*
EF Incompleto	53	29,2	5,9	11,9	
EF Completo	49,9	33,9	7,2	9,1	
EM Completo	50,6	35,1	6,6	7,8	
ES Completo ou +	42,2	46,7	5,9	5,3	
Classe Econômica					<0,001*
D + E	53,3	30,1	4,9	11,7	
C	50,7	34,2	6,7	8,3	
A+B	46,2	36,6	8,7	8,5	
Paridade					<0,001*
0	49,1	40,3	6,5	4,1	
1	50,8	32,1	8,1	8,9	
2	51,9	24,5	4,5	19,0	
3	55,9	19,4	4,6	20,0	

^a1,1% das entrevistadas se declararam da cor amarela/oriental e 0,4% como indígena, razão pela qual os valores referentes a esses grupos não constam na tabela * O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% (p< 0,05).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

Ao se observar a tabela 2.2, identifica-se que as mulheres cuja assistência pré-natal foi considerada inadequada apresentaram menores percentuais de manifestação de dor nos pontos do períneo/vagina (35,9%), do que as que tiveram pré-natal adequado (42,5%). Por sua vez, não houve diferenças significativas de manifestações de dor entre as mulheres atendidas no pré-natal por médica/o (39,7%) e as por enfermeira/o (40,2%). Quanto ao local do pré-natal, 38,9% das mulheres vinculadas ao serviço público manifestaram algum nível de dor, 44,8% dentre as que realizaram o pré-natal no serviço privado e 48,4% das que fizeram pré-natal em ambos.

Tabela 2.2 - Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos do períneo/vagina segundo variáveis dos serviços de saúde

Variáveis Serviços de Saúde	Dor nos pontos do períneo/vagina (n= 11.176)				p-valor
	Não teve dor %	Referiu dor %	Referiu muita dor %	Não levou pontos %	
Atenção Pré-natal					<0,001*
Inadequada	53,0	30,1	5,8	11,0	
Adequada	49,3	35,5	7,0	8,1	
Profissional do Pré-natal					<0,001*
Médico	51,2	33,4	6,3	9,1	
Enfermeiro	50,5	33,0	7,2	9,3	
Local Pré-natal					<0,001*
Serviço Público	51,3	32,5	6,4	9,7	
Serviço Particular	49,3	38,3	6,5	6,0	
Serviço Público e Particular	44,5	39,5	8,9	7,0	
Fonte de Pagamento do Parto					<0,001*
Público	50,6	33,4	6,5	9,6	
Privado	55,2	33,3	6,9	4,6	
Consulta Puerperal					<0,001*
Não	41,9	37,1	7,8	13,1	
Sim	52,6	32,0	6,3	9,0	

* O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% ($p < 0,05$).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

Entre as mulheres que tiveram o atendimento ao parto no setor público, 39,9% referiram dor, percentual ligeiramente menor comparado àquelas atendidas no setor privado, 40,2%. As entrevistadas que pariram no serviço particular têm maior percentual de pontos no períneo/vagina (95,4%) do que as assistidas no serviço público (90,4%). No pós-parto, a

pesquisa oferece dados sobre a realização da consulta puerperal: 45% das que não realizaram a consulta relataram algum nível de dor; e 38,3% dentre as que fizeram a consulta.

2.3.2 Percepção de dor nos pontos da cesárea

Os percentuais de dor nos pontos da cesárea relatados pelas entrevistadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as regiões do país. A menor proporção de mulheres que percebeu dor foi no Nordeste (49,5%), e a maior proporção foi verificada no Sul (54,7%).

As mulheres pretas manifestaram maior percepção de dor (58,9%) do que as pardas (51,6%) e as brancas (49,9%). As mais jovens também referiram mais dor, já que 56,3% das que tinham de 10 a 19 anos relataram sensação de dor nos pontos da cesárea. Se o fator juventude afeta similarmente as que tiveram parto vaginal e as que tiveram cesárea, o mesmo não ocorre quanto ao número de partos anteriores. Menos primíparas declararam sentir dor nos pontos da cesárea (48,3%), proporção que cresce conforme o número de partos anteriores (54,4% para um parto anterior; 54,2% para dois; 58,1% para três).

Em comparação às mulheres que tiveram parto vaginal, a escolaridade é uma variável que impacta mais positivamente a percepção de dor nos pontos da cesárea para quem tinha ensino superior (46,3%). Pois em todas as categorias de menor grau de instrução, mais da metade das puérperas referiram dor, sendo que entre as mulheres com ensino fundamental completo identificou-se a maior proporção (57,7%). Esse dado encontra sua correlação na classe econômica das respondentes, pois 47,4% das pertencentes à classe A+B referiram algum nível de dor, enquanto 54,1% da C e 52,3% da classe D+E.

Tabela 2.3 - Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos da cesárea segundo variáveis maternas

Variáveis Maternas	Dor nos pontos da cesárea (n= 12.718)			p-valor
	Não teve dor	Referiu dor	Referiu muita dor	
	%	%	%	
Brasil	48,4	43,9	7,6	-
Região				0,004*
Norte	46,8	43,6	8,6	
Nordeste	50,5	41,3	8,2	
Sudeste	48,6	44,1	7,3	
Sul	45,3	48,8	5,9	
Centro-Oeste	46,7	44,7	8,6	
Cor/raça				<0,001*
Branca	50,1	44,1	5,8	
Preta	41,1	47,5	11,3	
Parda	48,3	43,2	8,4	
Faixa etária				<0,001*
10 a 19	43,6	46,5	9,8	
20 a 34	48,8	43,6	7,6	
35 ou mais	51,4	43,2	5,4	
Escolaridade				<0,001*
EF Incompleto	47,6	41,5	11,0	
EF Completo	42,3	47,7	10,0	
EM Completo	49,9	44,6	6,9	
ES Completo ou +	53,7	40,9	5,4	
Classe Econômica				<0,001*
D + E	47,7	41,3	11,0	
C	45,9	45,9	8,2	
A+B	52,6	42,4	5,0	
Paridade				<0,001*
0	51,7	42,2	6,1	
1	45,6	46,5	7,9	
2	45,8	44,5	9,7	
3	41,9	43,9	14,2	

* O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% ($p < 0,05$).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

As mulheres que receberam assistência pré-natal considerada inadequada manifestaram sentir dor na proporção de 53,7%, dado ligeiramente superior às que tiveram assistência considerada adequada (50,9%). Praticamente não houve diferença entre o grupo que recebeu assistência pré-natal de profissional médico (51,2%) e enfermeira (53,1%). Por seu turno, as mulheres que realizaram o pré-natal no serviço privado perceberam menos dor

nos pontos da cesárea (44,9%) do que as atendidas no serviço público (56,1%). Situação que se repete quando se analisa o setor em que foi realizado o parto (44,2% no privado; 55,2% no público). Por fim, 56,7% das mulheres que não fizeram a consulta puerperal relataram algum nível de dor e 50,4% das que fizeram a consulta.

Tabela 2.4 - Distribuição dos níveis de percepção de dor nos pontos da cesárea segundo variáveis dos serviços de saúde

Variáveis Serviços de Saúde	Dor nos pontos da cesárea (n= 12.718)			p-valor
	Não teve dor %	Referiu dor %	Referiu muita dor %	
Atenção Pré-natal				0,003*
Inadequada	46,3	44,7	9,0	
Adequada	49,2	43,7	7,2	
Profissional do Pré-natal				0,310
Médico	48,7	44,3	6,9	
Enfermeiro	46,9	42,5	10,6	
Local Pré-natal				<0,001*
Serviço Público	43,8	46,4	9,7	
Serviço Particular	55,2	40,4	4,5	
Serviço Público e Particular	46,9	45,5	7,6	
Fonte de Pagamento do Parto				<0,001*
Público	44,8	45,8	9,4	
Privado	55,8	40,2	4,0	
Consulta Puerperal				0,010*
Não	43,3	42,0	14,7	
Sim	49,6	44,0	6,4	

* O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% ($p < 0,05$).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

2.3.3 Percepção de dor nas mamas ou no bico do seio

Mais da metade das brasileiras referiu dor nas mamas ou no bico do seio, conforme se verifica na tabela 2.5. Em todas as regiões do país, as proporções de percepção de dor mantiveram-se acima dos 50%, sendo maiores no Sul (57,5%) e no Norte (57,3%) e menores no Nordeste (51,4%). Para a variável cor/ raça, houve maior proporção de manifestação de dor entre as mulheres brancas (56%), seguida das pardas (53,9%) e pretas (50,6%).

Tabela 2.5 - Distribuição dos níveis de dor nas mamas/bico do seio segundo variáveis maternas

Variáveis Maternas	Dor nas mamas ou no bico do seio (n=23.894)			p-valor
	Não teve dor %	Referiu dor %	Referiu muita dor %	
Brasil	45,6	42,9	11,5	-
Região				<0,001*
Norte	42,7	47,3	10,0	
Nordeste	48,6	41,2	10,2	
Sudeste	45,4	42,2	12,5	
Sul	42,5	45,4	12,1	
Centro-Oeste	44,3	43,6	12,1	
Cor/raça				<0,001*
Branca	43,9	43,3	12,7	
Preta	49,4	39,9	10,7	
Parda	46,0	43,1	10,8	
Faixa Etária				<0,001*
10 a 19	43,7	44,7	11,6	
20 a 34	45,4	42,9	11,6	
35 ou mais	50,5	39,1	10,4	
Escolaridade				<0,001*
EF Incompleto	50,0	41,0	8,9	
EF Completo	46,8	42,1	11,2	
EM Completo	44,5	43,5	12,0	
ES Completo ou +	37,0	46,4	16,6	
Classe Econômica				<0,001*
D + E	49,3	40,8	10,0	
C	45,6	43,5	11,0	
A+B	42,4	43,5	14,1	
Paridade				<0,001*
0	41,3	45,6	13,0	
1	47,8	42,0	10,2	
2	50,4	39,9	8,7	
3	51,7	35,5	12,8	
Tipo de Parto				<0,001*
Vaginal ³	46,6	43,4	10,0	
Cesárea	44,8	42,4	12,8	

* O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% ($p < 0,05$).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

Como nas demais formas de dor aqui estudadas, as puérperas mais jovens relataram sentir mais dor (56,3% de 10 a 19 anos; 54,5% de 20 a 34 anos; 49,5% de 35 anos ou mais).

Do mesmo modo, no que se refere à paridade, 58,6% das mulheres primíparas disseram sentir dor nas mamas ou no bico do seio. Esta proporção diminuiu à medida que aumentou o número de partos anteriores (52,2% para um; 49,6% para dois; 48,3% para três). O tipo de parto também apresentou diferenças estatisticamente significativas nos níveis de percepção de dor nas mamas ou no bico do seio, sendo maior entre aquelas cujo parto foi cesárea (55,2%) do que entre aquelas que fizeram parto vaginal (53,4%).

Quanto maior o grau de escolaridade maior a percepção de dor nas mamas/bico do seio. Metade das mulheres com ensino fundamental incompleto manifestou dor, 53,3% daquelas com ensino fundamental completo, 55,5% das com ensino médio, chegando a 63% das puérperas com ensino superior. Situação similar à variável classe econômica, mulheres com rendas mais baixas apresentaram menores níveis de dor nas mamas, havendo diferenças significativas entre mulheres da classe D+E (50,8%), C (54,5%) e A+B (57,6%).

Dos dados da tabela 2.6, depreende-se que todas as variáveis relativas à utilização dos serviços de saúde estão estatisticamente associadas com a percepção de dor nas mamas/bico do seio. Mulheres cujo pré-natal foi considerado adequado relataram maior percepção de dor nas mamas/bico do seio (56,7%), do que as que tiveram pré-natal inadequado (49,9%). Por sua vez, nessa modalidade de dor, há diferença entre as mulheres atendidas por médica/o, que referiram mais dor (55,8%), e aquelas assistidas por enfermeira/o (50,1%). As mulheres que realizaram o pré-natal em serviço privado apresentaram maior proporção de dor nas mamas ou no bico do seio (59,2%) do que as atendidas no serviço público (52,6%). A proporção é similar quanto ao setor de atendimento ao parto, 59,4% no privado e 53,1% no público. A percepção de dor foi maior entre as mulheres que não realizaram a consulta puerperal (58,4%) na comparação com as que foram atendidas (54,7%).

Tabela 2.6 - Distribuição dos níveis de percepção de dor nas mamas/ bico do seio segundo variáveis relativas dos serviços de saúde

Dor nas mamas e no bico do seio (n= 23.894)				
Variáveis Serviços de Saúde	Não teve dor %	Referiu dor %	Referiu muita dor %	p-valor
Atenção Pré-natal				<0,001*
Inadequada	50,1	39,6	10,3	
Adequada	43,3	44,5	12,2	
Profissional do Pré-natal				<0,001*
Médico	44,2	43,6	12,2	
Enfermeiro	50,0	40,7	9,4	
Local Pré-natal				<0,001*
Serviço Público	47,4	42,1	10,5	
Serviço Particular	40,8	44,9	14,3	
Serviço Público e Particular	42,6	45,0	12,3	
Fonte de Pagamento do Parto				<0,001*
Público	46,9	42,2	10,9	
Privado	40,5	45,3	14,1	
Consulta Puerperal				0,010*
Não	41,6	42,3	16,1	
Sim	45,4	43,1	11,6	

* O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% ($p < 0,05$).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

2.3.4 Fatores associados à percepção de dor no puerpério

Após identificar percentualmente as manifestações de dor, passa-se a verificar as razões de chance dentre cada uma das variáveis em tela. As tabelas 2.7 e 2.8 contêm os resultados da regressão logística para as variáveis de desfecho dor nos pontos do períneo/vagina, dor no local dos pontos da cesárea e dor nas mamas/bico do seio.

Residir na região Sul, ter ensino superior completo, estar nas classes A+B e ser primípara são fatores que aumentam as chances de perceber dor nos pontos do períneo/vagina. A região do país apresenta acentuada disparidade, ao ratificar nos dados que uma mulher do Sul tem até duas vezes mais chance de mencionar dor nos pontos do períneo/vagina em relação às mulheres do Norte e Nordeste. Quanto à região, o mesmo acontece na percepção de dor nos pontos da cesárea, uma vez que as puérperas do Sul têm de 10 a 20% mais chances de relatar dor do que as residentes nas demais regiões. Esse resultado contraria a expectativa de

que o maior acesso das parturientes à continuidade dos serviços de cuidado - como apresentado no estudo de Bittencourt *et al* (2020) - resultaria em menor proporção da percepção de dor.

Os demais dados sociodemográficos permitem identificar diferenças nas percepções de dor nos pontos da cesariana em relação à dor nos pontos do períneo/vagina. Ter idade até 19 anos, ensino fundamental completo, estar nas classes C, D+E e ser múltipara aumentam as chances de relatar dor nos pontos da cesárea. Em relação à cor/raça, uma mulher preta tem 30% mais chance de perceber dor do que uma branca. As múltiparas têm 40% mais chances de mencionar dor do que as primíparas.

Tabela 2.7 - Fatores associados à percepção de dor nos pontos do períneo/vagina, no local da cesárea e nas mamas/bico do seio segundo variáveis maternas (continua)

Variáveis Maternas	Dor nos pontos do períneo/vagina ^{ab}		Dor nos pontos da cesárea ^b		Dor nas mamas/bico do seio ^b	
	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)
Região						
Norte	<0,001*	0,541 (0,452-0,648)	0,034*	0,842 (0,719-0,987)	0,651	1,027 (0,914-1,154)
Nordeste	<0,001*	0,548 (0,474-0,634)	<0,001*	0,777 (0,686-0,880)	<0,001*	0,797 (0,726-0,874)
Sudeste	<0,001*	0,640 (0,560-0,731)	0,006*	0,853 (0,761-0,956)	0,011*	0,895 (0,822-0,974)
Centro-Oeste	<0,001*	0,690 (0,565-0,844)	0,201	0,895 (0,756-1,060)	0,342	0,940 (0,828-1,068)
Sul		1,0		1,0		1,0
Cor/raça						
Branca		1,0		1,0		1,0
Preta	0,002*	0,782 (0,668-0,915)	<0,001*	1,320 (1,139-1,529)	0,070	0,909 (0,821-1,008)
Parda	0,843	1,010 (0,918-1,111)	0,622	1,021 (0,941-1,107)	0,954	1,002 (0,943-1,064)
Faixa etária						
10 a 19	0,451	1,043 (0,935-1,162)	<0,001*	1,324 (1,179-1,487)	0,528	1,025 (0,949-1,107)
20 a 34		1,0		1,0		1,0
35 ou mais	0,370	1,079 (0,914-1,273)	0,025*	0,883 (0,793-0,985)	<0,001*	0,834 (0,764-0,911)

Tabela 2.7 - Fatores associados à percepção de dor nos pontos do períneo/vagina, no local da cesárea e nas mamas/bico do seio segundo variáveis maternas (conclusão)

Variáveis Maternas	Dor nos pontos do períneo/vagina ^{ab}		Dor nos pontos da cesárea ^b		Dor nas mamas/bico do seio ^b	
	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)
Escolaridade						
EF Incompleto	0,001*	0,639 (0,495-0,825)	0,417	0,938 (0,804-1,094)	<0,001*	0,644 (0,569-0,729)
EF Completo	0,012*	0,728 (0,568-0,934)	0,015*	1,193 (1,035-1,374)	<0,001*	0,669 (0,594-0,752)
EM Completo	0,005*	0,709 (0,558-0,902)	0,912	0,993 (0,883-1,117)	<0,001*	0,724 (0,652-0,805)
ES completo ou +		1,0		1,0		1,0
Classe Econômica						
D + E	0,018*	0,840 (0,726-0,971)	0,064	1,129 (0,993-1,284)	0,071	0,919 (0,838-1,007)
C	0,310	0,939 (0,831-1,061)	<0,001*	1,228 (1,121-1,346)	0,949	0,998 (0,928-1,072)
A+B		1,0		1,0		1,0
Paridade						
Primípara		1,0		1,0		1,0
Múltipara	<0,001*	0,682 (0,621-0,749)	<0,001*	1,395 (1,291-1,508)	<0,001*	0,741 (0,699-0,786)
Tipo de parto						
Vaginal	-	-	-	-		1,0
Cesárea	-	-	-	-	0,627	1,014 (0,960-1,070)

^a Excluiu-se da análise aquelas que não levaram pontos no períneo/vagina. ^b Respostas agrupadas em duas categorias “não teve dor” x “referiu dor”, categoria de referência: referiu dor. OR: *odds ratio*. IC 95%: intervalo de 95% de confiança. *A partir da regressão logística, indica as variáveis associadas a um nível de significância de 5% (p < 0,05).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

Em relação à dor nas mamas ou bico do seio, os fatores que aumentam a probabilidade de perceber dor nesses locais são ter ensino superior completo (de 20 a 30% mais chances) e ser primípara (25% mais chances). As mulheres das regiões Norte, Sul e Centro-Oeste apresentam maior proporção de chances de relatar dor do que as do Nordeste. Por sua vez, não há diferenças estatisticamente válidas de cor/raça e classe social. Outra informação pertinente, a via de parto (se vaginal ou cesariana) não guarda associação com a dor nas mamas ou bico do seio.

Ao dirigir a análise aos serviços de saúde, realizar adequadamente o pré-natal, fazê-lo no serviço privado, parto atendido no serviço público e não fazer a consulta puerperal foram categorias associadas a maior probabilidade de manifestar dor nos pontos do períneo/vagina. Fazer pré-natal adequado aumenta em quase 30% as chances de manifestar dor. As mulheres

que não realizaram consulta puerperal têm 50% mais chances de relatar dor. Dentre as respondentes com dor nos pontos da cesárea, os fatores que aumentam as chances de percepção de dor foram: pré-natal realizado por médico e pré-natal no serviço público (neste caso, o aumento de chances foi de 20 a 30%). A maior probabilidade de perceber dor nas mamas/bico do seio mostrou-se associada aos fatores: pré-natal adequado, pré-natal conduzido por profissional médico, pré-natal realizado em serviço particular e não realização da consulta puerperal.

Tabela 2.8 - Fatores associados à percepção de dor nos pontos do períneo/vagina, no local da cesárea e nas mamas/bico do seio segundo variáveis dos serviços de saúde

Variáveis Serviços de Saúde	Dor nos pontos do períneo/vagina ^{ab}		Dor nos pontos da cesárea ^b		Dor nas mamas/ bico do seio ^b	
	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)
Atenção Pré-natal						
Inadequada	<0,001*	0,727 (0,657-0,804)	0,803	0,988 (0,901-1,084)	<0,001*	0,773 (0,724-0,825)
Adequada		1,0		1,0		1,0
Profissional do Pré-natal						
Médico		1,0		1,0		1,0
Enfermeiro	0,282	0,938 (0,835-1,054)	0,001*	0,816 (0,722-0,923)	<0,001*	0,805 (0,742-0,874)
Local Pré-natal						
Serviço Público		1,0		1,0		1,0
Serviço Particular	0,002*	1,343 (1,117-1,615)	<0,001*	0,633 (0,553-0,726)	<0,001*	1,259 (1,131-1,403)
Serviço Público e Particular	0,001*	1,583 (1,195-2,098)	0,002*	0,737 (0,609-0,892)	0,066	1,157 (0,991-1,352)
Fonte de Pagamento do Parto						
Público		1,0		1,0		1,0
Privado	0,040*	0,779 (0,614-0,988)	0,050	0,875 (0,765-1,000)	0,593	0,970 (0,867-1,085)
Consulta Puerperal						
Não	<0,001*	1,522 (1,298-1,785)	0,144	1,155 (0,952-1,402)	<0,001*	1,272 (1,130-1,433)
Sim		1,0		1,0		1,0

^a Excluiu-se da análise aquelas que não levaram pontos no períneo/vagina. ^b Respostas agrupadas em duas categorias “não teve dor” x “referiu dor”, categoria de referência: referiu dor. OR: *odds ratio*. IC 95%: intervalo de 95% de confiança. *A partir da regressão logística, indica as variáveis associadas a um nível de significância de 5% (p < 0,05).

Fonte: ENSP/FIOCRUZ (2019).

Nota: Dados organizados pela autora.

2.4 DOR APÓS O PARTO: REFLEXOS DAS INIQUIDADES NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL

O estudo descreve os níveis de percepção dor em três situações específicas (pontos do períneo/vagina, corte da cesárea e mamas/bico do seio) e demonstra que metade das mulheres respondentes de cada questão referiu algum nível de dor no puerpério. Demarca-se, todavia, que a experiência da dor pode atingir as puérperas brasileiras em maiores proporções, porque as fontes de desconforto e dor no período pós-parto não se restringem às três situações aqui analisadas.

Por exemplo, a pesquisa realizada em Sidney por Colleen Stainton *et al* (1999) investigou a percepção da intensidade da dor (numa escala de 0 a 10) em 16 pontos distintos do corpo, junto a 75 mulheres nos primeiros quatro dias subsequentes ao parto. Os resultados da análise da pesquisa australiana mostram que a dor no períneo/vagina foi registrada por todas as participantes, inclusive aquelas com períneo intacto; a dor ao urinar veio em segundo lugar juntamente com a dor no local da analgesia peridural. A intensidade da dor perineal e ao urinar decresceu do primeiro ao quarto dia, enquanto a dor no local da anestesia permaneceu estável. A partir do segundo dia, a fonte dominante de dor deslocou-se para os mamilos e seios, cuja intensidade aumentou do primeiro ao quarto dia. As dores nas mamas, nos mamilos e no abdômen, causadas pelas contrações uterinas, se intensificaram ao amamentar.

Reitera-se a consideração das autoras de que o reconhecimento da percepção de dor após o parto é parte integrante das atividades de atenção puerperal a fim de acolher as manifestações de dor das mulheres e proporcionar formas de alívio e conforto. No mesmo sentido, a abordagem do tema nas práticas de educação perinatal pode contribuir para que as mulheres e seus familiares estejam mais preparados para lidar com o desconforto e a dor pós-parto, abrindo caminhos para que as mulheres possam expressar dor para as pessoas envolvidas em sua rede de cuidados (COLLEEN STAINTON *et al*, 1999).

A investigação de Thais Tomasoni *et al* (2020) verificou a intensidade de dor e desconfortos puerperais manifestos, no período de até 17 horas após o parto, por 107 mulheres em uma maternidade pública brasileira. As puérperas referiram vários desconfortos na amamentação, intestinais, circulatórios, urológicos e musculoesqueléticos. Os principais desconfortos registrados foram: dor em cólica relacionada com a amamentação (55,14%), dor perineal (30,84%), dor nas mamas (23,36%) e dor relacionada à cesariana (17,75%).

Não obstante a limitação do instrumento da pesquisa Nacer no Brasil quanto às fontes de dor após o parto, os resultados corroboram as investigações sobre os determinantes

sociais da saúde, indicando que a percepção de dor, além de ser uma dimensão subjetiva e individual, também é uma experiência coletiva influenciada por fatores sociodemográficos. Leal *et al* (2017), ao compararem as condições de atenção à gestação e ao parto segundo cor/raça a partir da base de dados da pesquisa Nacer no Brasil, identificaram padrões piores de atendimento às mulheres pretas e pardas em relação às brancas. O padrão de cuidados diferenciado ficou evidenciado pela maior exposição das brancas a intervenções, de modo que o uso de ocitocina, a realização de episiotomia, anestesia peridural e cesariana foram mais frequentes neste grupo do que entre as pardas e pretas, respectivamente. Considerando que o modelo de atenção obstétrica no Brasil é hegemonicamente intervencionista, o atendimento entendido como “padrão” foi mais dedicado às mulheres brancas, o que se torna ainda mais evidente no dado trazido pelas autoras de que as pretas foram as que menos receberam anestesia ao serem submetidas à episiotomia. O relato da entrevistada Anita apresentado no primeiro capítulo corrobora o achado das pesquisadoras do Nacer no Brasil.

A maior exposição às intervenções a que estão expostas as mulheres brancas no parto vaginal pode explicar o dado coligido por nosso estudo de que a percepção da dor perineal foi maior nesse grupo do que no das pardas e pretas, indicando haver uma associação entre as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto e a percepção de dor na fase puerperal. Isso nos permite fazer a conexão entre o uso mais frequente de procedimentos invasivos no parto em mulheres de maior escolaridade, com melhor situação econômica e atendidas pelo setor privado no pré-natal e no parto, com a percepção de níveis mais intensos de dor.

A vigência do modelo obstétrico intervencionista em convergência com as estruturas sociais desiguais no que se refere à cor/raça no país pode explicar as mudanças nas características das mulheres que perceberam dor no corte da cesárea. Ao comparar o perfil das mulheres que mais referiram dor nos pontos do períneo com as que mais relataram dor no corte da cesárea, constata-se uma inversão, pois as pretas submetidas à cirurgia manifestaram cerca de 10% mais dor do que as brancas, assim como as mulheres com menos anos de estudo e pior situação econômica também têm proporções maiores de percepção de dor, o que pode indicar que elas são mais negligenciadas no manejo farmacológico pré e pós-operatório.

No que se refere à paridade, a dor perineal é proporcionalmente maior para mulheres primíparas e decresce à medida que as mulheres têm mais partos, o que está associado com a maior proporção de pontos no períneo no primeiro grupo em comparação às múltiparas. Em contraste, nos dados sobre dor no corte da cesárea, as mulheres múltiparas referem mais dor do que as primíparas, a diferença entre as mulheres que tiveram três partos anteriores com

aquelas que passaram pela primeira cesárea chega a 10% no que tange à percepção de dor. Isso pode indicar que mulheres consideradas mais experientes não recebem a mesma atenção que mulheres que tiveram a primeira experiência.

Ao analisar os dados sobre a dor nas mamas/bico do seio, verificam-se percentuais menores de dor entre as mulheres atendidas em serviços de pré-natal e parto públicos em comparação ao setor privado, o que pode estar relacionado às iniciativas governamentais de incentivo ao aleitamento materno, como o Hospital Amigo da Criança, Estratégia Mãe-Canguru, ampliação da cobertura dos Bancos de Leite Humanos. Segundo Cristiano Boccolini *et al* (2017), atribui-se às ações programáticas do Ministério da Saúde do Brasil desenvolvidas a partir da década de 90 o aumento da prevalência do aleitamento materno de 18,9% em 1986 para 56,3% em 2006, assim como o aumento significativo da média de duração de 2,5 meses em 1975 para 14 meses em 2006.

A paridade e a idade foram fatores associados à dor nas mamas ou no bico do seio, sendo que mulheres mais jovens e primíparas apresentaram maiores proporções de dor. O que chama a atenção na análise das variáveis sociodemográficas é que as mulheres brancas, mais escolarizadas e com melhor situação econômica tiveram maiores percentuais de dor do que as pretas e pardas. Não foram encontradas pesquisas que comparem a experiência da amamentação, principalmente sobre a percepção de dor, entre grupos étnicos no Brasil. Foram encontradas apenas referências de estudos realizados com mulheres estadunidenses, contudo que enfocam nas taxas e na duração do aleitamento materno e não trazem elementos para a discussão sobre a dor nas mamas ou no bico do seio (JONES *et al*, 2017; MCKINNEY *et al*, 2016). Uma pesquisa realizada no Brasil por Marina Rea (1994), que comparou a duração da amamentação em Recife e em São Paulo, constatou que as mulheres brancas amamentaram por menos tempo, o que pode ser motivado por dificuldades na amamentação.

Diante da identificação de lacunas no conhecimento sobre o aleitamento materno no Brasil no que concerne à implicação de fatores étnicos, reitera-se a recomendação de Marina Rea quanto ao incentivo para o desenvolvimento de pesquisas comparativas que identifiquem, por exemplo, os grupos com tendência a apresentar mais fissuras mamárias e mastites, de que forma a experiência da dor interfere na duração da amamentação para os diferentes grupos. Consideramos que o reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos diferentes grupos racializados pode contribuir para a melhoria da atenção puerperal às mulheres brasileiras (REA, 1994).

Os resultados apresentados sobre a dor após o parto reforçam a conclusão de Leal *et al* (2017) de que as disparidades raciais no processo de atenção obstétrica contribuem para a

produção de iniquidades nos indicadores de saúde. Incluímos entre esses indicadores a dimensão de classe e escolaridade. São necessárias mais pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre a atenção puerperal no Brasil, especialmente, sobre o ponto de vista da equidade, integralidade e continuidade do cuidado no puerpério, que se inicia na maternidade logo após o parto e prossegue na unidade básica de saúde, por meio da consulta de revisão do parto e da visita domiciliar. Estudos que avaliem a adequação dos serviços às necessidades de saúde das mulheres no puerpério, considerando o contexto socioeconômico do local de oferta dos serviços, podem potencializar o desenvolvimento de ações que visem à diminuição das iniquidades em saúde para as mulheres em estado puerperal.

CAPÍTULO 3 – COBERTURA DA CONSULTA PUERPERAL NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO BRASIL: UMA SÍNTESE AVALIATIVA

Não pode haver conhecimento crítico e, por isso, não caberá alguma função social à reflexão sobre os direitos humanos, se não começarmos pela crítica do próprio conhecimento.

(Joaquín Herrera Flores)

A Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2013) compreende o período de até seis semanas após o parto como um momento estratégico para prevenção da morbimortalidade materna e neonatal. A primeira semana é crucial, porque a maior parte das mortes maternas e de recém-nascidos acontece nessa fase. Embora se trate de um momento importante de transição para as vidas de mulheres, crianças e famílias, o atendimento especializado no puerpério é o mais negligenciado em comparação à atenção pré-natal e ao parto (WHO, 2010; 2013).

A atenção pós-natal²¹ corresponde a um conjunto de rotinas e práticas de cuidados maternos e neonatais organizados para identificar, manejar e encaminhar, quando necessário, aos serviços de maior complexidade, situações em que haja complicações para a saúde de puérperas e recém-nascidos (LANGLOIS *et al*, 2015). Considerando que a falta de cuidados adequados após o parto pode resultar em significativos danos à saúde e até mesmo a morte para a mãe e para o recém-nascido, a OMS (WHO, 2013; 2015) recomenda quatro momentos de avaliação ao pós-parto de baixo risco. O primeiro, dentro das 24 horas imediatamente posteriores ao parto; o segundo, entre 48 e 72h; o terceiro, de 7 a 14 dias; o quarto, após seis semanas. Orienta também a realização de uma visita domiciliar na primeira semana pós-parto.

Dentre os momentos indicados para a avaliação puerperal, considera-se que há maior potencial de falhas no período de 7 a 14 dias, depois que a puérpera recebe a alta da maternidade. Em 2010, 98% dos partos no Brasil já aconteciam em instituição hospitalar (LEAL *et al*, 2018), dado que pressupõe a ampla cobertura da avaliação puerperal nas primeiras horas após o parto. A consulta de revisão do parto (também denominada de consulta de pós-parto ou puerperal) constitui-se, entretanto, um ponto crítico da atenção obstétrica, tendo em vista que as taxas de atenção especializada no puerpério são menores se comparadas ao pré-natal e ao parto (WHO, 2013). A OMS também constata que, na maioria dos países, “as taxas de consultas pós-natais entre mulheres são baixas e estão distribuídas de forma

²¹ O período pós-parto ou puerpério refere-se mais às questões relativas à saúde da mulher, o período pós-natal é mais utilizado em referência à saúde da criança. A OMS adota a expressão ‘*postnatal care*’ (cuidados pós-natais) para indicar o conjunto de ações de assistência da mãe e do recém-nascido no período de até seis semanas (42 dias) contados da ocorrência do parto (WHO, 2015).

desigual” (WHO, 2005, p. 77). Dentre os motivos, identifica-se que os serviços muitas vezes não estão adequados para atender as necessidades das mulheres, especialmente as mais pobres, com competência para identificar e resolver os problemas.

No Brasil, a consulta puerperal foi instituída como um dos procedimentos básicos para o cuidado obstétrico pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN (BRASIL, 2000). O PHPN foi lançado no ano 2000 e implantado em todo o país mediante adesão das gestões municipais, as quais respondem pela realização do pré-natal por meio das equipes de saúde da atenção básica. Ao definir parâmetros mínimos para o cuidado obstétrico na gestação e pós-parto, o programa foi desenhado com o escopo de melhorar as condições de atenção às mulheres usuárias dos serviços públicos, prevendo como impacto a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Figura 3.1: Esquema das ações e recomendações para a consulta puerperal conforme o Ministério da Saúde

AÇÕES E RECOMENDAÇÕES PREVISTAS PARA ATENÇÃO PUERPERAL		
CONSULTA DE REVISÃO DO PARTO / REVISÃO PUERPERAL		
RECOMENDAÇÕES PARA PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PUERPERAL 1ª Não se deve concentrar todas as atenções apenas na criança 2ª Deve-se lembrar que o alvo da atenção neste momento é a mulher 3ª A avaliação clínica deve ser rigorosa 4ª Avaliar o estado psíquico da mulher e entender o que representa para ela a chegada da criança 5ª Estabelecer adequada empatia em relação à usuária 6ª Perceber a necessidade de cada mulher 7ª Instalar as mulheres que sofreram óbito fetal em alojamento sem a presença de crianças 8ª Reforçar ações do aleitamento materno introduzidas no pré-natal	1 Revisão puerperal precoce: deve ocorrer de 7 a 10 dias pós-parto em UBS mais próxima à residência da mulher. Ações previstas: a) Ouvir queixas da puérpera b) Proceder ao exame físico, com ênfase no estado hematológico e no rastreamento de infecção c) Examinar as mamas e incentivar a continuação do aleitamento materno d) Fornecer atestado médico para mulheres trabalhadoras e orientar a comparecer em posto de benefícios do INSS e) Orientar sobre o direito a licença complementar para amamentar f) Agendar retorno para nova avaliação entre 30 a 42 dias pós-parto	2 Revisão puerperal tardia: deve ocorrer de 30 a 42 dias pós-parto. Ações previstas: a) Ouvir queixas da puérpera b) Realizar novo exame físico c) Conversar sobre o aleitamento materno e orientar a mulher para problemas que tenham surgido ou que ela tenha ouvido de outras pessoas d) Liberar para exercícios físicos, desde que a mulher se sinta bem e não apresente complicações e) Complementar o esquema de vacinação f) Realizar exame preventivo para câncer cervical nas mulheres que não o fizeram g) Discutir com o casal sobre o retorno às atividades sexuais

Fonte: BRASIL (2001a).

Nota: Dados organizados pela autora.

A consulta puerperal integra o rol de ações da chamada Primeira Semana de Saúde Integral, prevista no manual técnico “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” do Ministério da Saúde do Brasil (2006a). Esta consulta deve ser incentivada no pré-natal, na maternidade e em visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde, mediante a orientação para que a mulher e o recém-nascido retornem ao serviço de saúde de sete a dez dias após o parto. No primeiro contato após o nascimento, recomenda-se ao profissional habilitado avaliar aspectos psicoemocionais, sociais e clínico-ginecológicos, além de orientar sobre aleitamento materno, higiene e planejamento familiar (BRASIL, 2001a; 2006), conforme indicado na figura 3.1.

Recomenda-se a realização de no mínimo uma consulta em até 42 dias após o parto. Tendo este período como parâmetro, o levantamento da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) constatou que 60,8% das mulheres não realizaram consulta pós-parto, associando-se a este resultado características socioeconômicas da mãe e diferenças regionais (LAGO; LIMA, 2009). Questiona-se, entretanto, se o quadro de baixa cobertura da consulta puerperal demonstrada pela PNDS-2006 se modificou com a institucionalização do PHPN nos municípios brasileiros.

De acordo com Vieira da Silva (2005), a cobertura é um atributo dos programas sociais que pode ser avaliado a partir de duas perspectivas: a cobertura potencial e a cobertura real. A primeira corresponde à população que pode ser alcançada pelo programa e está relacionada à oferta do serviço. A segunda, por sua vez, é definida pela aferição das pessoas que utilizam o serviço vinculado ao programa, está relacionada ao uso do serviço ofertado.

Dados sobre a cobertura real do PHPN são contabilizados pelo Sispre natal – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Este sistema foi implantado no ano 2000 com o propósito de registrar o número de consultas de pré-natal, os exames laboratoriais, vacina antitetânica, parto e a consulta de puerpério, que encerra o ciclo de atenção à gestante (BRASIL, 2000).

Além do Sispre natal, dados sobre atenção puerperal prestada pelas equipes de saúde dos municípios foram coletados por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Este programa está vinculado à Política Nacional de Atenção Básica e foi instituído com o objetivo de induzir, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica a partir da definição de parâmetros de qualidade nacionais, regionais e locais entre equipes de saúde (BRASIL, 2015).

Segundo Baldani *et al* (2018), o primeiro ciclo avaliativo do PMAQ-AB (2011-2012) contou com a adesão voluntária de mais de 70% dos municípios brasileiros, o segundo ciclo

(2013-2014) teve a participação de 93,6% e o terceiro (2015-2017), 95,6%. O significativo envolvimento dos municípios ao programa possibilita o conhecimento e o monitoramento de uma gama de serviços ofertados no âmbito da atenção básica em todo o Brasil, a partir da avaliação da estrutura das unidades, das ações ofertadas pelas equipes e do acesso e utilização dos serviços pelos usuários. Os três ciclos do PMAQ dispõem de um bloco intitulado “Atenção ao pré-natal, parto e puerpério”, que contém questões direcionadas para profissionais de saúde e usuárias sobre a consulta de revisão do parto (módulos 2 e 3).

Tendo em vista que o PHPN estabeleceu a atenção pós-parto como critério mínimo da assistência obstétrica no Brasil, o presente capítulo tem como objetivo compilar dados nacionais sobre a realização da consulta puerperal no período de 2000 a 2019. Como fontes de dados, foram selecionados trabalhos científicos que mediram o número de consultas puerperais com base no Sisprenatal, no PMAQ-AB ou por meio de análise de prontuários e entrevistas, desde que tivessem como foco a utilização dos serviços públicos de saúde. Tomando como referência a proposta de Herrera Flores (2009) citada na epígrafe, a revisão crítica empreendida possibilitou verificar os resultados da cobertura da consulta puerperal em diferentes registros, bem como, identificar lacunas no conhecimento produzido sobre a temática.

3.1 A METODOLOGIA DE SÍNTESE AVALIATIVA

O PHPN ampliou a cobertura da consulta puerperal no Brasil desde a sua implementação no ano 2000? Qual o conhecimento produzido, na área de avaliação de programas, ao longo dos últimos 20 anos sobre a cobertura da consulta puerperal nos serviços públicos de saúde vinculados à atenção básica? As duas perguntas nortearam a investigação acerca da atenção à saúde das mulheres após o parto no país com base em trabalhos acadêmicos produzidos a partir do ano 2000 até o ano 2019. Trata-se, assim, de uma síntese avaliativa de estudos que informam sobre a situação da cobertura da consulta puerperal no Brasil.

O conceito subjacente à síntese avaliativa é que, embora as avaliações individuais possam fornecer informações úteis sobre uma intervenção específica, frequentemente, cada uma é muito qualificada e específica ao contexto para permitir uma declaração geral sobre o impacto da intervenção. Entretanto, quando os resultados de muitos estudos são combinados, é possível fazer afirmações gerais sobre o impacto de uma intervenção (e até mesmo de uma política)²². (MORRA IMAS; RIST, 2009, p. 201, tradução nossa).

²² “The concept behind evaluation synthesis is that while individual evaluations may provide useful information about a specific intervention, each is often too qualified and context specific to allow for a general statement

A síntese avaliativa é, portanto, um tipo de revisão da literatura que tem como enfoque a integração de dados provenientes de outros estudos avaliativos de programas ou intervenções sociais. O planejamento da revisão de literatura foi adaptado da proposta de *scoping review* (revisão de escopo), definida por Arksey e O'Malley (2007) como uma técnica eficiente de mapeamento da literatura, cuja principal vantagem é contemplar estudos com diferentes métodos de pesquisa relativos a um mesmo campo de interesse. Nesse sentido, distingue-se da revisão sistemática, por meio da qual se procura responder a uma questão pré-definida mediante a identificação e avaliação de pesquisas com desenhos muito específicos. A técnica também difere das revisões narrativas, caracterizadas por não explicitarem as estratégias e fontes de busca, critérios de inclusão dos estudos e forma de análise da literatura (ROTHER, 2007).

Conforme Arksey e O'Malley (2007), os motivos que justificam a realização de uma *scoping review* são: (a) examinar a extensão, alcance e natureza da atividade de pesquisa; (b) verificar a viabilidade de realização de uma revisão sistemática completa; (c) resumir e disseminar achados de pesquisa; (d) identificar lacunas de pesquisa existentes na literatura. Portanto, a *scoping review* objetiva mapear os conceitos-chave inerentes a uma área de pesquisa, suas principais fontes e tipos de evidências disponíveis, principalmente quando uma área é complexa ou ainda não foi revisada, como é o caso dos estudos avaliativos de programas para a atenção puerperal no Brasil.

O processo de revisão da literatura envolveu as seguintes etapas: definição do problema de pesquisa; escolha dos descritores e critérios de inclusão; identificação dos estudos nas bases de trabalhos acadêmicos; coleta e organização dos dados em planilhas, fichas e tabelas; leitura das referências citadas para seleção de estudos não incluídos na etapa anterior; redação do capítulo.

O presente estudo contemplou artigos publicados em periódicos acadêmicos, bem como trabalhos de programas de pós-graduação brasileiros. A busca dos artigos nas plataformas de indexação: BVS – Biblioteca Virtual em Saúde; Scielo - *Scientific Electronic Library Online* e Scopus. Os descritores “avaliação”, “programa” e “pós-parto” - constantes no vocabulário da terminologia em ciências da saúde disponível na BVS – foram pesquisados nos três portais mencionados, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês. Os descritores foram combinados mediante a aplicação do operador “and”, de modo que os

about intervention impact. However, when the results of many studies are combined, it is possible to make general statements about the impact of an intervention (and even a policy)”. (MORRA IMAS; RIST, 2009, p. 201).

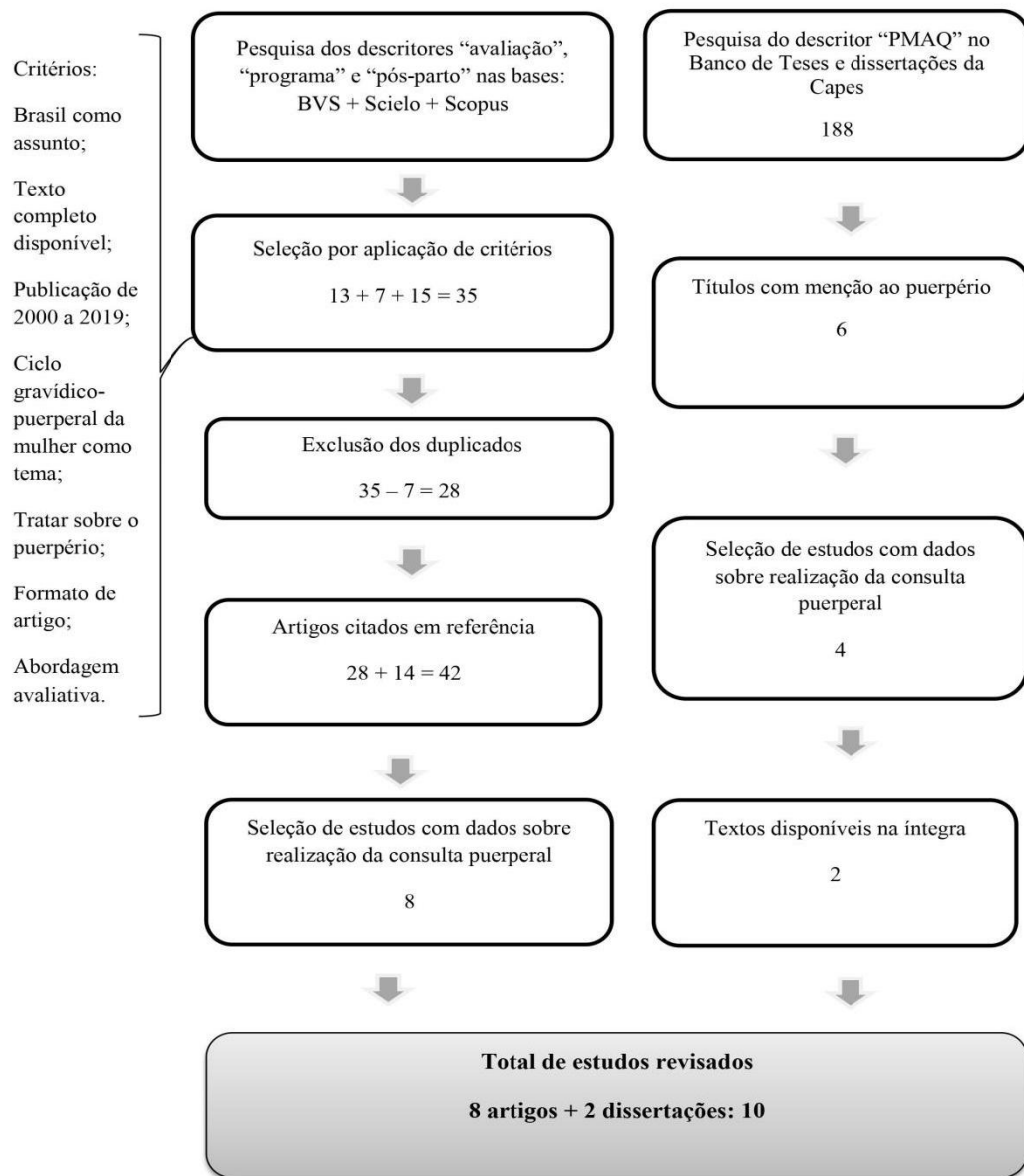
artigos encontrados deveriam mencionar no título, resumo ou palavras-chave os três descritores em simultâneo. A pesquisa nos portais ocorreu em janeiro de 2020.

Após a aplicação de critérios pré-definidos e eliminação de artigos duplicados, a pesquisa nos portais resultou na identificação de 28 artigos. Esse processo foi complementado pela leitura das referências citadas nos artigos selecionados, o que permitiu a inclusão de mais 14 que adotam uma abordagem avaliativa, gerando um total de 42 artigos (Apêndice B). Tendo em vista que esses estudos abordam vários programas e contemplam enfoques diversos sobre a atenção puerperal no Brasil, para o propósito do presente trabalho foram escolhidos apenas aqueles que trazem dados quantitativos sobre a consulta puerperal. Portanto, estão abrangidos por esta revisão oito artigos provenientes do processo de seleção descrito acima e demonstrado na figura 1.

Como não foram identificados artigos publicados em periódicos que tivessem como fonte os dados o PMAQ-AB, outra etapa de pesquisa foi efetuada para identificar trabalhos de pós-graduação a partir do portal do Banco de Teses e Dissertações da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. A busca do termo “PMAQ” no portal ocorreu em março de 2021 e resultou em 188 trabalhos. Após a leitura de todos os títulos, verificou-se que apenas seis (cinco dissertações de mestrado e uma tese de doutorado) abordaram a atenção puerperal, trazendo no título expressamente a palavra “pós-parto” ou “puerpério” ou “puérpera/s”. Dados sobre o número de consultas pós-parto foram tratados em quatro trabalhos, contudo somente dois estavam disponíveis na íntegra para consulta.

Ao final das duas etapas de pesquisa, foram incluídos oito artigos publicados em periódicos acadêmicos e dois trabalhos de pós-graduação *stricto sensu*, perfazendo um total de 10 estudos científicos publicados entre o ano de 2004 e 2019. O processo de identificação e escolha dos estudos encontra-se resumido na figura 3.2.

Figura 3.2– Processo de seleção dos estudos sobre cobertura da consulta puerperal (2000-2019)



Fonte: A autora.

Empregou-se a meta-análise como procedimento metodológico para agregar os dados coletados dos estudos selecionados. A meta-análise utiliza recursos estatísticos para integrar resultados quantitativos de trabalhos distintos (BARROS *et al*, 2011). Para este artigo, o software Microsoft Excel foi utilizado para agregar os resultados, calcular a proporção de realização da consulta puerperal de cada estudo em relação aos demais e intervalo de 95% de confiança (IC 95%).

3.2 A COBERTURA DA CONSULTA PUERPERAL NO BRASIL

Dos 10 estudos revisados, seis foram localizados em portais de indexação de trabalhos acadêmicos e quatro em referências; sete estão disponíveis exclusivamente no idioma português; o ano de publicação variou de 2004 a 2019, e quatro foram publicados em 2008.

O quadro 3.1 descreve as características do perfil dos estudos, como autoria, ano de publicação, abrangência territorial, metodologia e número de participantes. O ano de publicação variou de 2004 a 2019, sendo que quatro foram publicados em 2008. Verifica-se que apenas um estudo, o primeiro em ordem temporal, abrangeu dados nacionais. Quase a totalidade das análises está circunscrita a contextos locais, cinco trabalhos relacionados a estados/ regionais de saúde e quatro a municípios. Nos contextos locais, destacam-se Goiás (3), São Paulo (3) e Ceará (2).

Quadro 3.1 - Síntese dos estudos com dados sobre a consulta puerperal no Brasil (2000-2019) (continua)

Autoria	Local do Estudo	Método	Participantes
Serruya; Ceccati; Lago (2004c)	Brasil	Estudo descritivo dos dados de adesão dos municípios ao PHPN e dos indicadores de processo, extraídos do Sisprenatal, referentes 2001 e 2002.	3.983 municípios aderiram ao PHPN até dez/2002, o que gerou o cadastro de 720.871 gestantes no Sisprenatal até dez/2002.
Grangeiro <i>et al</i> (2008)	Quixadá-CE	Estudo descritivo dos indicadores de processo do PHPN, extraídos do Sisprenatal.	1.544 gestantes cadastradas no período de 2001 a 2004.
Parada (2008)	Regional de Saúde de Botucatu- SP	Estudo descritivo com coleta de dados por entrevistas e análise de prontuários em 2004 e 2005. Avalia qualidade da estrutura e do processo da atenção pré-natal e puerperal.	Amostra de 385 prontuários, calculada a partir da projeção de 3.384 gestantes para 2004.
Passos e Moura (2008)	Ceará	Estudo descritivo dos indicadores de processo do PHPN com coleta de dados do Sisprenatal.	312.507 gestantes cadastradas de jul/2001 a ago/2006.
Succi <i>et al</i> (2008)	São Paulo – SP	Estudo descritivo, transversal, com coleta de dados em prontuários e no Sisprenatal, compara os registros da atenção pré-natal de 2000 e 2004.	Dentre 41 UBS, 12 foram escolhidas aleatoriamente para avaliação do pré-natal; 1.299 gestantes foram atendidas em 2004.
Andreucci <i>et al</i> (2011)	São Carlos-SP	Estudo comparativo dos dados do pré-natal coletados do cartão da gestante em relação ao registro no Sisprenatal.	1.489 puérperas internadas para parto no SUS de nov/2008 a out/2009.

Quadro 3.1 - Síntese dos estudos com dados sobre a consulta puerperal no Brasil (2000-2019) (conclusão)

Autoria	Local do Estudo	Método	Participantes
Vilarinho <i>et al</i> (2012)	Teresina - PI	Estudo transversal, comparativo de dois instrumentos de qualidade da atenção pré-natal, um nacional e outro internacional. Dados coletados de prontuários e de entrevistas.	174 gestantes adolescentes, cujo parto ocorreu em 2008, das quais 44 foram entrevistadas em 2010.
Sodré (2015)	Goiás	Estudo descritivo, transversal, recorte do 1º ciclo do PMAQ. Dados coletados por meio de entrevista com as usuárias.	712 serviços de atenção básica com 677 profissionais e 368 usuárias entrevistadas em 2012.
Fernandes (2016)	Goiás	Estudo descritivo, transversal, recorte do 2º ciclo do PMAQ-AB. Dados coletados por meio de entrevista com as usuárias.	975 serviços da atenção básica com 1180 equipes de saúde, 884 usuárias entrevistadas em 2013/2014.
Assis <i>et al</i> (2019)	Regional de Saúde Sudoeste II - Goiás	Estudo ecológico utilizou dados do Sisprenatal, Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade.	5442 gestantes cadastradas no Sisprenatal de 2011 a 2015.

Nota: dados organizados pela autora.

Embora as publicações variem do ano 2004 a 2019, ao se observar o ano de registro dos dados analisados em cada trabalho, nota-se que a maior parte (7) está concentrada na primeira década de vigência do PHPN. Na segunda década, o dado mais recente disponibilizado por um artigo é de 2015. Quanto à fonte de pesquisa, os estudos utilizaram dados secundários (8) – oriundos do Sisprenatal (6) e do PMAQ-AB (2). Duas pesquisas primárias foram realizadas, com coleta por meio de prontuários ou de entrevistas com usuárias.

Na tabela 3.1, pode-se verificar a quantidade de mulheres que realizaram a consulta puerperal em relação ao número total de participantes de cada estudo, bem como as respectivas proporções. De acordo com a forma de apresentação dos trabalhos, os dados foram agrupados em quatro categorias de indicadores com vistas a revelar a continuidade dos cuidados às gestantes:

- a) proporção de mulheres que realizaram a consulta puerperal em até 42 dias;
- b) proporção de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal e consulta puerperal em até 42 dias;
- c) proporção de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal, consulta puerperal em até 42 dias e exames básicos preconizados pelo PHPN;

d) proporção de mulheres com no mínimo seis consultas de pré-natal, consulta puerperal em até 42 dias, exames básicos, teste de HIV e imunização antitetânica, conforme recomendação do PHPN.

Apenas quatro estudos dentre os 10 selecionados apresentam dados exclusivamente sobre a proporção de mulheres que utilizaram o serviço de consulta puerperal em até 42 dias após o parto. Ao verificar os resultados agregados destes quatro estudos, a proporção de registro da consulta foi de 42,9% no período de 2008 a 2014. A menor proporção foi de 35,8%, no trabalho de Fernandes (2016), e a maior foi de 53,8%, na análise de Sodré (2015). Interessante notar que ambas as autoras estudaram em suas dissertações de mestrado dados do PMAQ-AB para o estado de Goiás. Embora a menor proporção tenha sido verificada por Fernandes (2016) na análise do segundo ciclo, portanto posteriormente ao de Sodré (2015).

Na segunda categoria de estudos, que apresentam a proporção da consulta puerperal em conjunto com a realização do mínimo de seis consultas pré-natais, foram identificados quatro artigos que analisam dados do período inicial do PHPN - de 2001 a 2006 - e um artigo que remete aos anos de 2011 a 2015. A compilação dos dados resultou em uma proporção de 12,2% para as mulheres que fizeram o pré-natal e concluíram o ciclo de atenção à gestante com a consulta após o parto. A menor proporção, de 8,8%, foi verificada por Serruya, Cecatti e Lago (2004c) em relação aos dados nacionais registrados no Sisprenatal nos dois primeiros anos de implementação do PHPN. O melhor resultado, 58,7%, foi identificado por Parada (2008) por meio de pesquisa feita em prontuários da Regional de Saúde de Botucatu – São Paulo. Nesta categoria foi identificada a maior diferença entre o pior e o melhor resultado, ao se comparar individualmente os estudos de cada categoria.

Tabela 3.1 - Dados compilados sobre a consulta puerperal por categoria (2000 - 2019) (continua)

Indicador/Estudo	Ano do registro	Fonte	N	%
<i>Mulheres com consulta puerperal</i>				
Vilarinho <i>et al</i> (2012)	2008	Entrevista	21/44	47,7
Andreucci <i>et al</i> (2011)	2008/2009	Sisprenatal	659/1.489	44,3
Sodré (2015)	2011/2012	Pmaq-AB	198/368	53,8
Fernandes (2016)	2013/2014	Pmaq-AB	316/884	35,8
Total [IC 95%]			1.194/2.785	42,9 [42,7; 43,0]

Tabela 3.1 - Dados compilados sobre a consulta puerperal por categoria (2000 - 2019) (conclusão)

Indicador/Estudo	Ano do registro	Fonte	N	%
<i>Mulheres com 6 consultas de pré-natal e consulta puerperal</i>				
Serruya, Cecatti e Lago (2004c)	2001/2002	Sisprenatal	63.097/720.871	8,8
Grangeiro; Diogenes; Moura (2008)*	2002/2004	Sisprenatal	422/1.378	30,6
Succi <i>et al</i> (2008)**	2004	Sisprenatal/ Prontuário	481/1299 ^a	37,0
Parada (2008)	2005	Prontuário	226/385	58,7
Passos e Moura (2008)*	2002/2006	Sisprenatal	60.939/312.217	19,5
Assis <i>et al</i> (2019)	2011/2015	Sisprenatal	1.432/5.442	26,3
Total [IC 95%]			126.597/1.041.592	12,2 [12,152; 12,157]
<i>Mulheres com 6 consultas de pré-natal, consulta puerperal e exames básicos</i>				
Serruya, Cecatti e Lago (2004c)	2001/2002	Sisprenatal	35.719/720.871	5,0
Indicador/Estudo	Ano do registro	Fonte	N	%
Grangeiro; Diogenes; Moura (2008)	2002/2004	Sisprenatal	216/1.378	15,7
Succi <i>et al</i> (2008)	2004	Sisprenatal/ Prontuário	100/1.299	7,7
Parada (2008)	2005	Prontuário	39/385	10,1
Passos e Moura (2008)	2002/2006	Sisprenatal	49.845/312.217	16,0
Total [IC 95%]			85.919/1.036.150	8,3 [8,290; 8,294]
<i>Mulheres com 6 consultas de pré-natal, consulta puerperal, exames, HIV e imunização</i>				
Serruya, Cecatti e Lago (2004c)	2001/2002	Sisprenatal	25.968/720.871	3,6
Grangeiro; Diogenes; Moura (2008)	2002/2004	Sisprenatal	135/1.378	9,8
Parada (2008)	2005	Prontuário	14/385	3,6
Passos e Moura (2008)	2001/ 2006	Sisprenatal	48.970/312.217	15,7
Total [IC 95%]			75.087/1.034.851	7,3 [7,254; 7,257]

* Nos estudos de Grangeiro, Diogenes e Moura (2008) e Passos e Moura (2008) foram contabilizados apenas os dados a partir do ano 2002, pois ambos não apresentaram registros de consulta puerperal em 2001. ** De 1.299 gestantes, 1.239 tiveram registro da consulta puerperal, destas 481 realizaram a consulta em até 42 dias pós-parto (SUCCI *et al*, 2008, p. 4).

Nota: Dados organizados pela autora.

Quando a realização dos exames básicos é conjugada às consultas de pré-natal e puerpério, verifica-se que apenas 8,3% das mulheres receberam o acompanhamento. Esse é o resultado da compilação dos dados de cinco artigos que avaliaram a fase inicial de implantação do PHPN, de 2001 a 2006. Nesta categoria, a menor proporção constatada foi de 5,0%, no estudo nacional de Serruya, Cecatti e Lago (2004c) e a maior foi de 15,7%, no trabalho de Grangeiro, Diógenes e Moura (2008) sobre o município de Quixadá – Ceará, ambos utilizaram como fonte o Sis prenatal.

A quarta categoria corresponde à agregação de dados de quatro artigos que apresentam os resultados para o conjunto de ações previstas pelo PHPN para o atendimento adequado às gestantes: mínimo de seis consultas pré-natais, exames básicos, teste sorológico para rastreio do HIV e imunização antitetânica confirmada. As proporções apresentadas para esse conjunto de ações restringem-se à fase inicial do PHPN, 2001 a 2006, em que o percentual mínimo foi de 3,6% (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004c) e o maior foi de 15,7%, numa pesquisa sobre o estado do Ceará de autoria de Passos e Moura (2008). O resultado da compilação dos estudos mostra que 7,3% das mulheres tiveram o registro da totalidade dos cuidados ofertados pelas equipes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O exercício de compilação dos estudos possibilita mostrar os limites do conhecimento na área de avaliação sobre a atenção puerperal no Brasil. Tendo em vista os poucos estudos identificados, com concentração nos anos iniciais do PHPN e vinculados a contextos específicos, não foi possível responder se o programa ampliou a cobertura da consulta puerperal no Brasil. A síntese avaliativa empreendida demonstra, ainda, que os registros do Sis prenatal são pouco utilizados nos estudos acadêmicos e, portanto, há um potencial de análise a partir dessa ferramenta de monitoramento dos indicadores do PHPN. Também subsidia o questionamento se as baixas proporções da consulta puerperal estão relacionadas a problemas de oferta, acesso aos serviços de saúde e/ou de registro dessa informação.

3.3 LACUNAS NA PRODUÇÃO DE DADOS E DE ESTUDOS DE AVALIAÇÃO SOBRE CONSULTA PUERPERAL

O PHPN representou avanços para a assistência à saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal, principalmente no SUS. O programa propõe o modelo de humanização da assistência obstétrica e neonatal, pautado pelo respeito aos direitos reprodutivos das usuárias e pelas evidências científicas, no que concerne à recomendação de práticas e procedimentos obstétricos. A humanização, no PHPN, implica na inseparabilidade entre

atenção e gestão em saúde, para que haja um alinhamento entre disponibilidade de estrutura, processos de trabalho e alcance de metas no sentido de melhorias das condições de saúde maternas e perinatais. Andreucci *et al.* (2011) destacam a inovação do programa ao estabelecer critérios de atenção às gestantes:

O PHPN estabeleceu, de forma até então inédita no País, parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade. Esses requisitos mínimos consistiram em início precoce do acompanhamento pré-natal, mínimo de seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos (incluindo sorologias para HIV e sífilis) e consulta puerperal até 42 dias. (ANDREUCCI *et al.*, 2011, p. 855).

Conforme Serruya, Cecatti e Lago (2004c), a instituição desses parâmetros mínimos constitui medida fundamental para o enfrentamento à mortalidade materna e perinatal no país. Cada uma dessas ações configura um indicador de implementação do PHPN, cujo registro é realizado pelos municípios por meio do Sisprenatal. Recomenda-se cadastrar a gestante no Sisprenatal, no primeiro trimestre da gravidez, bem como todas as suas consultas, exames e imunização. O registro das informações deve ocorrer, simultaneamente, na carteirinha de papel entregue à gestante na primeira consulta e em prontuário informatizado.

O Sisprenatal foi desenvolvido, segundo Andreucci *et al.* (2011), para o monitoramento e avaliação dos aspectos quantitativos de acompanhamento das gestantes, em nível municipal, regional ou nacional. Os autores ressaltam, todavia, que embora seja possível verificar o número de gestantes que cumpriram os requisitos mínimos de assistência do PHPN, não foram previstos indicadores qualitativos para se avaliar o atendimento. De modo que a qualidade do cuidado não pode ser aferida pelos mesmos parâmetros. Convergente a essa crítica, Parada (2008, p. 122-123) assevera que “o PHPN preocupou-se em garantir um padrão mínimo na assistência [...] e seu registro, como estratégia para melhorar a qualidade da atenção pré-natal, não incorporando indicadores relativos às relações interpessoais e humanização do cuidado”.

Dentre os elementos mínimos da atenção pré-natal, a consulta puerperal é o indicador do PHPN que sinaliza a continuidade da atenção pré-natal e demarca o encerramento do ciclo de cuidados à gestante. A Rede Cegonha (RC), estratégia lançada pelo governo federal em 2011 para fomentar o trabalho articulado entre os diferentes níveis e pontos de atenção dos serviços materno-infantis, reforçou a assistência puerperal como componente da assistência integral às mulheres (CAVALCANTI *et al.*, 2013). A consulta puerperal constitui uma instância da linha de cuidados às gestantes, cuja garantia pressupõe o funcionamento das

redes de atenção à saúde. Conforme Bittencourt *et al* (2020), a oferta adequada e em tempo oportuno do serviço, a percepção de necessidade do cuidado por parte das usuárias e o vínculo terapêutico estabelecido com as equipes de saúde configuram elementos-chave para a continuidade da atenção pós-natal.

Nos estudos avaliados, o retorno da gestante à unidade de saúde para consulta com profissional no período de até seis semanas após o parto é considerado fundamental para a melhoria das condições de saúde de mulheres e recém-nascidos. Argumenta-se que a consulta é importante para estreitar os laços entre profissionais e famílias, no sentido de prevenir agravos para a saúde da mãe e da criança.

Retornar à UBS após o parto é uma das medidas de qualidade da assistência pré-natal e estratégia que visa prevenir intercorrências indesejadas ao binômio mãe-filho, sendo também forma de estreitar a relação cliente e serviço, tornando a unidade um local de referência para a saúde e não para a doença. Espera-se, com isso, acompanhar problemas detectados durante o parto e facilitar a adesão da família e a inclusão do bebê no serviço de saúde. (SUCCI *et al*, 2008, p. 6).

Durante o pós-parto, a mãe e o recém-nascido estão expostos a complicações biológicas, psicológicas e sociais, uma vez que ambos enfrentam uma realidade nova e desafiadora. Os recém-nascidos precisam se adaptar ao seu novo ambiente, agora menos protegido de infecções e agentes externos; as mães lidam com seu corpo não grávido, enquanto vivenciam os desconfortos de sua involução e também da progressão da amamentação. [...] Nesse contexto, ela deve ter a consulta puerperal até 42 dias após o parto, conforme preconiza o Programa de Humanização, por ser este o melhor período para fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a família, reforçando a importância do aleitamento materno exclusivo e fornecendo orientação nas áreas de planejamento familiar e sexualidade²³. (PASSOS; MOURA, 2008, p. 1576, tradução nossa).

Complementar a essa perspectiva, ressalta-se que o foco da atenção na consulta puerperal deve se voltar para a mulher, envolvendo as dimensões biológica, psicológica e social implicadas no processo de adaptação que caracteriza o período pós-parto. Serruya, Cecatti e Lago (2004c, p. 1287) afirmam que na consulta puerperal é “a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher e não da ‘mãe’”. No mesmo sentido, Assis *et al* (2019) reforçam que as equipes precisam estar preparadas para acolher as mulheres:

²³“During postpartum, the mother and newborn are exposed to biological, psychological, and social complications, since both face a new and challenging reality. Newborns need to adapt to their new habitat, now less protected from infections and external agents; mothers deal with their non-gravid body, while experiencing the discomforts of its involution as well as the progression of breastfeeding. [...] In this context, she should have her postpartum visit within 42 days after childbirth, as recommended by the Humanization Program, since this is the best period for strengthening the bond between the health team and the family, reinforcing the importance of exclusive breastfeeding, and providing orientation in the areas of family planning and sexuality”. (PASSOS; MOURA, 2008, p. 1576).

Ao entrar no puerpério, a mulher está bastante fragilizada, pois percebe que precisa dar conta de uma vida para além da sua própria e dada a romantização cultural da maternidade, que é tida como o momento em que a mulher sente-se plena, muitas vezes, a puérpera não se sente autorizada a reclamar dessa nova vida, muito menos pedir ajuda. A mulher sente que precisa dar conta de tudo para ser considerada uma boa mãe, negligenciando muitas vezes o autocuidado em prol do cuidado do recém-nascido. É por isso que é importante ela ter acesso a uma rede onde se sinta acolhida e que esteja atenta aos sinais físicos e psíquicos sem naturalizá-los ou patologizá-los. (ASSIS *et al*, 2019, p. 851).

O reconhecimento da importância da consulta puerperal não condiz, entretanto, com os poucos estudos e dados disponíveis, na área de avaliação, sobre o tema. Dos trabalhos avaliados, a concentração em contextos locais, no início dos anos 2000 e com baixa periodicidade constituem obstáculos para se aferir a cobertura da consulta puerperal nas diferentes regiões brasileiras ao longo dos vinte anos desde a implantação do PHPN. Em outras palavras, não é possível precisar, a partir de pesquisas já publicadas, qual a população de usuárias do SUS que tem realizado a consulta com profissional de saúde após o parto. A compilação dos dados nesta síntese avaliativa identificou a proporção aproximada de 42% de cobertura da consulta puerperal, realizada no período de seis semanas posterior ao parto.

Embora a análise esteja embasada em poucos estudos e este seja um fator que limita a comparação com outras pesquisas, o resultado encontrado é similar ao diagnosticado pela PNDS-2006 e pelo inquérito Nacer no Brasil. A PNDS-2006 constatou que 39,2% das mulheres entrevistadas fizeram a consulta em até 42 dias após o parto (LAGO; LIMA, 2009). O inquérito Nacer no Brasil, cuja coleta de dados ocorreu em 2011/2012, identificou que 37% das mulheres - atendidas tanto no setor público como no privado - realizaram a consulta puerperal nos primeiros 15 dias após o nascimento (DOMINGUES *et al*, 2020). Dentre as usuárias do SUS que participaram do Nacer no Brasil, a proporção reduziu para 32,2% (BITTENCOURT *et al*, 2020).

Os resultados do inquérito mostram que as proporções são significativamente menores quando se analisa a continuidade do cuidado na gestação e no puerpério. Como já destacado quando tratamos sobre a dor no puerpério, Bittencourt *et al* (2020) descrevem que 74,8% das mulheres iniciaram a assistência pré-natal até a 12ª semana de gestação, destas 25,8% receberam orientação para comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta puerperal e 11,7% conseguiu fazer a consulta em até 15 dias contados do parto.

Esses resultados aproximam-se daqueles verificados nos estudos ora avaliados. A meta-análise permitiu identificar que 12% das mulheres fizeram no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal em 42 dias pós-parto. Com a inclusão dos exames básicos preconizados pelo PHPN, a proporção cai para 8%. A adição de sorologia para HIV e

imunização antitetânica, que completam o conjunto de cuidados às gestantes, diminui a proporção para 7%. Ainda que os parâmetros de comparação sejam distintos, esses resultados são congruentes com as conclusões de Bittencourt *et al* (2020, p. 9):

Os indicadores avaliados sinalizam que a quase totalidade das mulheres e seus filhos apresentaram uma assistência parcial e desarticulada, indicando que a coordenação do cuidado ainda é um desafio na atenção à saúde de mulheres e crianças no período gravídico puerperal. Esses achados podem explicar parcialmente a persistência de resultados perinatais ainda desfavoráveis.

É possível indicar que a cobertura real da consulta puerperal no Brasil continua baixa, o que demanda ações coordenadas para que a cobertura verificada se aproxime do número potencial de mulheres que pode se beneficiar desta consulta. No Brasil, os nascimentos registrados anualmente são de aproximadamente três milhões, de modo que cerca de seis milhões de mulheres e crianças são atendidas por serviços de saúde (ANVISA, 2014). O relatório da PNDS-2006 mostra que o SUS foi responsável pelo atendimento de 74,8% das mulheres que fizeram o pré-natal e por 77,4% dos partos - que ocorrem majoritariamente em hospitais e maternidades (LAGO; LIMA, 2009). Esses dados demonstram que os serviços de atenção obstétrica e neonatal do SUS atingem um grande contingente populacional.

Ao verificar o número de mulheres que utilizam os serviços públicos para o cuidado gestacional, cabe problematizar que os resultados encontrados para a realização da consulta puerperal nos estudos avaliados estão abaixo do esperado. Principalmente ao se observar que a proporção de realização da consulta puerperal diminui na medida em que outros procedimentos são adicionados na análise, o que indica haver falhas para se completar o esquema de assistência obstétrica prevista pelo PHPN e reforçado pela Rede Cegonha. O que leva ao questionamento se o problema está na oferta do serviço, na articulação entre os pontos de atendimento, no acesso e/ou na etapa de registro do atendimento realizado.

Nos estudos avaliados, algumas hipóteses são aventadas para explicar a baixa cobertura da consulta puerperal no país. Na visão de Serruya, Cecatti e Lago (2004c), os serviços e profissionais de saúde consideram que o parto finaliza o processo de cuidados e, por isso, não valorizam o retorno para a consulta de revisão. Essa concepção, calcada em um viés de gênero, contribui para a ausência de planejamento e de estratégias para a concretização da assistência puerperal. Argumento corroborado por Assis *et al* (2019, p. 850):

Assim, é possível notar como a saúde do recém-nascido tem sido priorizada em relação aos cuidados com a saúde da mulher. Há uma aparente invisibilidade da mulher no período pós-parto e a assistência de saúde parece não reconhecer este período como parte do ciclo gravidez e parto, negligenciando a importância da continuidade do cuidado.

Outra hipótese está relacionada à possibilidade de incompletude dos registros ou de subnotificação, seja no âmbito do Sisprenatal ou de prontuários. Essa situação remete às dificuldades das equipes em estabelecer uma rotina sistemática de alimentação das informações e/ou de falta de estrutura adequada para esse trabalho (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; SUCCI *et al*, 2008; GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008; PASSOS; MOURA, 2008; PARADA, 2008).

Segundo Mariana Janssen, Sandra Fonseca e Gisele Alexandre (2016), a falta de estrutura adequada compromete a alimentação de bancos de dados como o Sisprenatal. As autoras analisaram os resultados do primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012-2013) relativos à dimensão estrutura da atenção pré-natal das equipes de Estratégia Saúde da Família de Niterói – Rio de Janeiro. Das 27 unidades de saúde avaliadas, 25 tinham computadores disponíveis, entretanto apenas 15 (55,6%) possuíam acesso à internet, e nenhuma das unidades dispunha de prontuário eletrônico. A indisponibilidade de dispositivos informáticos adequados e de acesso à internet constitui-se em uma barreira para integração à rede e para o preenchimento dos sistemas de informação de atenção à saúde.

Os estudos recomendam a elaboração de estratégias para sensibilizar as mulheres sobre a importância de buscar os serviços de saúde para a consulta puerperal. Além de capacitação permanente para que os profissionais de saúde possam atender de forma competente e acolhedora as mulheres, respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos (VILARINHO *et al*, 2008; PARADA, 2008; ASSIS *et al*, 2019; FERNANDES, 2016). Outras ações são indicadas para melhoria dos serviços: a elaboração de estratégias para fortalecer o vínculo entre usuárias e serviços de pré-natal, constituição de equipes para atuação multiprofissional, ampliação do papel da enfermagem na assistência às gestantes de risco habitual e efetivação de mecanismos de contrarreferência (PARADA, 2008; SODRÉ, 2015). Como medida adicional, recomenda-se fomentar estratégias de monitoramento dos indicadores para identificação de problemas que subsidiem a tomada de decisão (SERRUYA *et al*, 2004; GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008).

Um dos aspectos evidentes nessa revisão de literatura é o baixo número de pesquisas que avaliam a atenção ao puerpério, inclusive as que poderiam explorar dados governamentais sobre o alcance das ações. Esse resultado motivou a construção do próximo capítulo que terá como fonte os microdados dos três ciclos do PMAQ-AB, para análise das respostas das usuárias do SUS sobre a realização da consulta puerperal e o recebimento de visita da agente comunitária de saúde na primeira semana pós-parto.

CAPÍTULO 4 – A ATENÇÃO PÓS-PARTO NA PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO SUS: ANÁLISE LONGITUDINAL DOS DADOS DO PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso preocupação comum de todos os países.

(Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários)

O modelo de atenção primária à saúde (APS) tem como marco fundamental a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em setembro de 1978 que culminou na Declaração de Alma Ata, em referência a cidade que sediou o evento. A Declaração constitui um paradigma para o reconhecimento de que fatores sociais, econômicos e políticos afetam o estado de saúde de indivíduos e populações. No cenário internacional, a Declaração abriu a discussão sobre estratégias de enfrentamento às iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde e lançou diretrizes para a implantação de sistemas de saúde orientados pelo princípio da justiça social (LAWN *et al.*, 2008; MELO *et al.*, 2018).

No Brasil, de acordo com Eduardo Melo *et al.* (2018), as concepções de APS mobilizaram a reforma sanitária que orientou a construção de um Sistema Único de Saúde público e de acesso universal. A partir da Constituição Federal de 1988, ao se estabelecer a saúde como direito de cidadania, o acesso aos serviços de saúde deixa de ser restrito a certas categorias profissionais. O Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos na década de 1990, compõem o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde no país, a fim de prover cuidados primários nos territórios onde as pessoas vivem e trabalham. A partir dos anos 2000, os dois programas são agregados à Estratégia Saúde da Família prevista na primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica²⁴ - PNAB (BRASIL, 2006b).

Inicialmente a atuação das Equipes de Saúde da Família focalizou a população em condição de vulnerabilidade, regiões mais pobres e cidades de menor porte, com ampliação para grandes centros urbanos após 2000. Melo *et al.* (2018) reportam que, em 2017, havia mais de 42 mil equipes implantadas cobrindo cerca de 63% da população brasileira. Não obstante a expansão da atenção básica, a persistência de dificuldades relativas à infraestrutura dos serviços, financiamento insuficiente, contratação de médicos, entre outros, motivou uma série de ações para requalificação do SUS, dentre as quais se destacam a segunda edição da

²⁴ “No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregados outras perspectivas, conceitos e diretrizes - a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), como significante de resistência à APS seletiva.”(MELO *et al.*, 2018, p.40).

PNAB (2011), o primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2011-2012) e o Programa Mais Médicos (2013). No âmbito da atenção obstétrica, o lançamento da Rede Cegonha (2011) reforçou a atenção puerperal como um componente da linha de cuidados às gestantes, com o escopo de melhorar o acesso, ampliar a cobertura e assegurar atenção humanizada à saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, e à saúde da criança nos dois primeiros anos de vida, para garantir o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

O PMAQ-AB foi elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a partir de um diagnóstico dos problemas vivenciados nos serviços de atenção básica no país: estrutura física inadequada e ambiência de baixa qualidade de muitas unidades básicas de saúde; condições de trabalho inapropriadas, que geravam processos de insatisfação pessoal com o trabalho; necessidade de melhoria dos processos de trabalho devido à ausência de orientação quanto a prioridades, metas e resultados pactuados conjuntamente entre equipes, comunidade e gestão municipal; alta rotatividade dos profissionais, dificultando a construção de vínculo com a população e a integração entre os membros das equipes; comprometimento da cobertura dos serviços em razão de equipes sobrecarregadas, isto é, responsáveis por quantitativo excessivo de usuários; integração insuficiente das equipes com os outros pontos da rede de atenção à saúde; financiamento insuficiente e independente de resultados.

Além disso, a persistência do modelo biomédico do processo saúde-doença-cuidado, no qual a atenção à saúde centra-se no procedimento médico, de atenção prescritiva e baseada na queixa-conduta, acarretando baixa integralidade e resolutividade das práticas e do atendimento das unidades de saúde (BRASIL, 2012). O PMAQ-AB foi desenhado para enfrentar esses desafios e estabelecer um modelo comum de avaliação de desempenho e monitoramento dos serviços vinculados ao SUS, com foco na atenção primária da população brasileira. Esse programa foi instituído pela Portaria 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, como resultado da negociação entre as três esferas de gestão do SUS, tendo como objetivo principal induzir a ampliação do acesso aos serviços de atenção básica e o aprimoramento da qualidade das ações das equipes de saúde, a partir do estabelecimento de indicadores de qualidade comparáveis em âmbito local, regional e nacional (BRASIL, 2012).

A adesão ao PMAQ-AB por parte dos gestores municipais e equipes foi voluntária. Para incentivar a participação, a adesão ao programa foi remunerada por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, uma parcela de recursos transferidos do governo federal aos municípios que varia de acordo com a implantação de ações específicas pelos gestores municipais. Significa que o município que aderisse ao PMAQ-AB recebia um incentivo

financeiro no início de cada ciclo, após homologada a adesão, e depois da fase denominada de certificação. Esta fase previa a avaliação externa das equipes de saúde e gestão da atenção básica quanto ao alcance de padrões previamente determinados²⁵; a avaliação de critérios de desempenho acordados na etapa de adesão e contratualização; e autoavaliação das equipes. Ao final da etapa de certificação, o desempenho das equipes recebia uma classificação de ruim a ótimo. A fase posterior, designada de recontratualização, envolvia apenas as equipes que participaram da etapa antecedente e visava incrementar novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB contou com três ciclos avaliativos, nos quais se obteve a adesão da maior parte dos municípios brasileiros. O primeiro ciclo, realizado em 2011-2012, teve a participação de 71,2% dos municípios; o segundo ocorreu em 2013-2014 e abrangeu 91,1% dos municípios; o terceiro ciclo foi realizado em 2015-2017 e contou com aproximadamente 95,6% de adesão das gestões municipais (BRASIL, 2018b). A ampla abrangência do programa em todas as regiões do país permite retratar a estrutura e funcionamento das unidades de saúde, perfil e organização das equipes atuantes na atenção básica, bem como, conhecer a percepção dos/as usuários/as quanto ao acesso e utilização dos serviços. Ademais, estima-se que o SUS é a única opção de assistência à saúde para 71,5% da população brasileira (IBGE, 2020).

Os microdados do primeiro, segundo e terceiro ciclos - disponíveis no site do Ministério da Saúde - são uma importante fonte para o propósito desta tese. Isso porque agregam questões relativas ao perfil da população usuária do SUS, à consulta de revisão do parto e à visita de agente comunitária de saúde. Ademais, dispõem de informações sobre o cumprimento das ações preconizadas para a consulta puerperal, tais como: avaliação do estado emocional da puérpera, oferta de contraceptivo, exame ginecológico e das mamas, orientação sobre a importância da amamentação.

O presente capítulo foi construído com o objetivo geral de avaliar longitudinalmente, na perspectiva das usuárias, a cobertura das ações para assistência puerperal ofertadas no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde, a partir da análise quantitativa dos dados dos três ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017). Os seguintes objetivos específicos foram delineados: (a) verificar se características sociodemográficas das mulheres estão associadas ao cumprimento das ações de atenção puerperal avaliadas, quais sejam, a consulta de revisão do parto e a visita domiciliar de agente comunitária de saúde na primeira semana

²⁵ Não foi identificada uma meta para a cobertura da atenção pós-parto.

pós-parto; (b) comparar os resultados dos três ciclos a fim de identificar se houve melhorias no desempenho das ações para atenção puerperal no período estudado.

4.1 METODOLOGIA

Trata-se de uma avaliação longitudinal, de abordagem quantitativa, das ações de atenção básica do SUS direcionadas às mulheres durante o período pós-parto. O estudo tem como fonte os microdados extraídos do módulo de questões respondido por usuárias/os. Esse módulo foi elaborado para “verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização” (BRASIL, 2012b, p. 99). O módulo contém blocos de questões temáticas sobre hipertensão, diabetes, pré-natal, saúde da criança. Nesta análise, o enfoque é para as ações ofertadas para atenção da mulher após o parto.

4.1.1 Definição de parâmetros para avaliação da atenção puerperal no SUS

O PMAQ-AB configura-se como um programa de avaliação da atenção primária do SUS, cujas ações avaliadas remetem a uma gama de programas do Ministério da Saúde contemplados por blocos de questões temáticas (por exemplo: controle de hipertensão e diabetes, saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança). No que concerne à saúde da mulher, foram definidos um conjunto de sete indicadores de acompanhamento para orientar a negociação/contratualização de metas (BRASIL, 2012c): a) Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica, em relação ao número estimado de gestantes da área de abrangência da equipe; b) Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; c) Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; d) Proporção de gestantes com pré-natal no mês, em relação ao total de gestantes cadastradas; e) Proporção de gestantes com vacina antitetânica em dia; f) Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em relação à população feminina cadastrada com 15 anos ou mais; g) Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em relação àquelas cadastradas.

Os indicadores previstos para a saúde da mulher privilegiam a assistência durante a gestação. Embora na política de humanização da atenção obstétrica e neonatal a assistência puerperal seja considerada um elemento de continuidade do cuidado pré-natal, nenhum indicador previsto pelo PMAQ-AB contempla o período pós-parto. No documento que

qualifica os indicadores no PMAQ-AB, define-se que “a atenção pré-natal deve ter uma média de 7 atendimentos durante a gestação (pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), além da consulta de puerpério”. (BRASIL, 2012c, p. 11). Mesmo que, textualmente, a realização de uma consulta de puerpério constitua um parâmetro mínimo de atenção, a falta de indicadores previstos para a assistência pós-parto demonstra uma contradição em relação ao princípio da integralidade do cuidado.

Diante da ausência de um indicador que contemple as ações de atenção pós-parto e da compreensão que a humanização da atenção obstétrica tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade, depreende-se que a atenção pós-parto ofertada pelos serviços de atenção básica no país buscam alcançar 100% das mulheres gestantes cadastradas pelas equipes em seus respectivos territórios adscritos. Essa interpretação é reforçada pela cobertura do pré-natal no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019), 98,2% das mulheres que ficaram grávidas e tiveram parto entre julho de 2017 e julho de 2019, com idade a partir dos 15 anos, realizaram consulta pré-natal (IBGE, 2019). O dado é um indicativo da cobertura potencial da atenção pós-parto no país, principalmente da consulta puerperal.

A cobertura pode ser considerada como *potencial* quando o que se mede são recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de determinada ação. Nesse caso, ela é superponível ao conceito de *oferta* de serviço. A cobertura *real* ou *utilização* de serviços, por sua vez, corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, que de fato *usou* os serviços. Essa distinção é de grande utilidade, na medida em que a primeira revela as possibilidades, ao passo que a segunda mede o trabalho efetivamente realizado. Dessa forma as discrepâncias verificadas entre as duas coberturas são indicativas de possíveis problemas na implementação das ações em questão. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 52).

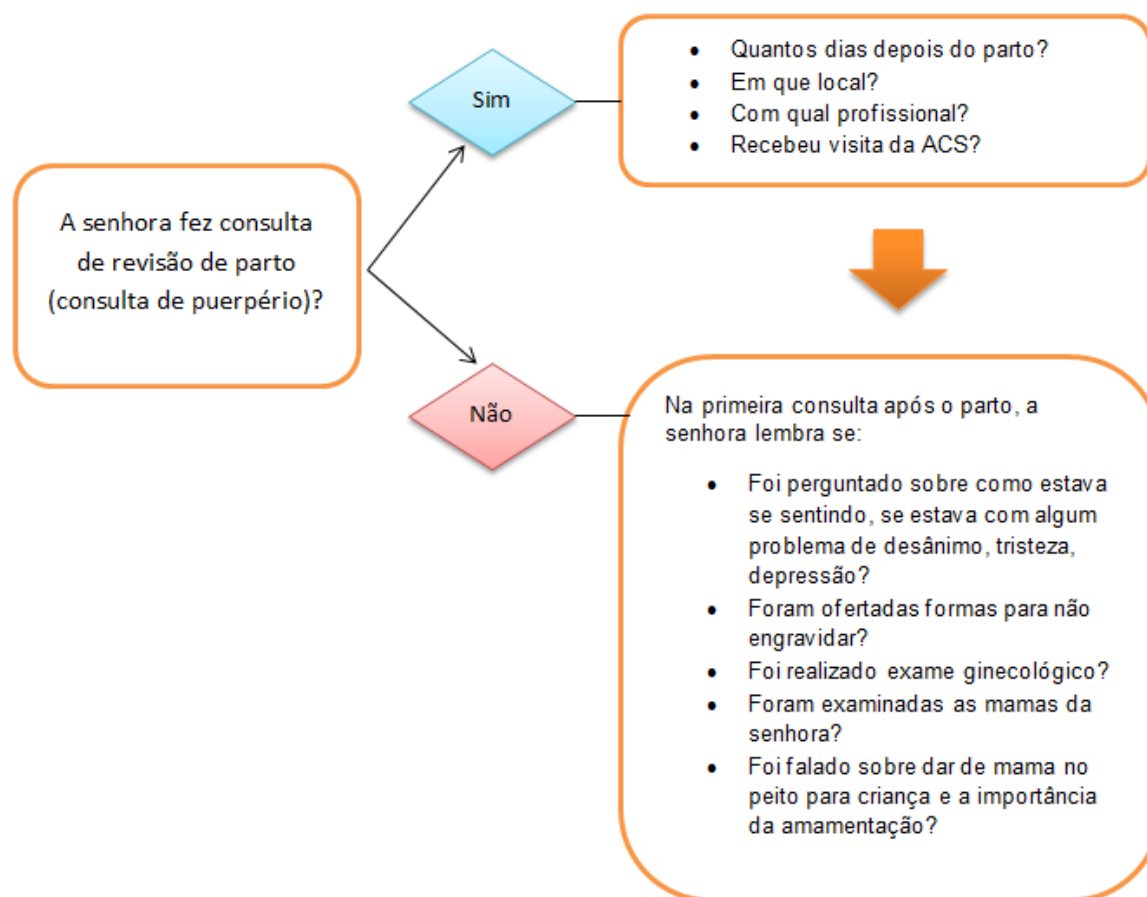
Assim, definiu-se que a cobertura da consulta pré-natal constitui um parâmetro para a atenção pós-parto, no que se refere ao potencial de oferta dos serviços de atenção primária à saúde para mulheres no período pós-parto. De modo que, para a avaliação realizada, considerou-se o parâmetro de 100% para a cobertura potencial das mulheres que responderam ao questionário do PMAQ-AB sobre atenção pós-parto, tendo em vista que todas as respondentes são usuárias dos serviços de saúde onde foram entrevistadas.

4.1.2 Comparação dos questionários dos três ciclos do PMAQ-AB

Com a intenção comparar os resultados dos três ciclos do PMAQ-AB, foi realizada uma análise da construção do bloco referente à atenção puerperal. Primeiramente, observou-se que o conteúdo das questões de interesse para esta pesquisa eram as mesmas em todos os

ciclos. Na sequência, a comparação do fluxo das perguntas identificou diferenças ao longo dos ciclos. Para compreender o modo de construção dos questionários, elaborou-se um fluxograma para cada ciclo, como apresentado nas figuras 4.1 a 4.3.

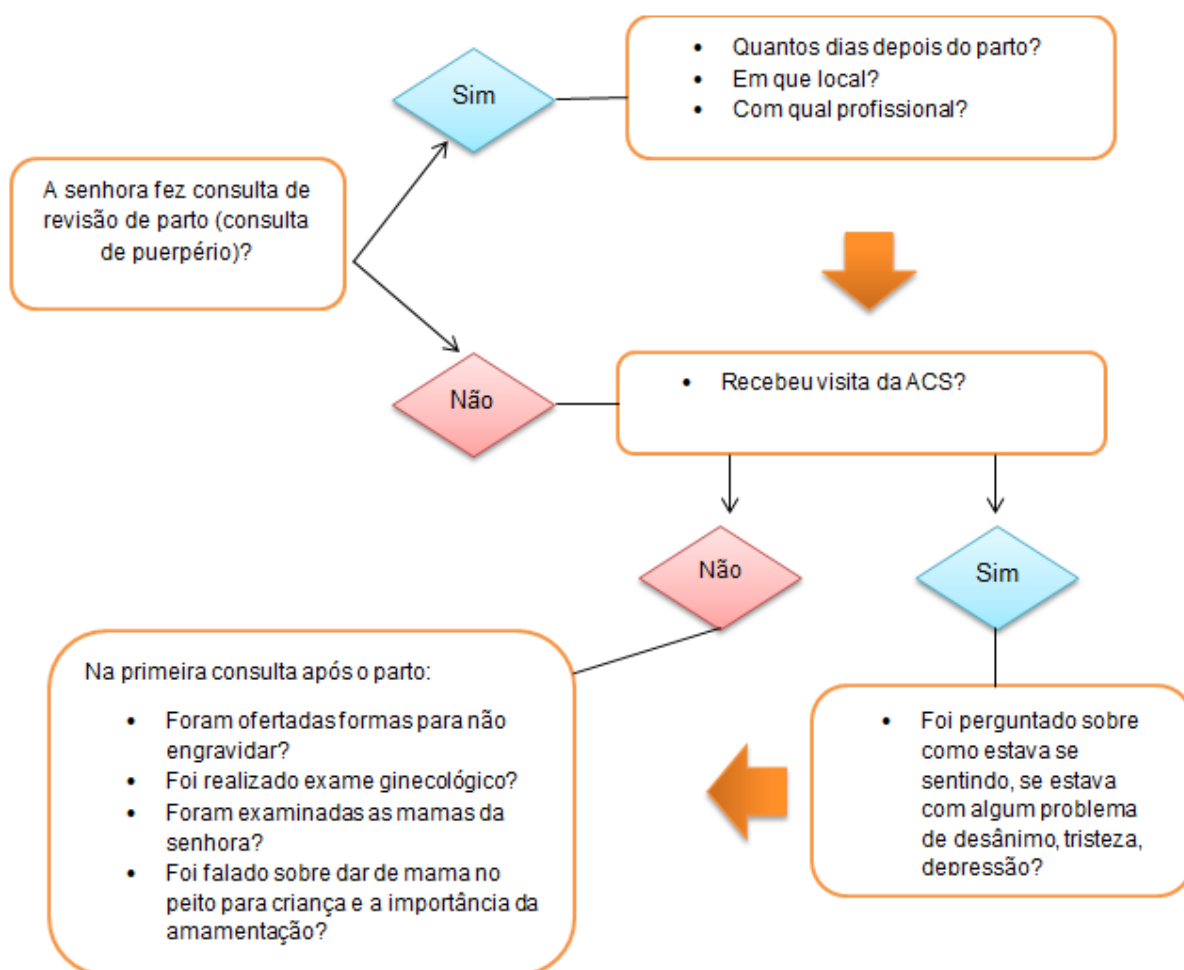
Figura 4.1- Fluxograma do questionário sobre atenção pós-parto no primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012)



Fonte: BRASIL (2012b)

Nota: Dados organizados pela autora.

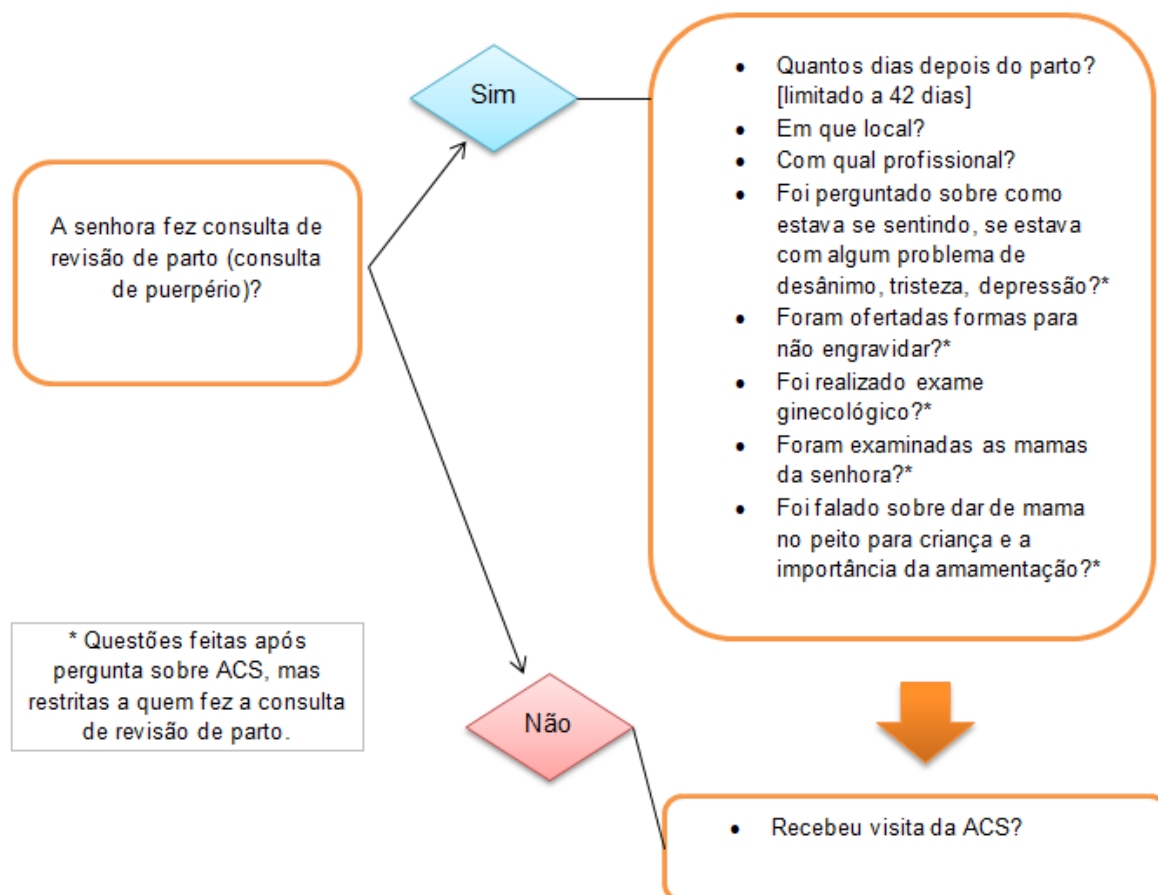
Figura 4.2 - Fluxograma do questionário sobre atenção pós-parto no segundo ciclo do PMAQ-AB (2014)



Fonte: BRASIL (2013b).

Nota: Dados organizados pela autora.

Figura 4.3 - Fluxograma questionário sobre atenção pós-parto no terceiro ciclo do PMAQ-AB (2017)



Fonte: BRASIL (2017b).

Nota: Dados organizados pela autora.

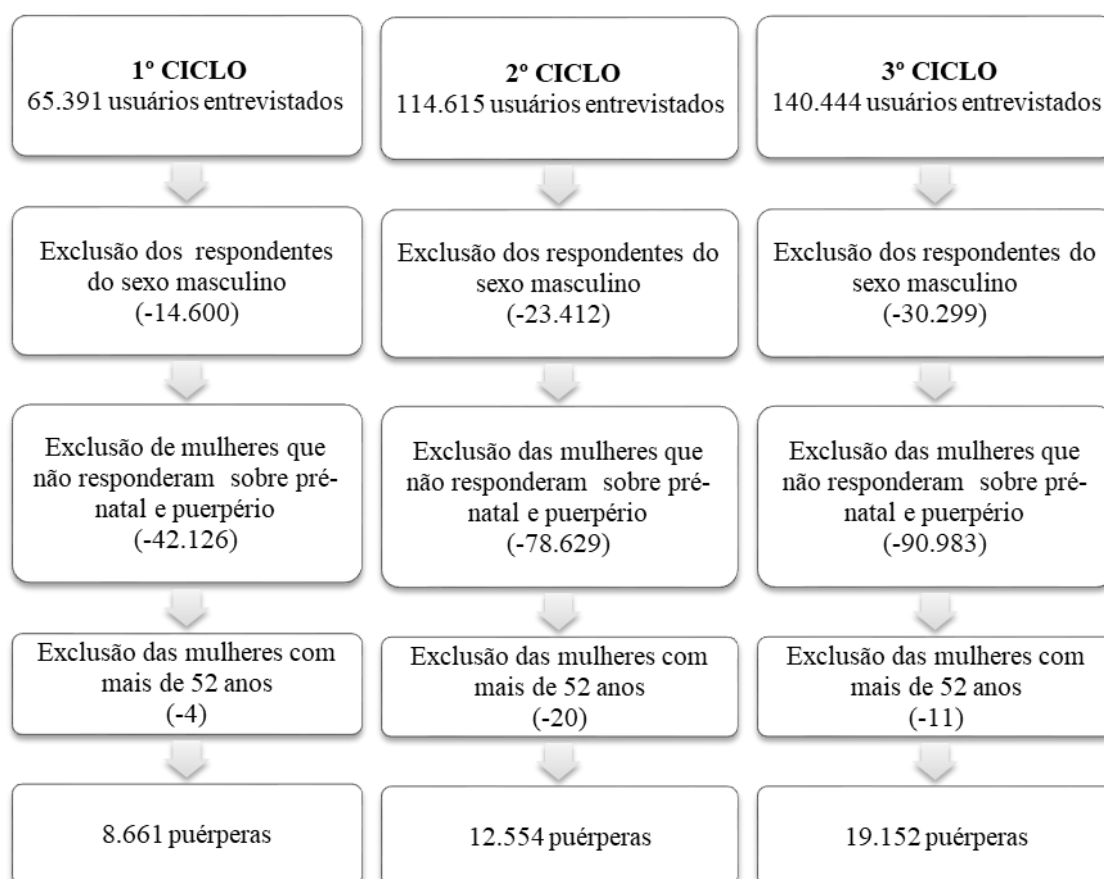
Ainda que o fluxo do questionário tenha se modificado no decorrer nos três ciclos do PMAQ-AB, a análise das figuras acima identifica que é possível comparar dados sobre acesso e utilização dos serviços de atenção puerperal. Esta possibilidade de comparação configura-se como um tipo de pesquisa longitudinal, denominada de pesquisa transversal repetida, porque o trabalho de coleta e análise dos dados permite observar um mesmo conjunto de variáveis em dois ou mais períodos, incluindo informações de sujeitos não idênticos, mas formalmente comparáveis (MOURA, 2012).

Após o cotejamento dos três fluxogramas, concluiu-se que podiam ser comparadas as variáveis relativas à realização da consulta de revisão do parto e à visita de agente comunitária de saúde (ACS). Por sua vez, as questões referentes ao conteúdo do atendimento prestado às puérperas poderiam ser comparadas apenas para as mulheres que fizeram a consulta de revisão do parto.

4.1.3 Delimitação do *corpus* em cada ciclo do PMAQ-AB

Nos ciclos do PMAQ-AB, definiu-se como critério de elegibilidade que os usuários não poderiam ter realizado consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista; deveriam frequentar a unidade de saúde, não podendo participar da entrevista usuários que estavam pela primeira vez no local ou que a última presença tivesse ocorrido há mais de um ano. No caso das mulheres que responderam às questões sobre atenção puerperal, foram incluídas apenas aquelas cuja data do parto não ultrapassasse dois anos antes da entrevista (BRASIL, 2012). A figura 4.4 sintetiza o processo de seleção das entrevistadas pertinentes.

Figura 4.4 - Fluxograma de delimitação do corpus nos três ciclos do PMAQ-AB



Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

Nota: Dados organizados pela autora.

A partir dos microdados de cada ciclo do PMAQ-AB, o processo de definição do *corpus* para a construção deste capítulo ocorreu mediante a aplicação dos seguintes critérios: exclusão de todas as respostas do sexo masculino, de respostas das mulheres que não tiveram

filhos nos últimos dois anos à entrevista, de entrevistadas com idade declarada superior a 52 anos²⁶ e de respostas faltantes para o bloco de perguntas sobre o pré-natal e puerpério.

Diante da metodologia de aplicação das entrevistas do PMAQ-AB, vale salientar que os resultados apresentados no presente estudo não podem ser generalizados para toda a população de usuárias dos serviços de atenção básica do SUS. Isso porque o processo de aplicação do questionário alcançou apenas a população acessível que, segundo Pedro Barbeta (2008), corresponde ao conjunto de indivíduos abrangidos pelo estudo e passíveis de observação. Portanto, as conclusões desta análise restringem-se às mulheres usuárias do SUS que participaram do PMAQ-AB.

4.1.4 Caracterização das variáveis e definição da estratégia de análise

Para a caracterização sociodemográfica das usuárias foram selecionadas do banco do PMAQ-AB as variáveis: região de residência no país; cor/raça; faixa etária (criada a partir da pergunta sobre idade), escolaridade²⁷ (presente apenas no segundo e terceiro ciclos); participação no Programa Bolsa Família, que identifica as puérperas que estavam em condição de pobreza ou extrema pobreza no momento da entrevista.

O território de residência da puérpera foi analisado também pela estrutura do município. Para tanto, foi incluída a variável categórica Grupo Homogêneo de Municípios (GHM). Trata-se de uma classificação criada pelo Ministério da Saúde - com base no Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), o Índice de Condições de Saúde (ICS), e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM), que considera a disponibilidade de serviços de média e alta complexidade (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015). Com base nesses índices, 5.563²⁸ municípios encontram-se classificados em seis estratos (BRASIL, 2015b), conforme tabela 4.1.

²⁶ A idade foi delimitada com base na consideração de que não é recomendável a gravidez, mediante técnicas de reprodução assistida, após os 50 anos. A definição do limite de idade teve como parâmetro a Resolução Conselho Federal de Medicina, nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Assim, na etapa de saneamento das bases de dados do PMAQ-AB, foi estipulada a idade limite de 52 anos considerando que as mulheres entrevistadas podiam ter realizado o parto até dois anos antes da entrevista.

²⁷ No primeiro ciclo do PMAQ-AB, a pergunta sobre nível de instrução foi restrita à condição de 'saber ler e escrever' e 'assinar o nome'. Dentre as mulheres puérperas que foram entrevistadas naquele ciclo, verificou-se que 1,1% delas declarou não saber ler e escrever.

²⁸ Não estão incluídos no GHM, Fernando de Noronha (PE), por ser ilha, e Nazária (PI), por ter sido criado em 2009 e não dispor de dados suficientes à época de construção da classificação (BRASIL, 2015b).

Tabela 4.1 - Grupos Homogêneos de Municípios de acordo com seus índices

GHM	IDSE	ICS	IESSM	Nº Municípios
1	alto	Médio	muita estrutura MAC (*)	29
2	alto	Médio	média estrutura MAC	94
3	médio	Médio	pouca estrutura MAC	632
4	baixo	Baixo	pouca estrutura MAC	587
5	médio	Médio	sem estrutura MAC	2.038
6	baixo	Baixo	sem estrutura MAC	2.183

*Estrutura MAC: atenção de média e alta complexidade ou atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, urgência/emergência.

Fonte: BRASIL (2015b).

Nas respectivas planilhas dos ciclos do PMAQ-AB, a variável GHM foi incluída linha a linha mediante a classificação de cada um dos municípios de residência das entrevistadas. O GHM foi considerado uma variável explicativa para o desfecho das ações de atenção puerperal.

Para comparar a proporção de cobertura dos serviços de atenção pós-parto ao longo dos ciclos do PMAQ-AB, foram selecionadas as seguintes questões: visita de agente comunitária de saúde (ACS) em até sete dias pós-parto (sim; não); realização da consulta puerperal (sim; não); período em que a consulta ocorreu (até 10 dias; 11 a 42 dias); local da consulta (unidade básica de saúde; hospital do parto; serviço privado; em casa com profissional de saúde; outro); profissional que realizou o atendimento da puérpera (médico; enfermeiro). Foi incluída ainda na análise a pergunta sobre a ocorrência de consulta do recém-nascido com profissional de saúde na primeira semana de vida (sim; não), por se configurar como um parâmetro de contato da mãe com o serviço de saúde nos primeiros dias após o nascimento.

Após essa caracterização, verificou-se em que medida o atendimento puerperal atendeu às recomendações do Ministério da Saúde. Para tanto, seguintes questões dicotômicas (sim; não) foram contempladas: foi perguntado sobre o estado emocional da mulher, ofertado método contraceptivo, realizado exame ginecológico, examinadas as mamas e orientado sobre a importância do aleitamento materno. Nesse aspecto da análise, foram consideradas apenas aquelas entrevistadas que confirmaram ter realizado a consulta puerperal.

Na sequência, são identificadas se as ações de receber a visita de ACS na primeira semana pós-parto e realizar a consulta puerperal (variáveis dependentes) estavam associadas às características sociodemográficas das puérperas (variáveis explicativas). Realizou-se,

então, a análise bivariada, com associação das variáveis selecionadas, a fim de verificar se existia relação de dependência entre elas. Uma vez que todas as variáveis são categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, considerando que a hipótese de independência (H_0) foi rejeitada a um nível de significância de 5%, ou seja, quando o valor de p foi inferior a 0,05 (BARBETTA, 2008).

Na sequência, aplicou-se a regressão logística binária para estimar a probabilidade de ocorrência da visita de ACS e de realização da consulta puerperal. Essa técnica de regressão é mais adequada para casos em que as variáveis dependentes são categóricas e binárias (FERNANDES *et al*, 2020). Tanto para a visita de ACS como para a realização da consulta puerperal, a resposta "sim" recebeu o código "1" e a resposta "não" recebeu "0". As características sociodemográficas das puérperas foram consideradas variáveis explicativas. Os modelos foram construídos com a inserção das variáveis explicativas pelo método *enter*, no qual todas as variáveis são inseridas de forma simultânea com a indicação das suas respectivas categorias de referência. O objetivo dessas estimativas foi identificar o acesso de grupos populacionais conforme suas características. A análise estatística foi empreendida por meio do IBM SPSS Statistics Versão 23.

4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS ENTREVISTADAS NOS CICLOS DO PMAQ-AB

As frequências absolutas e relativas das variáveis que caracterizam as condições sociodemográficas das puérperas entrevistadas nos ciclos do PMAQ-AB estão organizadas na tabela 4.2. Observa-se na tabela que, na primeira edição do PMAQ-AB, a maior parte das entrevistadas residia no Sudeste (47%) e a menor parte na região Norte (5,6%). Ao longo dos ciclos, a distribuição regional das respondentes modificou-se, com o aumento da proporção de puérperas do Norte (de 5,6% para 11,2%) e do Nordeste (28,6% para 36,4%), e com decréscimo das proporções do Sudeste (de 47% para 34,7%) e do Centro-Oeste (de 9,4% para 7,7%). A região Sul manteve frequência relativa estável em cerca de 10%.

As proporções de participantes por estrato de Grupo Homogêneo de Municípios – GHM apresentou poucas variações no decorrer dos ciclos. Na média, 13,9% residiam em municípios do GH1, 11,1% estavam em municipalidades GH2, 18% estavam naqueles enquadrados no GH3 e 24,5%, no GH6. As maiores variações ocorreram nas proporções de mulheres oriundas de municípios do estrato GH4, de 15,1% no primeiro ciclo para 22,4% na última edição do PMAQ-AB, e do GH5, que apresentou uma redução de 17% para 12,2%.

Vale observar que a maior parte das puérperas vivia em municípios com índices baixos de desenvolvimento socioeconômico e de condições de saúde e com pouca ou nenhuma estrutura disponível para atenção de média e alta complexidade (GH4 e GH6).

Tabela 4.2 - Características sociodemográficas das entrevistadas nos ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

Características sociodemográficas	PMAQ-AB 1º Ciclo (2012)		PMAQ-AB 2º Ciclo (2014)		PMAQ-AB 3º Ciclo (2017)	
	N= 8.661		N= 12.554		N= 19.152	
	N	%	N	%	N	%
Região	8661	100	12554	100	19.152	100
Norte	483	5,6	1.097	8,7	2.144	11,2
Nordeste	2.477	28,6	4.409	35,1	6.968	36,4
Sudeste	4.073	47,0	4.535	36,1	6.650	34,7
Sul	820	9,5	1.328	10,6	1.914	10,0
Centro-Oeste	808	9,3	1.185	9,4	1.476	7,7
GHM	8.657	100	12.554	100	19.147	100
GH1	1.269	14,7	1.617	12,9	2.717	14,2
GH2	1.025	11,8	1.374	10,9	2.020	10,5
GH3	1.694	19,6	2.192	17,5	3.224	16,8
GH4	1.312	15,1	2.550	20,3	4.284	22,4
GH5	1.472	17,0	1.715	13,7	2.331	12,2
GH6	1.885	21,8	3.106	24,7	4.571	23,9
Bolsa Família	8.659	100	12.537	100	18.904	100
Participa	4.596	53,1	5.665	45,2	9.632	51,0
Não participa	4.063	46,9	6.872	54,8	9.272	49,0
Cor/ raça	8.619	100	12.394	100	19.034	100
Branca	2.960	34,3	3.763	30,4	4.731	24,9
Preta	1.090	12,6	1.691	13,6	2.585	13,6
Amarela	251	2,9	463	3,7	689	3,6
Parda	4.240	49,2	6.375	51,4	10.859	57,1
Indígena	78	0,9	102	0,8	170	0,9
Faixa etária	8.520	100	12.554	100	19.152	100
16 a 19 anos	1.170	13,7	1.513	12,1	1.868	9,8
20 a 34 anos	6.308	74,0	9.468	75,4	14.367	75,0
35 a 52 anos	1.042	12,2	1.573	12,5	2.917	15,2
Escolaridade	-	-	12.548	100	19.142	100
Não alfabetizada	-	-	113	0,9	97	0,5
EF Incompleto	-	-	3.418	27,2	3.833	20,0
EF Completo	-	-	3.863	30,8	5.391	28,2
EM Completo	-	-	4.674	37,2	8.595	44,9
ES Completo ou +	-	-	480	3,8	1.226	6,4

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).

Nota: Organizada pela autora.

No primeiro ciclo do PMAQ-AB, registrou-se a adesão de 3.965 municípios brasileiros, destes 2.666 (67,2%) apresentaram respostas para o bloco de questões sobre atenção puerperal. No segundo, houve um aumento significativo da adesão para 5.073, dos quais 3.361 (66,2%) municípios tiveram respostas sobre os cuidados primários após o parto. No último ciclo das 5.324 gestões municipais que participaram do PMAQ-AB, 3.882 contaram com puérperas entrevistadas, de modo que cresceu a proporção de municípios representados no bloco de atenção puerperal para 72,9%.

As famílias em condição de pobreza ou extrema pobreza são atendidas pelo Programa Bolsa Família. No primeiro e no terceiro ciclos do PMAQ-AB, a maior parte das puérperas declarou receber o benefício do Bolsa Família (53,1% e 51%, respectivamente). Tendo em vista a condição de vulnerabilidade socioeconômica das famílias atendidas pelo Bolsa Família, denota-se que a maior parcela das puérperas entrevistadas depende exclusivamente dos serviços de atenção pós-natal, que engloba os cuidados de saúde das mulheres e recém-nascidos, do SUS.

A grande maioria das respondentes, ao longo das três edições do PMAQ-AB, declarou ter idade entre 20 a 34 anos (74,8%, na média). Em relação à cor/raça, as mulheres que se autodeclararam pardas são a maioria nos três ciclos. Ressalta-se que ao longo das edições a proporção de mulheres brancas decresceu (de 34,3% para 24,9%), ao passo que aumentou a proporção de mulheres pardas (de 49,2% para 57,1%). Na faixa etária de 16 a 19 anos, observa-se que houve uma redução da primeira para a última edição, de 13,7% para 9,8%. Ao passo que, no grupo etário com 35 anos ou mais, ocorreu um pequeno aumento de 12,2% para 15,2%.

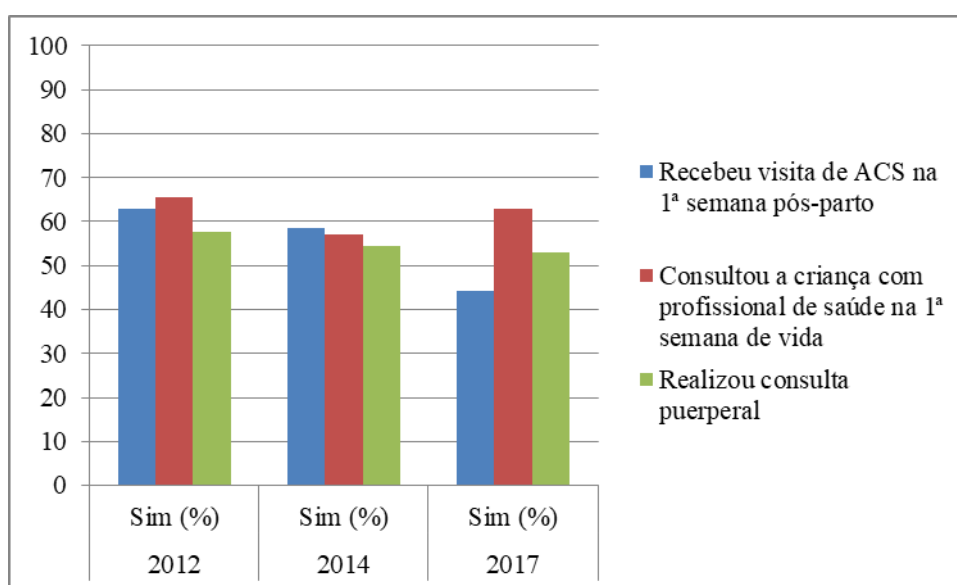
Quanto à escolaridade, destaca-se que no segundo e no terceiro ciclos do PMAQ-AB, a maioria das puérperas tinha completado o ensino médio. De 2014 para 2017, as proporções de mulheres não alfabetizadas e com ensino fundamental incompleto reduziram, enquanto aumentaram as proporções daquelas que concluíram o ensino médio e o ensino superior.

4.3 CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PUERPERAL NO BRASIL A PARTIR DA PERCEPÇÃO DAS ENTREVISTADAS NO PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

Das entrevistadas na edição de 2012 do PMAQ-AB, aproximadamente 63% confirmaram ter recebido a visita de ACS na primeira semana pós-parto. Essa proporção reduziu na segunda edição, sofrendo uma queda significativa na última, quando se registraram 44,2% de confirmações. Quanto à consulta puerperal, constatou-se uma pequena variação ao

longo dos anos, de modo que é possível afirmar que, na média, 55,1% das entrevistadas conseguiu realizar a consulta de revisão do parto de 2012 a 2017. O dado é superior em 13% ao verificado na síntese avaliativa apresentada no capítulo 3.

Gráfico 4.1 - Cobertura comparada das ações de atenção pós-natal (PMAQ-AB, 2012; 2014; 2017)



Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

Nota: Organizado pela autora.

Em todos os anos, os percentuais de atendimento das mulheres foram inferiores aos percentuais de consulta da criança com profissional de saúde na primeira semana de vida. No primeiro ciclo do PMAQ-AB, 65,5% das crianças foram consultadas nos primeiros sete dias de vida; no segundo ciclo, a proporção caiu para 57,1%, havendo uma ligeira recuperação no último, quando se registrou 63% de respostas positivas. Ainda que a maior parte das entrevistadas tenham realizado a consulta puerperal e a maioria das crianças tenha sido atendida por profissional de saúde, vale destacar que uma parcela importante não acessou os cuidados básicos após o parto e o nascimento. As puérperas não cobertas pela consulta representam, na média, 45 %, e as crianças, 38%.

O Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta puerperal ocorra em até 10 dias contados da data do parto (BRASIL, 2006). Na análise comparada entre os ciclos do PMAQ-AB (tabela 4.3) verifica-se que, em 2012, pouco mais da metade das respondentes fez a consulta entre 11 e 42 dias, esta relação inverteu-se em 2017, ano em que 54,8% das mulheres declararam que a consulta ocorreu nos primeiros dez dias.

A unidade básica de saúde foi o local onde a maioria das entrevistadas realizou a consulta puerperal, em todas as edições do PMAQ-AB as proporções foram superiores a 65%, chegando a quase 70% no ano de 2017. O número de mulheres atendidas em casa por profissionais de saúde cresceu de 9% para 16,5%. Ao passo que as proporções de mulheres que fizeram a consulta no hospital do parto reduziram-se de, aproximadamente, 13% em 2012 e 2014 para 7,5% em 2017. Registrou-se, igualmente, uma redução no uso de serviços privados de saúde de 8%, no primeiro ano, para 5,1%, no último.

Tabela 4.3 - Período, local e profissional da consulta puerperal nos ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

CONSULTA PUERPERAL	PMAQ-AB 2012	PMAQ-AB 2014	PMAQ-AB 2017
Período de realização	N= 4.590	N= 6.334	N= 9.315
Até 10 dias	48,3 %	47,7 %	54,8 %
11 a 42 dias	51,7 %	47,4 % ^a	45,2 %
Local	N=4.989	N= 6.800	N= 10.113
Unidade Básica de Saúde	66,8 %	65,3 %	69,4 %
Hospital do Parto	12,7 %	13,1 %	7,5 %
Serviço Privado	8,0 %	5,8 %	5,1 %
Em casa com profissional de saúde	9,0 %	12,2 %	16,5 %
Outro	3,5 %	3,7 %	1,6 %
Profissional ^b	N= 5.003	N= 6.837	N= 8.685
Enfermeiro	26,5 %	34,9 %	46,8 %
Médico	72,4 %	63,9 %	52,2 %

^a No PMAQ-AB (2014), 4,9% das mulheres declararam ter realizado a consulta puerperal depois de 42 dias do parto. ^b Cerca de 1% das respondentes de cada ciclo declarou ter realizado a consulta com outro profissional.

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).

Nota: Dados organizados pela autora.

O médico foi o profissional de saúde que mais atendeu as puérperas na consulta, conforme as entrevistadas dos três ciclos do PMAQ-AB. Vale observar, entretanto, que a proporção foi maior no primeiro ciclo com 72,4%. Essa proporção decresceu ao mesmo tempo em que aumentaram os percentuais de mulheres atendidas por enfermeiros. De modo que, no último ciclo, 46,8% das entrevistadas foram assistidas por enfermeiros, cerca de 20% a mais que em 2012.

Tabela 4.4 - Aspectos da saúde da mulher avaliados na consulta puerperal nos ciclos do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

Na primeira consulta após o parto	PMAQ-AB 2012		PMAQ-AB 2014		PMAQ-AB 2017	
	N	Sim (%)	N	Sim (%)	N	Sim (%)
Foi perguntado como estava se sentindo	4.934	63,7	4.515	82,6	9.952	65,0
Foram ofertados métodos contraceptivos	4.973	81,6	6.773	79,5	10.026	80,4
Foi realizado exame ginecológico	4.968	45,1	6.742	40,5	9.991	40,6
Foram examinadas as mamas	4.973	47,3	6.758	45,9	10.026	48,8
Foi orientado sobre a importância da amamentação	4.993	92,3	6.806	93,3	10.088	92,8

*Foram contabilizadas apenas as respostas válidas.

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).

Nota: Dados organizados pela autora.

Preconiza-se que, na consulta puerperal, o profissional avalie tanto os aspectos fisiológicos como emocionais da saúde da mulher. Em todos os ciclos do PMAQ-AB, a maior parte das mulheres relatou que o exame ginecológico não foi realizado na primeira consulta após o parto. Na média, apenas 42,1% das puérperas confirmaram que esse exame aconteceu. O exame das mamas também apresentou baixos percentuais de cumprimento, na média dos três ciclos, apenas 47,3% das puérperas declararam que suas mamas foram avaliadas. Portanto, a maioria das puérperas não foi examinada fisicamente, conforme demonstrado na tabela 4.4.

Em contraste, os melhores resultados para a atenção puerperal referem-se à pergunta: “foi falado sobre dar de mama do peito para a criança e a importância da amamentação?”. Em todas as edições do PMAQ-AB, as respostas sim superaram os 90%. As respostas positivas sobre a oferta de formas para não engravidar somaram cerca de 80% em todos os anos avaliados. Por fim, a questão se foi perguntado como a puérpera estava se sentindo, se ela estava com algum problema de desânimo tristeza ou depressão, apresentou mais de 60% de respostas positivas em 2012 e 2017, obtendo resultado melhores em 2014, ano em que a proporção registrada foi de 82,6%.

4.4 ANÁLISE LONGITUDINAL DOS FATORES ASSOCIADOS À VISITA DE ACS NA PRIMEIRA SEMANA PÓS-PARTO SEGUNDO O PMAQ-AB (2012; 2014; 2017)

Como mencionado anteriormente, as proporções de mulheres que receberam a visita de ACS na primeira semana após o parto caíram do primeiro ao último ciclo do PMAQ-AB. A queda da cobertura desse serviço da atenção básica ocorreu em todas as regiões brasileiras.

Em 2012, a região Nordeste apresentou a maior proporção de cobertura da visita de ACS, 77,3%, sendo que os menores percentuais foram identificados no Sul e no Centro-Oeste com 55%. Nos anos de 2014 e 2017, a região Nordeste manteve-se com os melhores resultados de cobertura, respectivamente 65,6% e 54,2%. Enquanto o Centro-Oeste apresentou os menores percentuais: 39,8% e 32,3%.

O enquadramento do município no grupo homogêneo apresentou associação com a visita de ACS, tendo em vista o valor de p abaixo de 0,001. É interessante observar que os municípios dos estratos GH4 e GH6 tiveram as maiores proporções da visita de ACS em todos os anos de aplicação do PMAQ-AB. São estratos que agrupam municípios com baixas condições de saúde e de desenvolvimento socioeconômico e que possuem pouca ou nenhuma estrutura para atenção de média e alta complexidade. Em contraste, no GH1 foram identificadas menores proporções da visita de ACS. O grupo agrega as capitais dos estados ou grandes municípios brasileiros que apresentam muita estrutura em todos os níveis de atenção à saúde, alto desenvolvimento econômico e melhores condições de saúde. Em 2012, por exemplo, os municípios GH6 apresentaram 79% de cobertura da visita de ACS, enquanto os do GH1 tiveram 51,1%. Em 2017, os resultados foram 52% e 38,4%, respectivamente. No entanto, destaca-se que a maior queda nas proporções de cobertura da visita de ACS ocorreu no GH6, cuja diferença foi de 27% entre a primeira e a última edição do PMAQ-AB. Ao passo que o menor percentual de queda, 13,5%, foi identificado nos municípios do GH1.

O Programa Bolsa Família focaliza as pessoas que se encontram em condição de pobreza ou extrema pobreza. Em todos os ciclos do PMAQ-AB, as mulheres que participavam do Bolsa Família receberam mais a visita de ACS do que aquelas não estavam contempladas no Programa. A diferença média entre os percentuais de quem recebia do Bolsa Família com quem não recebia foi de cerca de 9%. A associação entre a visita de ACS pós-parto e participar do Programa Bolsa Família foi demonstrada pelo teste Qui-quadrado de Pearson, cujo valor de p ficou abaixo de 0,001 em todas as edições do PMAQ-AB.

Dentre todas as variáveis explicativas testadas, a visita de ACS mostrou-se independente apenas para a cor/raça em todos os ciclos do PMAQ-AB ($p > 0,05$). Em 2012, as mulheres pardas, pretas e brancas tiveram proporções semelhantes da visita de ACS, respectivamente: 64,6%, 62,8% e 61,6%. Os menores percentuais foram observados dentre as mulheres amarelas e indígenas, 54,4% e 45,5%.

Tabela 4.5 - Distribuição das frequências de mulheres que declararam ter recebido visita de ACS na primeira semana pós-parto segundo características sociodemográficas das entrevistadas nos três ciclos do PMAQ-AB

Características sociodemográficas	VISITA DE ACS NA 1ª SEMANA PÓS-PARTO					
	PMAQ-AB 2012		PMAQ-AB 2014		PMAQ-AB 2017	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
Região	N=2.943	<0,001*	N=12.367	<0,001*	N=18.753	<0,001*
Brasil	62,9		58,5		44,2	
Norte	57,1		44,2		35,0	
Nordeste	77,3		65,6		54,2	
Sudeste	60,5		61,1		40,5	
Sul	55,6		54,8		39,7	
Centro-Oeste	55,2		39,8		32,3	
GHM	N=2.941	<0,001*	N= 12.367	<0,001*	N=18.748	<0,001*
GH1	51,9		51,9		38,4	
GH2	58,3		51,8		36,1	
GH3	60,8		55,1		38,8	
GH4	68,4		59,8		48,3	
GH5	59,8		56,3		42,0	
GH6	79,0		67,5		52,0	
Bolsa Família	N=2.943	<0,001*	N=12.350	<0,001*	N=18.514	<0,001*
Participa	68,6		60,9		49,1	
Não participa	57,0		56,6		39,0	
Cor/raça	N= 2.930	0,098	N=12.209	0,163	N=18.639	0,057
Branca	61,6		60,0		43,6	
Preta	62,8		56,7		42,4	
Amarela	54,4		58,2		42,1	
Parda	64,6		58,2		45,0	
Indígena	45,5		55,0		48,8	
Faixa etária	N=2.899	0,048*	N=12.367	<0,001*	N=18.753	<0,001*
16 a 19 anos	60,3		54,3		36,5	
20 a 34 anos	62,3		58,6		44,4	
35 a 52 anos	68,2		32,1		48,0	
Escolaridade	-		N=12.361	<0,001*	N=18.744	0,004*
Não alfabetizada	-		70,5		61,5	
EF Incompleto	-		59,3		44,9	
EF Completo	-		56,1		44,2	
EM Completo	-		58,9		43,4	
ES Completo ou +	-		66,0		45,9	

* O valor de p resultou da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. A associação foi considerada significativa a 5% ($p < 0,05$).

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).

Nota: Dados organizados pela autora.

Em 2014, reduziu a diferença entre o maior e o menor percentual de cobertura, tendo em vista que os resultados observados ficaram no intervalo entre 55% (indígenas) e 60% (brancas). Por sua vez, em 2017, as indígenas apresentaram as melhores proporções (48%), enquanto as menores proporções ficaram em torno de 42% nos grupos de mulheres amarelas e pretas. Salienta-se que, com exceção das indígenas, ocorreu a redução da cobertura para todos os grupos de mulheres. Dentre as mulheres pretas, registrou-se a maior queda nas proporções da visita de ACS entre 2012 e 2017 (62,8% a 42,4%).

A visita de ACS mostrou-se associada à faixa etária das puérperas. Em 2012 e 2017, as mulheres a partir dos 35 anos receberam mais a visita de ACS do que as mulheres mais jovens. Apenas em 2014 essa situação não foi verificada, ainda que a faixa etária dos 16 aos 19 anos tenha se mantido como a que menos confirmou que a visita de ACS aconteceu na primeira semana pós-parto. De modo que, em todos os anos observados, o grupo mais vulnerável em razão da idade foi o que menos recebeu atenção da ACS.

Quanto ao grau de instrução, as mulheres que se declararam analfabetas tiveram as maiores proporções da visita de ACS, 70,5% e 61,5%, respectivamente, em 2014 e em 2017. Cabe a ressalva que a quantidade de mulheres não alfabetizadas nas duas edições do PMAQ-AB foi inferior a 1% da população de puérperas entrevistadas. Na comparação entre os demais grupos por nível de escolaridade, as maiores proporções foram registradas entre as mulheres com ensino superior completo em ambas as edições do PMAQ-AB avaliadas (66% e 45,9%).

Os resultados verificados – maiores proporções da visita de ACS a mulheres analfabetas e participantes do Programa Bolsa Família – relacionam-se à estratégia de focalização que orienta o processo de trabalho das equipes de atenção básica desde o início da implantação do Programa de Saúde da Família na década de 1990 (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006; BRASIL, 2006b). As maiores proporções da visita de ACS nos municípios GH6 e GH4 corrobora o estudo de Grazielle David, Helena Shimizu e Everton da Silva (2015). As autoras verificaram que os municípios GH6, GH5 e GH4 (classificados nos grupos com menores índices de desenvolvimento econômico, condição de saúde e estrutura do sistema de saúde) apresentaram maiores notas no índice de desempenho do SUS e na cobertura da atenção primária à saúde.

Na tabela 4.6 estão os resultados da regressão logística para o desfecho visita de ACS nos anos de 2014 e 2017. O primeiro ciclo do PMAQ-AB, por não apresentar a variável escolaridade, não está incluído na regressão.

Tabela 4.6 - Fatores associados à realização da visita de ACS na primeira semana pós-parto segundo variáveis maternas (PMAQ-AB 2014; 2017)

Características sociodemográficas		VISITA DE ACS NA 1ª SEMANA PÓS-PARTO		
		PMAQ-AB 2014		PMAQ-AB 2017
	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)
Região				
Norte	<0,001*	0,608 (0,508 – 0,729)	<0,001*	0,740 (0,640 – 0,855)
Nordeste	<0,001*	1,315 (1,128 – 1,534)	<0,001*	1,545 (1,359 – 1,756)
Sudeste	<0,001*	1,287 (1,128 – 1,468)	0,562	1,034 (0,924 – 1,156)
Centro-Oeste	<0,001*	0,526 (0,444 – 0,622)	<0,001*	0,720 (0,619 – 0,837)
Sul		1,0		1,0
GHM				
GH1		1,0		1,0
GH2	0,918	0,992 (0,854 – 1,152)	0,066	0,890 (0,786 – 1,008)
GH3	0,051	1,143 (1,000 – 1,307)	0,351	1,053 (0,944 – 1,175)
GH4	<0,001*	1,338 (1,165 – 1,538)	0,019*	1,144 (1,023 – 1,279)
GH5	<0,001*	1,330 (1,151 – 1,537)	<0,001*	1,243 (1,103 – 1,400)
GH6	<0,001*	1,731 (1,511 – 1,984)	<0,001*	1,315 (1,178 – 1,468)
Bolsa Família				
Participa	0,128	1,066 (0,982 – 1,157)	<0,001*	1,331 (1,246 – 1,422)
Não Participa		1,0		1,0
Cor/raça				
Branca		1,0		1,0
Preta	0,009*	0,851 (0,753 – 0,961)	0,054	0,904 (0,816 – 1,002)
Amarela	0,740	0,966 (0,786 – 1,186)	0,154	0,884 (0,747 – 1,047)
Parda	0,070	0,920 (0,841 – 1,007)	0,433	0,970 (0,900 – 1,046)
Indígena	0,515	0,873 (0,579 – 1,315)	0,271	1,197 (0,869 – 1,648)
Faixa etária				
16 a 19 anos	0,017*	0,868 (0,773 – 0,976)	<0,001*	0,726 (0,653 – 0,806)
20 a 34 anos		1,0		1,0
35 a 52 anos	0,047*	1,124 (1,002 – 1,261)	<0,001*	1,209 (1,111 – 1,315)
Escolaridade				
Sem instrução	0,932	0,980 (0,612 – 1,568)	0,381	1,218 (0,783 – 1,894)
EF incompleto	0,002*	0,717 (0,578 – 0,889)	0,002*	0,799 (0,694 – 0,918)
EF completo	<0,001*	0,683 (0,552 – 0,844)	0,063	0,880 (0,769 – 1,007)
EM completo	0,008*	0,756 (0,614 – 0,931)	0,020*	0,860 (0,757 – 0,977)
ES completo e mais		1,0		1,0

OR: *odds ratio*. IC 95%: intervalo de 95% de confiança. Respostas agrupadas em duas categorias “sim x não”, categoria de referência “sim” (recebeu visita de ACS). *A partir da regressão logística, indica as variáveis associadas a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2014; 2017).

Nota: Dados organizados pela autora.

Utilizando a região Sul como referência, observa-se que as puérperas residentes no Norte e do Centro-Oeste têm menores chances de receber a visita de ACS, considerando os anos de 2014 e 2017 do PMAQ-AB. Enquanto no Nordeste e Sudeste, há maiores chances de ocorrência dessa visita, com exceção do ano de 2017 no Sudeste. Tendo como referência os municípios enquadrados no GH1, verifica-se que a visita de ACS tem maior probabilidade de ocorrer em municípios que possuem baixos índices de desenvolvimento socioeconômico e pouca estrutura de média/alta complexidade para atenção à saúde (GH4, GH5, GH6).

Em 2017, participar do Programa Bolsa Família teve um efeito protetor para a realização da visita de ACS na primeira semana pós-parto. A regressão logística confirmou não haver distinção por cor das puérperas para a realização da visita de ACS, exceto para as mulheres pretas nos dados de 2014. Na variável faixa etária a referência para análise são as puérperas com idade entre 20 e 34 anos. Nesta comparação, verifica-se que as chances de receber a visita de ACS são menores para as jovens com idade inferior a 19 anos, e maiores para as mulheres a partir dos 35 anos. Consta-se que são menores as chances de receber a visita de ACS para as mulheres com grau de escolaridade abaixo do superior completo, com exceção daquelas sem instrução.

4.5 ANÁLISE LONGITUDINAL DOS FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DA CONSULTA PUERPERAL

As melhores proporções de realização da consulta puerperal foram encontradas na região Sul, que obteve uma média próxima a 70% considerando-se os três ciclos do PMAQ-AB. Em contraste, na região Norte, observou-se uma média de aproximada de 43% na cobertura da consulta. Na tabela 7, nota-se que há uma relação de contiguidade entre as regiões com menores proporções (Norte, Nordeste, Centro-Oeste) e aquelas com resultados melhores (Sudeste e Sul). Evidenciou-se que a região do país está significativamente associada com a realização da consulta puerperal.

A classificação do município por grupos homogêneos também foi identificado como um fator associado à realização da consulta puerperal nos três ciclos. As mulheres residentes em municípios com melhores condições socioeconômicas e estrutura de serviços de saúde, tais como o GH1, somaram proporções acima de 60%, na média, para o cumprimento da consulta puerperal. Ao passo que municípios enquadrados nos estratos GH4 e GH6 apresentaram os menores percentuais, aproximadamente 48,5% na média.

No entanto, nos municípios classificados nos estratos GH1, GH2, GH3 e GH5 observou-se que as proporções de realização da consulta puerperal reduziram-se, entre 8,5% a 9,5%, do primeiro ao último ciclo do PMAQ-AB. Os percentuais de realização da consulta aumentaram aproximadamente 3% nos municípios do estrato GH4 e GH6. De modo que as disparidades entre os grupos homogêneos de municípios diminuíram na última edição da pesquisa, ainda que os melhores resultados ainda sejam constatados nas cidades de maior porte, estratificadas no GH1.

No três ciclos do PMAQ-AB, as entrevistadas que participavam do Bolsa Família mantiveram proporções de realização da consulta puerperal em 53%. Contudo, entre aquelas mulheres que não participavam do Programa os percentuais variaram, registrando-se 62,2% em 2012; 55,6% em 2014 e 52,2% em 2017. Diante disso, constatou-se uma redução das diferenças entre quem participava e não participava do programa de transferência de renda ao longo do período estudado.

O teste Qui-quadrado detectou que consultar com profissional de saúde após o parto tem relação de dependência com a variável cor/raça. No grupo de mulheres que se autodeclararam brancas a média para a realização da consulta puerperal foi de 59,5%, seguida das mulheres pretas, com média de 55,1%, pardas, 51,5%, amarelas, 51,4% e indígenas, 44,9%. Vale observar, no entanto, que o grupo das mulheres indígenas apresentou as maiores variações nas proporções de realização da consulta, 43,6% em 2012, 39,2% em 2014 e 51,8% em 2017.

Na comparação longitudinal, diminuíram as diferenças observadas por cor/raça. O que ocorreu foi uma estabilidade nos percentuais das mulheres pretas, amarelas e pardas, uma redução das proporções verificadas entre as mulheres brancas e o crescimento acentuado dos percentuais das mulheres indígenas. Enquanto, no primeiro ciclo, a discrepância entre as proporções das mulheres brancas e indígenas foi de praticamente 20%, no último ciclo, a diferença entre os dois grupos caiu para 3,5%.

A comparação das mulheres por faixa etária demonstra haver um gradiente de realização da consulta puerperal, na medida em que aumenta a faixa etária aumenta os percentuais da consulta. No grupo de 16 a 19 anos, em média 47,9% das entrevistadas fizeram a consulta de revisão do parto. Na faixa dos 20 aos 34 anos, a média correspondeu a 55,2%. Com 35 anos ou mais, em média, 61,1% das mulheres conseguiram fazer a consulta. A relação de dependência da variável consulta puerperal com a faixa etária foi constatada pelo teste Qui-quadrado, cujo valor de p foi inferior a 0,001 em todos os anos da pesquisa.

Tabela 4.7- Condições sociodemográficas associadas à realização da consulta puerperal segundo variáveis maternas (PMAQ-AB 2012; 2014; 2017)

REALIZAÇÃO DA CONSULTA PUERPERAL						
Características sociodemográficas	PMAQ-AB 2012		PMAQ-AB 2014		PMAQ-AB 2017	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
Região	N= 8.661	<0,001*	N= 12.554	<0,001*	N= 19.152	<0,001*
Brasil	57,8		54,5		53,0	
Norte	41,4		41,0		46,4	
Nordeste	46,8		48,9		50,5	
Sudeste	64,5		60,5		55,2	
Sul	71,7		71,8		64,2	
Centro-Oeste	53,1		45,2		50,1	
GHM	N= 8.657	<0,001*	N= 12.554	<0,001*	N= 19.147	<0,001*
GH1	66,5		60,0		57,0	
GH2	60,3		56,4		51,3	
GH3	65,1		60,2		56,6	
GH4	46,3		49,2		50,3	
GH5	63,9		59,2		55,4	
GH6	47,2		48,3		50,1	
Bolsa Família	N=8.659	<0,001*	N=12.537	0,005*	N=18.904	0,032*
Participa	53,8		53,1		53,8	
Não participa	62,2		55,6		52,2	
Cor/ raça	N= 8.619	<0,001*	N=12.394	<0,001*	N=19.034	<0,001*
Branca	63,4		59,8		55,3	
Preta	56,4		54,0		54,8	
Amarela	54,2		49,7		50,2	
Parda	54,7		52,3		51,8	
Indígena	43,6		39,2		51,8	
Faixa etária	N=8.520	<0,001*	N=12.554	<0,001*	N=19.152	<0,001*
16 a 19 anos	50,1		47,9		45,6	
20 a 34 anos	58,1		54,6		52,8	
35 a 52 anos	64,6		59,9		58,8	
Escolaridade	-		N=12.548	<0,001*	N=19.142	<0,001*
Não alfabetizada	-		48,7		54,6	
EF Incompleto	-		49,1		51,4	
EF Completo	-		53,7		51,9	
EM Completo	-		57,9		53,6	
ES Completo ou +	-		66,9		59,1	

* O valor de p resulta da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, a associação foi considerada significativa a 5% (p< 0,05)

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2012; 2014; 2017).

Nota: Dados organizados pela autora.

Por fim, realizar a consulta de revisão do parto também possui associação com o grau de escolaridade das mulheres. Isso porque dentre aquelas que possuíam o ensino superior completo, o percentual de realização da consulta puerperal foi, na média, 63%, considerando apenas o segundo e terceiro ciclos do PMAQ-AB. Com Ensino Médio completo, a proporção média registrada foi de 55,7%; notando-se uma redução dos percentuais entre os grupos que tinham apenas o Ensino Fundamental (52,8%) completo e incompleto (50,2%).

Diante do exposto, constatou-se associação entre o desfecho consulta puerperal com as características sociodemográficas das puérperas entrevistadas, quais sejam: região, grupo homogêneo de municípios, participação no Programa Bolsa Família, cor/raça, faixa etária e escolaridade.

Os municípios com estrutura de média/alta complexidade de atenção à saúde encontram-se classificados no GH1. Em comparação a este grupo, verifica-se que são menores as chances de realização da consulta puerperal em municípios enquadrados em grupos com estrutura inferior em relação à atenção de média/alta complexidade (GH2, GH4, GH5 e GH6). As exceções são aqueles classificados no GH3 (2014 e 2017) e no GH5, em 2014.

A tabela 4.8 contém os resultados da regressão logística para a consulta puerperal. Tendo como referência a região Sul, a consulta puerperal tem menores chances de ocorrer em todas as outras regiões, tendo em vista os dados de 2014 e 2017 do PMAQ-AB. Em 2014 uma puérpera do Sul tinha três vezes mais chance de realizar a consulta puerperal do que uma mulher do Norte ou do Centro-Oeste. Em 2017, a desigualdade ainda era grande, pois uma puérpera do Sul tinha o dobro de chances de fazer a consulta em relação às do Norte.

Assim como verificado na análise da visita de ACS, participar do Programa Bolsa Família teve efeito protetor para a realização da consulta puerperal. Por sua vez, a cor/raça não se mostrou um fator de distinção relevante para a ocorrência da consulta, salvo em relação às indígenas que tiveram menores chances de fazer a consulta em 2014. Também se constatou que, em relação à faixa de idade dos 20 aos 34 anos, as mulheres com menos de 19 anos têm menores chances de realizar a consulta, enquanto aquelas que estão na faixa a partir dos 35 anos têm maior probabilidade de se consultar após o parto.

Por fim, o maior grau de escolaridade dobra as chances de ter acesso à consulta puerperal. Isso porque as mulheres com escolaridade inferior ao ensino fundamental tiveram metade das chances de se consultar em 2014 em relação às com ensino superior. Em 2017, o gradiente se mantém, com 20 a 30% mais chances para as mulheres mais bem formadas.

Tabela 4.8 - Fatores associados à realização da consulta puerperal segundo variáveis maternas (PMAQ-AB 2014; 2017)

Características sociodemográficas	CONSULTA PUERPERAL			
		PMAQ-AB 2014		PMAQ-AB 2017
	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)	p-valor	OR _{ajus} (IC 95%)
Região				
Norte	<0,001*	0,304 (0,252 – 0,366)	<0,001*	0,489 (0,425 – 0,563)
Nordeste	<0,001*	0,429 (0,366 – 0,503)	<0,001*	0,574 (0,505 – 0,651)
Sudeste	<0,001*	0,611 (0,531 – 0,704)	<0,001*	0,670 (0,599 – 0,749)
Centro-Oeste	<0,001*	0,326 (0,274 – 0,387)	<0,001*	0,557 (0,482 – 0,644)
Sul		1,0		1,0
GHM				
GH1		1,0		1,0
GH2	0,009*	0,818 (0,703 – 0,951)	<0,001*	0,802 (0,712 – 0,903)
GH3	0,299	0,931 (0,813 – 1,066)	0,190	0,932 (0,838 – 1,036)
GH4	0,002*	0,801 (0,698 – 0,919)	0,001*	0,830 (0,744 – 0,926)
GH5	0,207	0,910 (0,787 – 1,053)	0,023*	0,874 (0,778 – 0,981)
GH6	<0,001*	0,722 (0,631 – 0,825)	<0,001*	0,811 (0,728 – 0,903)
Bolsa Família				
Participa	<0,001*	1,156 (1,067 – 1,253)	<0,001*	1,248 (1,170 – 1,331)
Não Participa		1,0		1,0
Cor/raça				
Branca		1,0		1,0
Preta	0,207	0,925 (0,820 – 1,044)	0,222	1,064 (0,963 – 1,176)
Amarela	0,154	0,865 (0,709 – 1,056)	0,283	0,915 (0,777 – 1,077)
Parda	0,414	0,964 (0,883 – 1,053)	0,760	0,989 (0,919 – 1,064)
Indígena	0,031*	0,633 (0,418 – 0,959)	0,915	1,017 (0,744 – 1,390)
Faixa etária				
16 a 19 anos	0,001*	0,822 (0,733 – 0,922)	<0,001*	0,799 (0,723 – 0,883)
20 a 34 anos		1,0		1,0
35 a 52 anos	0,005*	1,174 (1,049 – 1,315)	<0,001*	1,259 (1,159 – 1,368)
Escolaridade				
Sem instrução	0,001*	0,470 (0,304 – 0,727)	0,103	0,701 (0,457 – 1,074)
EF incompleto	<0,001*	0,486 (0,393 – 0,601)	<0,001*	0,674 (0,587 – 0,774)
EF completo	<0,001*	0,590 (0,478 – 0,728)	<0,001*	0,718 (0,628 – 0,820)
EM completo	<0,001*	0,674 (0,549 – 0,828)	<0,001*	0,781 (0,689 – 0,886)
ES completo e mais		1,0		1,0

OR: *odds ratio*. IC 95%: intervalo de 95% de confiança. Respostas agrupadas em duas categorias “sim x não”, categoria de referência “sim” (fez a consulta puerperal). *A partir da regressão logística, indica as variáveis associadas a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Fonte: BRASIL. PMAQ-AB (2014; 2017).

Nota: Dados organizados pela autora.

4.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE ATENÇÃO PUERPERAL NO BRASIL

Segundo Barbara Starfield (2002), a saúde resulta da interação entre determinantes genéticos, fatores ambientais, comportamentos culturais, aspectos sociais e econômicos, bem como, pela qualidade dos serviços de atenção à saúde. O estado de saúde associa-se de modo direto à “vantagem social”, ou seja, mais recursos sociais de indivíduos e comunidades aumentam as chances de melhores condições de saúde. Sistemas de saúde orientados pelo princípio da equidade tendem a fortalecer a atenção primária, tendo em vista que este nível de atenção é o mais apropriado para lidar com as pessoas a partir do espaço e do meio social no qual elas vivem e trabalham. A partir de uma perspectiva populacional, a avaliação de serviços primários de saúde possibilita medir o impacto de programas, bem como identificar disparidades no acesso e utilização dos serviços por subgrupos populacionais (STARFIELD, 2002; FRIAS *et al*, 2010).

Alinhado aos princípios da atenção primária, o PMAQ-AB caracterizou-se como uma política inovadora, no sentido de aglutinar em um instrumento avaliativo uma ampla gama de ações, vinculadas a diversos programas em vigor, realizadas na atenção básica (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Seguindo a definição de Contandriopoulos *et al* (1997), entende-se aqui que o PMAQ-AB constituiu uma modalidade de avaliação normativa, pois permitiu verificar a relação entre recursos disponíveis, organização das equipes, processos de trabalho e produção de resultados em face das normas e critérios de atendimento previstos normativamente na política e nos programas de saúde.

Especificamente neste estudo, os dados coletados nas três edições do PMAQ-AB subsidiaram a análise da cobertura real da atenção puerperal ofertada nos serviços primários de saúde vinculados ao SUS. A visita de ACS na primeira semana após o parto e a realização da consulta revisão do parto são elementos de continuidade da atenção pré-natal que contribuem para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

A visita domiciliar constitui uma estratégia para ampliação da cobertura dos cuidados primários em saúde que integra o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em 2004. A primeira semana após o parto constitui uma fase crítica para a saúde da mulher e da criança, por essa razão o pacto estabeleceu dentre as ações prioritárias para a saúde da mulher: avaliar o estado de saúde com especial atenção à saúde mental, orientar e apoiar a amamentação, esclarecer sobre métodos contraceptivos e agendar a consulta puerperal (BRASIL, 2004).

A visita domiciliar no período puerperal é uma das atribuições ACS, podendo ser realizada por enfermeiro em casos específicos. A ACS está apta para prestar orientações sobre cuidados básicos de higiene, monitorar e incentivar o aleitamento materno, avisar sobre a consulta de revisão do parto e encaminhar a puérpera ao identificar situações de risco. As visitas da ACS buscam reforçar o vínculo entre a família e o serviço de saúde. Não obstante sua importância, não há registros nacionais sobre a cobertura da visita domiciliar no puerpério, porque esta ação não está incluída dentre os indicadores de processo do Sispre natal (SILVA *et al*, 2016). Diante disso, os dados do PMAQ-AB aqui analisados contribuem para identificar as proporções de puérperas que confirmaram receber a visita, bem como os grupos de mulheres mais atendidos por ACS.

No segundo ciclo do PMAQ-AB, a cobertura da visita de ACS na primeira semana pós-parto foi de aproximadamente 63%. No entanto, verificou-se uma queda acentuada na cobertura em 2017, ano em que apenas 44,2% das puérperas declararam que a visita ocorreu. Nos resultados do PMAQ-AB, observa-se maiores proporções da visita de ACS na região Nordeste e em segmentos de puérperas mais vulneráveis, atendendo em maior proporção as mulheres assistidas pelo Programa Bolsa Família, de baixa escolaridade e aquelas residentes em municípios com baixo desenvolvimento econômico e pouca/nenhuma estrutura de média ou alta complexidade de atenção à saúde.

A pesquisa de Laura Silva *et al* (2016) contou com a participação de 190 puérperas vinculadas a Estratégia Saúde da Família na cidade de Recife – Pernambuco. Nesse grupo, constatou-se que 42,1% das puérperas receberam visita domiciliar no período de uma semana após a alta da maternidade no ano de 2013. A ACS foi responsável pela maioria das visitas (85%), em que ocorreram as seguintes ações: perguntar sobre a amamentação (68,6%), orientar sobre o uso de sulfato ferroso (65,7%); informar sobre a consulta puerperal (62,8%); solicitar resumo da alta (60%); orientar sobre amamentação (57,1%); orientar sobre planejamento familiar (54,3%).

Estudo de casos múltiplos, conduzido por Tatiane Baratieri (2020), em três municípios com mais de 100 mil habitantes, um de cada estado na região Sul, detectou baixa cobertura de visita domiciliar na primeira semana pós-parto como um aspecto desfavorável à implantação da assistência puerperal. Cabe destacar que a pesquisa foi realizada junto a municípios com cobertura de atenção primária superior a 80%; proporção de no mínimo 80% de equipes de saúde cadastrada no PMAQ-AB; e mais de 80% das equipes avaliadas com “bom”, “muito bom” e “ótimo” no PMAQ-AB. Baratieri incluiu no estudo equipes de saúde da família com atenção primária à saúde “considerada exemplar”. Este aspecto metodológico

da pesquisa precisa ser ressaltado, visto que os critérios de excelência das equipes não garantiram a implementação satisfatória da atenção puerperal.

No âmbito da gestão, Baratieri (2020) constatou que na Programação Anual de Saúde dos três casos estudados prioriza-se o pré-natal e o acompanhamento das crianças, não existindo ações programadas para a saúde das mulheres após o parto. Quanto aos recursos físicos e materiais, a autora destacou a falta de acesso aos métodos contraceptivos de longa duração e permanentes em tempo oportuno. Além disso, identificou falta de protocolos clínicos específicos e baseados em evidências para traçar diretrizes ao atendimento às puérperas; ausência de monitoramento dos indicadores de assistência pós-parto; dificuldade de acesso a outros profissionais da rede, como psicólogos, psiquiatras e assistente social. A pesquisa de Baratieri foi realizada no primeiro semestre de 2019.

Os resultados da PNDS-2006 também indicavam uma cobertura baixa da atenção puerperal no Brasil, pois, em apenas 39,2% dos nascimentos, as mulheres fizeram no mínimo uma consulta em até 42 dias após o parto (LAGO; LIMA, 2009). Com dados nacionais de 2008/2009, o estudo de Andreucci *et al* (2011) constatou cobertura de 44,3%. Entre a primeira e a última edição do PMAQ-AB (2012-2017), a média registrada para realização da consulta puerperal foi de 55%, demonstrando que houve melhoria na cobertura deste serviço em relação à década anterior. Constatou-se também uma melhoria na proporção de mulheres que fizeram a consulta em até 10 dias pós-parto, de 48% (2012) para 54% (2017). Conforme recomendação do Ministério da Saúde no manual “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” (BRASIL, 2006), o retorno da mãe e da criança ao serviço de saúde, no período de sete a 10 dias após o nascimento, deve ser incentivado desde o pré-natal, assim como na maternidade e na visita domiciliar pela ACS.

A consulta da criança na primeira semana de vida constitui um parâmetro de contato da puérpera com o serviço de saúde. Os dados do PMAQ-AB demonstram que a média percentual de recém-nascidos atendidos foi superior em quase 7% ao das mulheres na consulta de revisão do parto, havendo uma perda de oportunidade de cuidados centrados na mulher. Esse fenômeno pode ser entendido a partir da percepção que o parto conclui o ciclo de cuidados às gestantes e que as situações que afetam o bem-estar da mulher no puerpério são inerentes à experiência da maternidade. A “persistência da visão de mulher reprodutora” e as “desigualdades de gênero” são apontadas por Baratieri (2020, p. 85) como fatores externos que influenciam a gestão e execução da assistência pós-parto na atenção primária à saúde.

A invisibilidade das questões de saúde da mulher no puerpério pode ser medida nos baixos percentuais de mulheres que confirmaram a realização de exame ginecológico e das

mamas durante a consulta puerperal, menos da metade das puérperas atendidas foram examinadas fisicamente. Cabe ressaltar percurso analítico desta tese de que as mulheres sentem dor decorrente dos pontos no períneo/vagina e dos pontos da cesariana. Que as dores relacionadas à amamentação atingem mais da metade das mulheres entrevistadas na pesquisa Nacer no Brasil.

Assim, pode-se afirmar que mais de um terço das mulheres entrevistadas, nos três ciclos, não tiveram acesso à consulta puerperal. E dentre as que conseguiram a consulta, não há garantia na qualidade da atenção prestada para mais da metade delas. Os resultados do PMAQ-AB corroboram a pesquisa qualitativa de Mazzo, Brito e Santos (2014) que constatou que as ações no puerpério são direcionadas para a criança (foi falado sobre dar de mama no peito para criança e a importância da amamentação – mais de 90%) em detrimento das necessidades de saúde das mulheres (exame físico das mamas – menos de 50% nos três ciclos). Nesse sentido, conforme Baratieri (2020, p. 72), “Apesar dos movimentos ao longo dos anos no Brasil para instituir uma atenção integral à saúde das mulheres, percebe-se que o foco da organização das ações ainda está no componente materno-infantil e reprodutivo”.

Os dados do PMAQ-AB também confirmam que as variáveis sociodemográficas implicam em disparidades na realização da consulta puerperal pelo SUS. Melhores percentuais de cobertura da consulta puerperal foram identificados para a região Sul; em municípios com índices altos de desenvolvimento socioeconômico e boa estrutura de média e alta complexidade de atenção à saúde, portanto em grandes centros urbanos; com idade a partir dos 35 anos e ensino superior completo. Esses resultados convergem com os outros encontrados na revisão sistemática realizada por Langlois *et al* (2015), cujas conclusões indicam que as iniquidades na assistência ao pós-parto em países de baixa e média renda continua altamente desigual em razão do status socioeconômico, de educação e acesso geográfico das mulheres às instalações de saúde.

Salienta-se que as proporções da visita de ACS na primeira semana pós-parto, a consulta da criança na primeira semana de vida e a realização da consulta puerperal foram maiores no primeiro ciclo do PMAQ-AB e registraram queda na comparação com o último ciclo, cujos dados foram coletados em 2017. Os fatores conjunturais que podem ter afetado a atenção básica como um todo e/ou a atenção puerperal, especificamente, no interstício entre 2011 e 2017, poderão ser explorados em pesquisas futuras.

Os achados do presente capítulo contemplam as mulheres usuárias dos serviços de atenção primária à saúde, vinculados ao SUS, que participaram da etapa de avaliação externa do PMAQ-AB, uma vez que frequentar a unidade na qual o questionário foi aplicado era um

critério de inclusão das respondentes. A análise não alcança as mulheres que não utilizaram os serviços, especialmente aquelas que enfrentaram barreiras para acessá-los. Não obstante tal limitação, os achados da análise quantitativa convergem com a literatura revisada sobre a temática e com os resultados dos capítulos anteriores deste trabalho. Ademais, diante da ausência de estudos nacionais sobre a cobertura da visita domiciliar após o parto e de dados recentes sobre cobertura da consulta puerperal, espera-se que o trabalho possa contribuir para o diagnóstico dos possíveis problemas relacionados à implementação das ações para a saúde da mulher no puerpério.

CAPÍTULO 5 – A TRANSVERSALIDADE DOS DIREITOS HUMANOS NAS AVALIAÇÕES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA

A demanda por políticas sociais na área da saúde está baseada em uma visão de direitos reprodutivos e sexuais como parte dos direitos sociais, como defesa de um Estado promotor de bem-estar e de transformação social. A cidadania tem sido trabalhada como instrumento de combate à desigualdade social, à conquista de direitos e como um meio de instituir um novo processo democrático assentado sobre o compromisso com a justiça social, com a ética e com uma moral que seja instauradora da dignidade humana, como valor coletivo que promova a superação dos preconceitos e discriminações.

(Maria Betânia Ávila)

A morbimortalidade materna é uma questão de direitos humanos e de justiça social. Esse indicador é altamente sensível às desigualdades econômicas e sociais que afetam o acesso a bens e serviços básicos para a manutenção da vida com dignidade. A mortalidade materna - morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gravidez (BRASIL, 2007a) - está diretamente associada à qualidade da atenção à saúde da mulher prestada durante a gestação, parto e puerpério, sendo que 80% dos óbitos poderiam ser evitados, desde que as mulheres tivessem acesso garantido a serviços essenciais e de cuidados básicos de saúde (UNICEF, 2008; WHO, 2013).

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2013) compreende o período de até seis semanas após o parto como um momento estratégico para prevenção da morbimortalidade materna e neonatal. O período pós-natal é considerado uma fase crítica tanto para saúde da mulher quanto da criança recém-nascida, além de um momento importante para a família no que concerne às adaptações dos papéis sociais. A primeira semana é a mais crítica, estima-se que 66% das mortes maternas e de recém-nascidos acontecem nessa fase (WHO, 2015). Embora se trate de um momento importante de transição para as vidas de mulheres, crianças e famílias, o atendimento especializado no puerpério é o mais negligenciado em comparação à atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

A atenção pós-natal corresponde a um conjunto de rotinas e práticas de cuidados maternos e neonatais organizados para identificar, manejar e encaminhar, quando necessário, aos serviços de maior complexidade, situações em que haja complicações para a saúde de

puérperas e recém-nascidos (LANGLOIS *et al*, 2015). Considerando que a falta de cuidados adequados após o parto pode resultar em significativos danos à saúde e até mesmo a morte para a mãe e para o recém-nascido, a OMS (WHO, 2013; 2015) recomenda quatro momentos de avaliação ao pós-parto de baixo risco. O primeiro, dentro das 24 horas imediatamente posteriores ao parto; o segundo, entre 48 e 72h; o terceiro, de 7 a 14 dias; o quarto, após seis semanas. Orienta também a realização de uma visita domiciliar na primeira semana pós-parto.

Dentre os momentos indicados para a avaliação puerperal, considera-se que há maior potencial de falhas no período de 7 a 14 dias, depois que a puérpera recebe a alta da maternidade. Em 2010, 98% dos partos no Brasil já aconteciam em instituição hospitalar (LEAL *et al*, 2018), dado que pressupõe a ampla cobertura da avaliação puerperal nas primeiras horas após o parto. A consulta de revisão do parto (também denominada de consulta de pós-parto ou puerperal) ocorre após a alta da maternidade, geralmente nos serviços de atenção básica, e constitui um ponto crítico. A OMS constata que, na maioria dos países, “as taxas de consultas pós-parto entre mulheres são baixas e estão distribuídas de forma desigual” (WHO, 2005, p. 77). Dentre os motivos, identifica-se que os serviços muitas vezes não estão adequados para atender as necessidades das mulheres, especialmente as mais pobres, com competência para identificar e resolver os problemas.

Dados de organismos internacionais indicam que houve uma redução de 38,4% na razão de mortalidade materna (RMM) no mundo do ano 2000 a 2017 (WHO, 2019). O declínio está relacionado às medidas adotadas pelos países em face do compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em especial, o número cinco, que almejava assegurar o direito à saúde para as mulheres por meio da melhoria da qualidade da prestação de cuidados obstétricos. Estima-se que do ano 2000 a 2015, período de vigência dos ODM, cerca de 1,5 milhão de mortes maternas foram evitadas com o fortalecimento de programas de saúde (SOUZA, 2015).

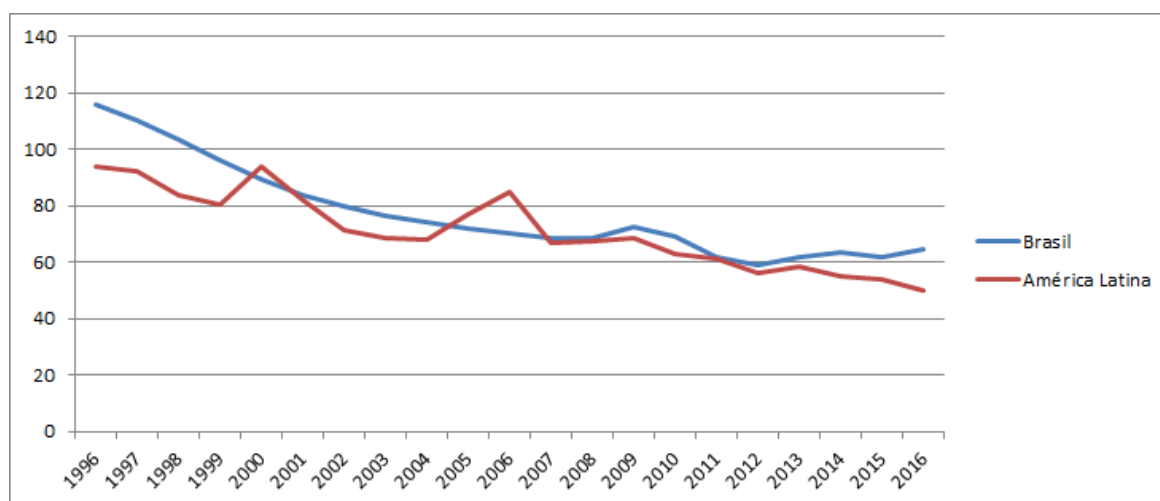
Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), acordados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015, renovaram o pacto para o enfrentamento à mortalidade materna ao estabelecer a redução para menos de 70 mortes a cada 100 mil nascimentos até o ano de 2030, almejando que nenhum país apresente mais que o dobro da RMM global. Trata-se de um objetivo audacioso, previsto no ODS 3, porém extremamente necessário, tendo em vista que no ano de 2017, a RMM global foi de 211. Em outros termos, significa que naquele ano, cerca de 810 mulheres morreram diariamente por causas evitáveis relacionadas com a gestação, parto e puerpério em todo o mundo (WHO, 2019).

Os países de baixa e média renda concentram 94% dos óbitos maternos e as adolescentes dos 10 aos 14 anos constituem o grupo mais vulnerável (WHO, 2019). Dado que revela a influência destrutiva da pobreza desde os primeiros estágios da vida humana (HERRERA FLORES, 2009) e a necessidade de se envidar esforços globais para erradicação da pobreza, como preconiza o ODS 1.

A pobreza debilita a saúde materna e neonatal de muitas maneiras. Pode aumentar a incidência de causas diretas de mortalidade, tais como infecções e subnutrição da mãe, e desestimula a busca por cuidados ou o acesso a serviços de atendimento de saúde. Pode também comprometer a qualidade dos serviços fornecidos, mesmo quando estão disponíveis. (UNICEF, 2008, p. 15).

No gráfico 5.1, construído a partir dos dados compilados pelo Observatório da Igualdade de Gênero da Cepal – Nações Unidas (CEPAL, 2021a), visualiza-se a série histórica da RMM no Brasil e na América Latina no período de 1996 a 2016. Em 1996, a RMM registrada no Brasil foi 116,1 e na América Latina 94,2. Em 2006, houve queda para 70,1 no Brasil e 85,1 na América Latina. Em 2016, último ano disponível, nota-se que a RMM no Brasil, 64,4, foi superior à registrada na América Latina, 49,8. Em 2016, o Chile foi o país com menor RMM (9) na América do Sul, e a Bolívia apresentou o pior índice (160).

Gráfico 5.1 - Série histórica da razão de mortalidade materna no Brasil e na América Latina, segundo dados informados pelos países à Organização Panamericana de Saúde de 1996 a 2016, último ano disponível (por cada 100.000 nascidos vivos)



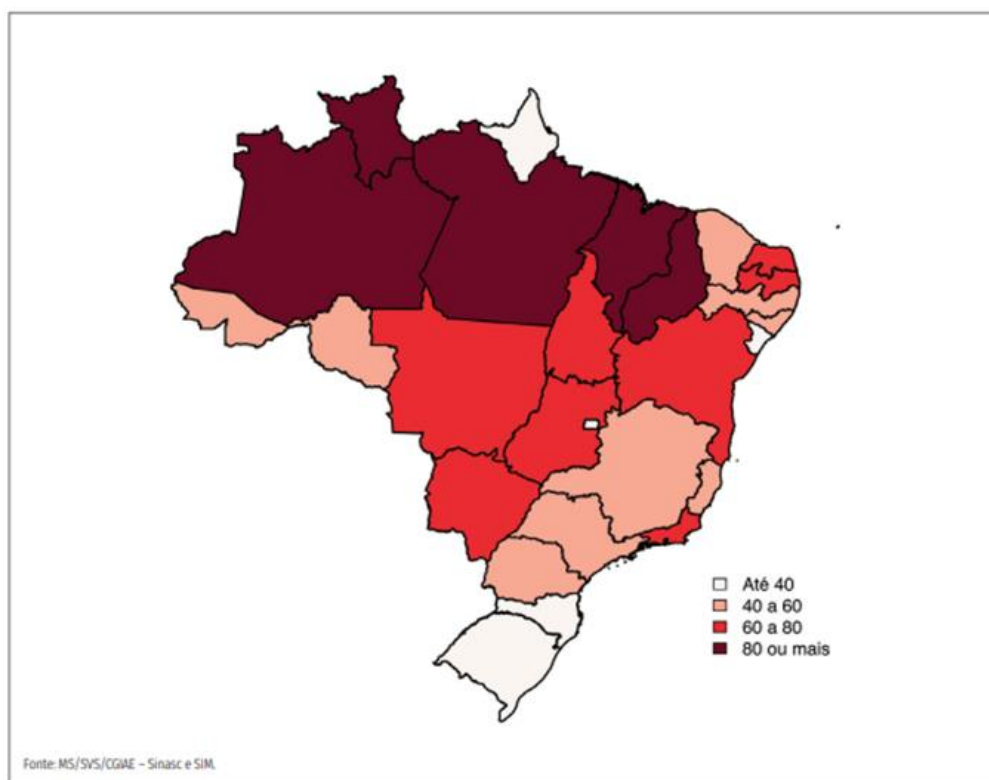
Fonte: CEPAL-NAÇÕES UNIDAS (2021a).

O Brasil apresentou um importante declínio da RMM ao se ampliar o período de análise desde a implantação do SUS, passando de 143,2 em 1990 para 64,4 por 100 mil nascidos vivos em 2016, conforme última atualização do dado pela CEPAL. Não obstante

esse importante decréscimo, possibilitado pela implementação do Sistema Único de Saúde, a razão de mortalidade materna no Brasil continua três a quatro vezes superior àquela dos países desenvolvidos.

A figura abaixo demonstra a razão de mortalidade materna registrada em cada estado brasileiro no ano de 2019, segundo informações do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021). Com RMM inferior a 40, estão os estados de Santa Catarina (30,6), Amapá (32,6), Sergipe (36,7) e Rio Grande do Sul (39,9). Com RMM superior a 80, estão os estados de Maranhão (80,6), Amazonas (84,8), Roraima (91,9), Pará (96,1) e Piauí (98,1). Em 2019, a RMM no Brasil foi de 57,9.

Figura 5.1 - Mapa da distribuição da RMM (por 100 mil nascidos vivos) em 2019 por unidade federativa



Fonte: BRASIL (2021a)

Distinguem-se as mortes maternas por causas obstétricas diretas e obstétricas indiretas. Quando se diagnostica que a causa da morte materna está relacionada a complicações ocorridas “durante a gestação, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas”, identifica-se que o óbito teve uma causa obstétrica direta (BRASIL, 2007a, p. 12). Em 2019, a maior parte das mortes maternas no Brasil estava relacionada a causas obstétricas diretas (65,7%). Desses óbitos, 20% (370 óbitos) referiam-se a transtornos hipertensivos na

gestação, parto e puerpério, 12,4% (195 óbitos) a hemorragia, 4,4% (69 óbitos) a infecção puerperal (BRASIL, 2021).

Por sua vez, as causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças preexistentes à gestação ou desenvolvidas durante esse período sem relação com causas obstétricas diretas, mas que se tornam mais graves em decorrência dos efeitos fisiológicos da gestação (BRASIL, 2007). Em 2019, as causas obstétricas indiretas corresponderam a 30,4% das mortes maternas, com predominância das doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, além de doenças infecciosas e parasitárias da mãe (BRASIL, 2021a).

Segundo relatório da Unicef (2008), a mortalidade materna constitui a face mais exposta dos problemas que afetam a saúde das mulheres. De modo que a saúde materna não pode ser reduzida à questão da sobrevivência das gestantes e puérperas. A morbidade materna constitui um grave problema público.

Para cada mulher que morre por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto, outras 20 mulheres sofrem devido a doenças decorrentes da gravidez ou a outras consequências graves. O número é alarmante: estima-se em 10 milhões o número anual de mulheres que sobrevivem com sequelas de problemas durante a gestação. (UNICEF, 2008, p. 4).

O risco de morrer, sofrer de invalidez ou demais morbidades por problemas na adequação da assistência obstétrica estão relacionados não apenas à eficácia dos sistemas de saúde, mas, principalmente, “à posição de desvantagem que a mulher ocupa em muitos países e em muitas culturas, e à falta de atenção aos seus direitos e de responsabilização pelo respeito a eles” (UNICEF, 2008, p. 4).

Em sua “teoria crítica das opressões patriarcais”, Herrera Flores explica como a sobreposição de mecanismos de opressão geram desigualdades entre os coletivos de mulheres:

1. A desigualdade é uma variável *contínua* (dinâmica, variável, heterogênea) e não *discreta* (estática, homogênea fechada). Isso significa que a desigualdade se desdobra em um “continuum” que vai de uma ponta a outra do espectro social em que se situam os diferentes grupos de mulheres, tudo em função da maior ou menor intensidade de opressão. Ou seja, de um grau menor para um grau maior de opressão e subordinação.
2. A desigualdade é uma categoria *quantitativa* (é especificada em uma maior ou menor “quantidade” de obstáculos no acesso aos bens) e não meramente *qualitativa* (referindo-se a uma espécie de atributo abstrato de que todas as mulheres sofrem igualmente sem distinção). [...]
3. A desigualdade é uma variável *transversal*, pois, em primeiro lugar, atinge de maneira *homogênea* todos os estratos sociais em que se situam as mulheres e o restante dos grupos subordinados à divisão social / sexual / racial do trabalho. Mas, da mesma forma, atinge *distintamente* os diferentes grupos, à medida que se torna

mais intenso à medida que desce na pirâmide social²⁹. (HERRERA FLORES, 2005, p.18 - destaques do autor).

Ou seja, as opressões interseccionais, que funcionam mediante a sobreposição de mecanismos de subordinação como o racismo e o sexismo, por exemplo, precisam ser reconhecidas como estruturas que condicionam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (CRENSHAW, 2002). A produção de dados e de conhecimentos sobre como as opressões interseccionais interagem é considerada um importante passo para que as políticas sociais promovam justiça reprodutiva (ROSS; SOLINGER, 2017; ROSS *et al* 2017).

O período pós-natal é delicado também à saúde das crianças. Conforme Leal *et al* (2018), no ano de 2015 no Brasil, “70% dos óbitos infantis ocorreram no período neonatal³⁰, 54% deles na primeira semana de vida”. Houve um relevante decréscimo no indicador de mortalidade na infância entre os anos de 1990 e 2015. Em vinte e cinco anos, a mortalidade infantil caiu de 53,7 para 15,6 por 1000 nascidos vivos. No componente pós-neonatal, a redução foi mais acentuada, de 23,1 para 9,5 por 1000 nascidos vivos. As autoras ponderam, entretanto, que ainda persiste uma concentração de mortes no período neonatal precoce, uma vez que este componente é mais suscetível a fatores associados à atenção pré-natal, ao parto e ao nascimento (LEAL *et al*, 2018).

A prestação de serviços adequados de saúde às gestantes e mães gera efeitos positivos tanto na redução da morte e da morbidade materna, como na melhoria da perspectiva de sobrevivência da criança, especialmente nos seus dois primeiros anos de vida (UNICEF, 2008). Diante desse cenário, impedir mortes maternas e perinatais evitáveis por meio da prestação de serviços de saúde constitui-se, tanto a nível nacional como internacionalmente, um objetivo prioritário e um desafio permanente no campo da saúde e do direito reprodutivo (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004c).

²⁹ “1. La desigualdade es una variable *continua* (dinâmica, cambiante, heterogénea) y no *discreta* (estática, cerrada, homogénea). Esto quiere decir, que la desigualdade se despliega en un “continuo” que va de un extremo a otro del espectro social en que se sitúan los diferentes colectivos de mujeres, todo ello en función de la mayor o menor intensidad de opresión. Es decir, de un menor a un mayor de grado de opresión y subordinación. 2. La desigualdad es una categoría *cuantitativa* (se concreta en una mayor o menor “cantidad” de obstáculos en acceso a bienes) y no meramente *cualitativa* (refiriéndonos a una especie de atributo abstracto que padece por igual todas las mujeres sin distinción). [...] 3. La desigualdad es una variable *transversal*, ya que, primeiro, afecta *homogéneamente* a todos los estratos sociales en que las mujeres y el resto de colectivos subordinados por la división social/sexual/racial del trabajo, se sitúan. Pero, asimismo, afecta *diferencialmente* a los diferentes colectivos, pues se va haciendo más intensa a medida que de descende en la pirámide social”. (destaques do autor).

³⁰ “O período neonatal começa com o nascimento e termina 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem nos primeiros sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia de vida, mas antes de 28 dias completos de vida”. (DATASUS, 2008).

O reconhecimento da morbimortalidade materna e perinatal como problema público tem demandado a construção de intervenções para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados obstétricos e neonatais³¹. No item seguinte, discute-se o percurso histórico de reconhecimento dos direitos humanos, com enfoque na trajetória da política de saúde brasileira para atenção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A análise realizada decorre do estudo de 42 artigos científicos, publicados de 2000 a 2019, que avaliaram a atenção puerperal no Brasil. (BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA, 2021).

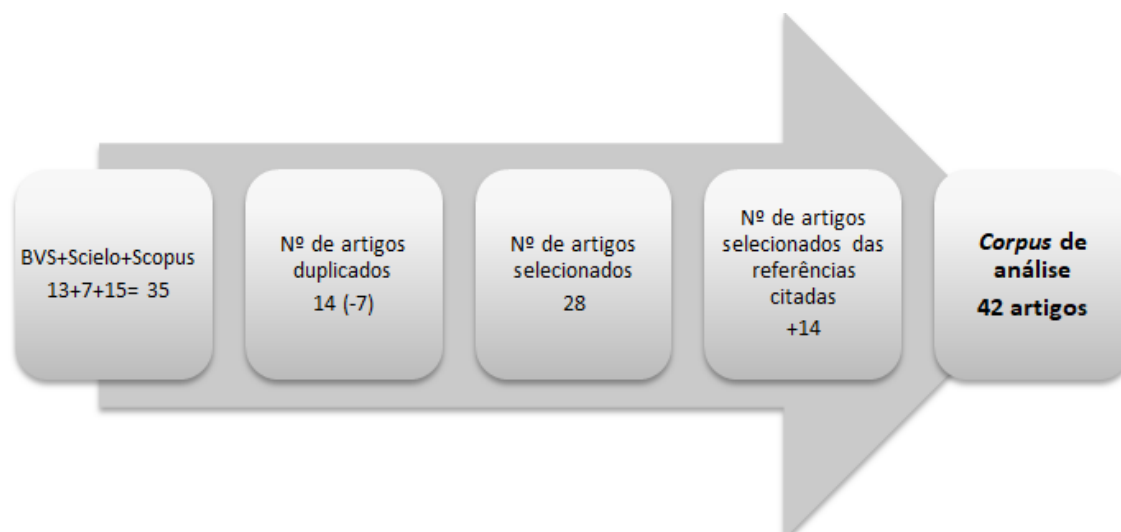
5.1 METODOLOGIA: REVISÃO DE ESCOPO E ANÁLISE DE CONTEÚDO CRÍTICA

Este capítulo integra uma revisão de literatura mais ampla sobre a avaliação de programas para atenção pós-parto no Brasil, que utilizou a revisão de escopo (ARKSEY; O'MALLEY, 2007) como técnica para o mapeamento da produção científica veiculada de 2000 a 2019. A revisão foi uma atividade desenvolvida durante o doutorado sanduíche, realizado no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), sob coorientação da Professora Zulmira Hartz. O trabalho de revisão resultou em um artigo que analisou o perfil bibliométrico dessa produção científica. Como o texto foi publicado pela revista *Saúde em Debate* antes do término desta tese, optamos por não incluí-lo neste trabalho.

Assim, a análise empreendida neste capítulo e no capítulo seguinte decorre dos processos metodológicos de seleção e estudo dos artigos revisados pela referida publicação (BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA, 2021). O processo de busca foi realizado nas bases da BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo - *Scientific Eletronic Library Online* e Scopus. O levantamento ocorreu em janeiro de 2020 com a pesquisa dos descritores “avaliação”, “pós-parto” e “programa” em quatro idiomas: português, inglês, espanhol e francês, com aplicação do filtro “Brasil” como assunto. Após a identificação de artigos duplicados, o processo de seleção resultou em 28 artigos. A consulta das referências dos estudos selecionados constituiu a etapa final de levantamento da literatura, somando 14 publicações, o que gerou um *corpus* de 42 artigos (Apêndice B).

³¹ Elaboramos um estudo sobre a qualidade e segurança da atenção obstétrica e neonatal durante o estágio de pesquisa sanduíche no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa. O artigo foi publicado pela revista *Vigilância Sanitária em Debate* no Dossiê: Monitoramento & Avaliação em Vigilância Sanitária (BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA, 2020).

Figura 5.2 - Síntese do processo de seleção dos estudos sobre avaliação da atenção puerperal (2000-2019)



Fonte: BOURGUIGNON; HARTZ; MOREIRA (2021).

Para organização da leitura dos artigos, uma planilha e uma ficha foram previamente elaboradas para fins de registro e sistematização. Assim, aqueles que mencionam o termo “direito” foram separados para elaboração do presente capítulo. Após o estudo desse bloco de artigos, todos os parágrafos em que havia a menção do termo “direito” foram selecionados para compor um arquivo único para realização de análise de conteúdo (BARDIN, 2016), que identificou o direito mencionado, seu conteúdo e a base normativa a que se refere. O software livre Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, Laboratoire Lerass, da Université de Toulouse) foi empregado para elaboração de esquemas visuais dos resultados verificados (CAMARGO; JUSTO, 2013). Ao final, os direitos enunciados nos artigos foram cotejados à trajetória da política de saúde no Brasil com foco na atenção obstétrica e neonatal.

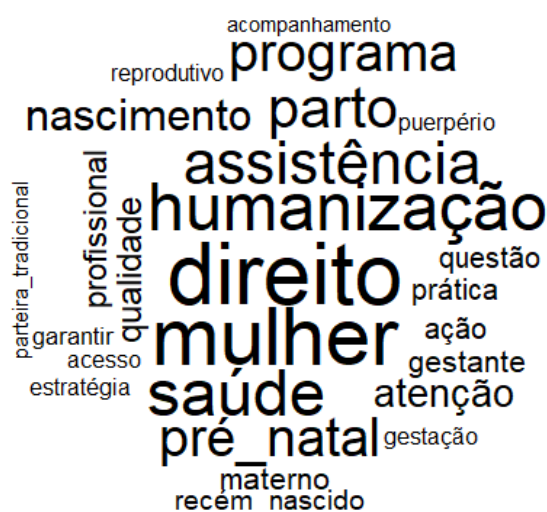
5.2 A TRANSVERSALIDADE DOS DIREITOS HUMANOS NAS AVALIAÇÕES EM SAÚDE SOBRE ATENÇÃO PUERPERAL

A universalidade dos direitos somente pode ser definida em função da seguinte variável: o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações na hora de construir um marco de ação que permita a todos e a todas criar condições que garantam de um modo igualitário o acesso aos bens materiais e imateriais que fazem com que a vida seja digna de ser vivida (HERRERA FLORES, 2009, p. 19).

Como as publicações científicas que avaliaram a atenção puerperal no Brasil no período de 2000 a 2019 relacionam a categoria ‘direito’ com os programas e ações governamentais voltados para o cuidado de mulheres após o parto? Esta pergunta motivou o

estudo dos artigos descritos por Bourguignon, Hartz e Moreira (2021) a partir de uma abordagem sobre direitos. Constatou-se que, dos 42 artigos analisados, não houve a menção à palavra ‘direito’ em 24 deles (57,1%). Naqueles que o mencionam, o termo aparece vinculado com a saúde da mulher e com a humanização da assistência, como se verifica nas figuras a seguir.

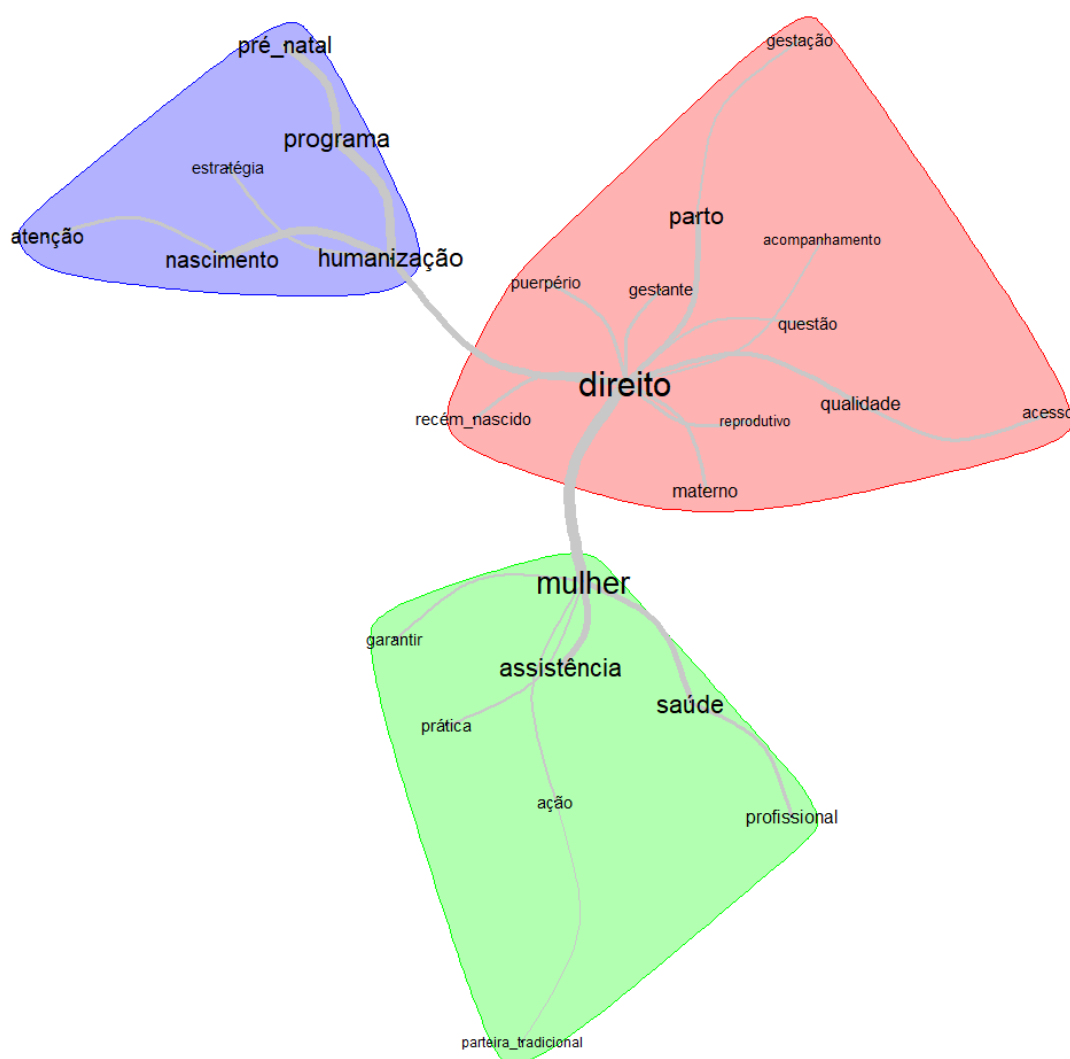
Figura 5.3 - Nuvem das palavras relacionadas ao termo ‘direito’ nos estudos de avaliação da atenção puerperal



Fonte: A autora.

A categoria direito está presente nos artigos analisados principalmente relacionados à humanização do parto e nascimento. É o que se verifica na nuvem de palavras (figura 5.3), quanto maior o tamanho da palavra, maior a sua frequência no texto analisado. Ao redor do termo direito, destacam-se as palavras humanização, assistência, mulher, saúde, pré-natal, parto, programa e nascimento. Graficamente, é possível atestar que o puerpério é pouco acionado pelas autoras e autores na relação com o direito.

Figura 5.4 - Árvore de similitude formada com os segmentos de texto que contêm o termo ‘direito’ nos estudos de avaliação da atenção pós-parto (2000-2019)



Fonte: A autora.

A árvore de similitude (figura 5.4) representa a associação entre as palavras utilizadas nos segmentos de texto em que o ‘direito’ está presente nos artigos estudados. Na árvore é possível constatar os grupos de palavras (*clusters*) que estão mais próximos no texto. Quanto mais grossa é a linha que liga cada termo, mais forte é a conexão entre as palavras.

O direito aparece no centro da relação entre a saúde da mulher e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). No eixo da saúde da mulher, está presente a dimensão assistencial, garantida pelas ações e práticas profissionais. No eixo da humanização, está contida a ideia de estratégia e de modelo de atenção. O direito aparece

como uma problemática atinente ao acesso, à qualidade e ao acompanhamento da gestação, parto e puerpério. O eixo central aglutina os direitos reprodutivos da gestante e o direito do recém-nascido. Pode-se interpretar o esquema visual dos trechos selecionados que a categoria direito constitui uma mediação entre o modelo humanizado de atenção e as práticas de assistência à saúde das mulheres.

Quadro 5.1 - Direitos mencionados nos artigos de avaliação da atenção puerperal no Brasil (2000-2019)

Categoria	Conteúdo	Base Programática
Direitos de cidadania	- Saúde como direito inalienável e necessidade de reordenação do sistema de saúde com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. - Usuários de qualquer sistema de saúde têm direito a receber assistência digna e de qualidade.	Sistema Único de Saúde (SUS)
Direito à assistência integral à saúde da mulher	- Tem como pressuposto a especificidade da condição feminina como determinante do processo saúde-doença. - Reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos. - Ruptura com a concepção de assistência à saúde da mulher, restrita aos cuidados maternos, mediante a ampliação do acesso aos serviços de saúde em todas as fases da vida. - Acesso às ações de planejamento familiar para o exercício do direito de optar por ter ou não filhos.	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) Política Nacional de Assistência Integral à saúde da Mulher (PNAISM)
Direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal	- Paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. - Abordagem assistencial baseada em evidências científicas e em direitos humanos. - Estratégia para melhoria do acesso e da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. - Atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde. - Organização dos serviços de saúde de modo a criar um ambiente acolhedor. - Mudanças nas práticas assistenciais no sentido de evitar intervenções desnecessárias. - Cumprimento de um conjunto de procedimentos básicos para prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher a vivenciar a maternidade de maneira segura e de toda criança ao nascimento saudável. - Garantia do direito da gestante de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no parto. - Respeito ao direito da mulher de ter o acompanhante de sua escolha durante a assistência ao parto e pós-parto.	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) Rede Cegonha (RC)
Direito ao nascimento e crescimento saudáveis	- Garantia do direito da criança de acesso ao leite materno - Colocação do bebê em contato pele a pele com sua mãe na primeira hora de vida após o nascimento - Prevenção do desmame precoce e promoção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementar até os 2 anos ou mais, por meio da prática dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) Rede Cegonha (RC)

Fonte: A Autora.

A análise de conteúdo, sistematizada no quadro 5.1, permitiu identificar quatro categorias distintas de direitos que os textos analisados relacionam com políticas ou programas de saúde. Por isso, a tabela abaixo organiza essas categorias de acordo com o conteúdo a que se referem e a base programática que as regulamenta. Ressalta-se que as categorias de direito observadas nos artigos podem ser entendidas como dimensões complementares e cumulativas

Os ‘direitos de cidadania’ são considerados a base necessária para o desenvolvimento de programas para a melhoria da atenção à saúde das mulheres e crianças. Na definição clássica de Thomas H. Marshall (1967, p. 76-80), cidadania é um status conferido por lei aos membros de uma comunidade, e aqueles que possuem esse status são iguais em direitos e obrigações. Como fenômeno histórico, a cidadania está relacionada ao pertencimento a um Estado-nação e se desenvolveu, paulatinamente, com o reconhecimento dos direitos civis no século XVIII, ampliada com as lutas por direitos políticos, a partir do século XIX, e com a conquista dos direitos sociais no século XX.

Marshall escrevia com o interesse de analisar o fenômeno na Inglaterra, de modo que, o desenvolvimento da cidadania no Brasil não ocorreu da forma descrita pelo estudioso inglês. Joaquín Herrera Flores (2009) critica a perspectiva tradicional de direitos humanos, segundo o argumento que a visão linear e sucessiva dos direitos gera uma falsa ideia de que uma geração de direitos foi superada por outra e que todos os direitos já foram conquistados. A história da cidadania no Brasil testemunha que os direitos são tensionados constantemente nos processos de correlação de forças entre os vários segmentos da sociedade civil e do Estado.

De acordo com José Murilo de Carvalho (2017), no Brasil, os primeiros direitos sociais reconhecidos pela legislação datam do período de 1930 a 1945. A proteção social estava condicionada à ocupação profissional reconhecida por lei, razão pela qual Wanderley Guilherme dos Santos (1979, p. 75) a denomina de “cidadania regulada”. Sem o antecedente das liberdades civis e políticas, a cidadania naquele contexto, reafirma Carvalho (2017), era passiva e receptora, transmitindo a ideia de que os direitos seriam favores prestados pelo governante. De 1945 a 1964, a população brasileira experimentou outra dimensão da cidadania, os direitos políticos, com a primeira experiência democrática da história. Na sequência, durante a ditadura civil-militar, os direitos políticos e civis foram novamente cerceados, ao passo que houve alguma ampliação de direitos sociais, como, por exemplo, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (1966) (CARVALHO, 2017, p. 174-177). Apenas com a abertura democrática, a partir de 1984 e, principalmente, com o marco da

Constituição Federal de 1988, que as três dimensões passaram a compor a cidadania no país. Entretanto, Carvalho (2017) conclui que, mesmo diante da previsão legal, os direitos civis continuam a ser sistematicamente desrespeitados. E as dificuldades na área social têm relação direta com a persistência e a reprodução das desigualdades sociais que estruturam historicamente a formação do Brasil.

No que se refere ao campo dos direitos sociais, Célia Kerstenetzky (2012, p. 181) reconhece três períodos de inovação institucional no país: o bem-estar corporativo de 1930 a 1964, cuja legislação se caracterizava por estratificação social corporativista; o universalismo básico entre 1964 e 1984, momento da unificação da cobertura previdenciária e inclusão de camadas da população anteriormente excluídas; e o universalismo estendido, após 1988, marcado pela institucionalização da assistência social, ampliação da cobertura previdenciária e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Verifica-se que o direito à saúde inicialmente estava vinculado à previdência social de base corporativa, que diferenciava o atendimento de acordo com a inserção do trabalhador na seguridade social. A ampliação da gama de serviços de saúde ocorreu, principalmente nas décadas de 1960 e 1970, por meio da atuação do Estado via financiamento de construções de estabelecimentos e aquisição de equipamentos a juros negativos para o setor privado, e aplicação de recursos na compra de serviços de prestadores privados (LAMPERT, 2002). Segundo Sonia Fleury (1994, p. 168), o resultado foi o desenvolvimento de um modelo de cuidado à saúde de natureza curativa, caracterizado por “alta concentração urbana e nas cidades de maior porte; a incorporação de tecnologia médica e o elevado consumo de insumos; a especialização da prática médica; a base hospitalar da atenção”.

Contrário a esse modelo assistencial de caráter curativo, hospitalar e de acesso restrito às camadas trabalhadoras, o movimento sanitário tomou a saúde como dimensão social da cidadania. Na conjuntura de reforma constitucional que caracterizou a transição para o regime democrático no final da década de 1980, o movimento contribuiu para a definição da saúde como dever do Estado e direito do cidadão, garantida por meio de um sistema público e universal. Nos trechos abaixo citados, demonstra-se a presença da categoria ‘direitos de cidadania’ nos artigos analisados³².

*O movimento sanitário, tomando a **saúde como um direito inalienável**, exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a, p.518, grifo nosso).*

³² Optou-se por colocar os trechos dos artigos analisados em itálico para diferenciá-los de outras citações.

*A partir da oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição, em 1988, o **direito à saúde** estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004c, p. 1281-1282, grifo nosso).*

*Receber assistência à **saúde de qualidade** é um direito do usuário de qualquer sistema de saúde. (ALMEIDA et al, 2018, p. 2, grifo nosso).*

*[...] o acesso das gestantes e recém-nascidos à atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são **direitos inalienáveis de cidadania**. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b, p. 276, grifo nosso).*

Especificamente no que se refere à última citação – retirada pelos autores da portaria que institui o PHPN –, embora o acesso à assistência obstétrica e neonatal de qualidade sejam mencionados como direitos de cidadania, ressalta-se que a assistência à saúde das mulheres no Brasil nem sempre abrangeu todas as fases do ciclo gravídico-puerperal. Isso porque, ao longo do século passado, a atenção à saúde da mulher limitava-se às necessidades decorrentes da gestação e do parto, ponderação presente nos artigos estudados:

A atenção que se concentrava no parto estendeu-se ao período anterior ao nascimento, iniciando-se no fim do século dezenove a chamada assistência materno-infantil, representada por consultas no período pré-natal esparsas, sem sistematização clínica. Em quase todos os países a prática de pré-natal foi adotada e, no Brasil, era o tipo de assistência mais oferecido às mulheres até o final da década de 70. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a, 517-518).

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004c, p. 1281).

Revistos criticamente pelo movimento feminista, os programas materno-infantis do Brasil até os anos 70 do século passado expressavam o paradigma médico que compreendia a mulher como um ser inferior e cuja especificidade biológica determinava a restrição da mulher ao papel de mãe e ao ambiente doméstico (BRASIL, 2004, p. 15). Ao denunciar que “[...] as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina”, o movimento feminista no país contribuiu para elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 (BRASIL, 2004, p. 16) – programa que demarca a incorporação da segunda categoria de direitos mencionada nos artigos estudados. O PAISM contemplou “a percepção de gênero na assistência à saúde e apresentar o princípio da integralidade, numa

perspectiva de que a mulher tem direito à atenção global a sua saúde e não apenas no seu ciclo reprodutivo” (BOURGUIGNON, 2014).

Ao mesmo tempo, enquanto categoria elaborada pelo pensamento feminista, gênero carrega um compromisso político com as mulheres, e a força da sua utilização reside na possibilidade de oferecer novos ângulos de compreensão dos eventos da vida de mulheres e homens que ampliem a autonomia. Dito de outro modo, além de um convite ao esforço da interdisciplinaridade, gênero é um convite ao engajamento político. (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, p.1004).

Conforme Patrícia Medeiros e Neuza Guareschi (2009), o PAISM resultou da confluência do movimento sanitário e do movimento feminista. O movimento pela reforma sanitária sinaliza a emergência da noção de integralidade, o que significa uma concepção de saúde que agrega a dimensão biológica e social. As autoras frisam a contribuição do movimento sanitário para inscrição da integralidade – juntamente com a universalidade e a equidade – no rol de princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988. O movimento feminista, por sua vez, contribuiu com a crítica aos programas materno-infantis que não atendiam as necessidades das mulheres, por se restringirem a intervenções focadas no corpo da mulher-mãe. No PAISM, a integralidade constitui um atributo da assistência à saúde da mulher.

O conceito de assistência integral proposto no documento [do PAISM] envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades em saúde do grupo em questão. Todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde deveria ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde. (MEDEIROS; GUARESHI, 2009, p. 40).

Entendido como um “marco histórico nas políticas públicas”, as autoras ressaltam que o PAISM também corroborou para a percepção de que as mulheres são sujeitas ativas do seu próprio cuidado, que reivindicam a garantia dos direitos reprodutivos e a participação nos processos decisórios de assistência à saúde. A integralidade denota, ainda, que a atenção às necessidades das mulheres demanda a articulação com outras políticas públicas (intersetorialidade) e áreas de conhecimento (interdisciplinaridade), tendo em vista a compreensão de que a saúde resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos, econômicos e sociais (MEDEIROS; GUARESHI, 2009).

Dentre as ações previstas pelo programa, Andersom Passos e Escolástica Moura (2008), em artigo analisado neste estudo, destacam a realização da primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre da gestação, consultas contínuas e periódicas para todas as gestantes dos territórios cobertos pelos respectivos serviços de saúde, instituição de um sistema de referência e contrarreferência para articular o atendimento dos usuários entre os

diversos níveis de atenção, avaliação permanente das atividades, além de espaços e recursos adequados.

As citações abaixo se referem a trechos de artigos que foram agrupados na categoria do direito à assistência integral à saúde da mulher. Esta categoria aparece vinculada, na trajetória da política de saúde no Brasil, aos avanços representados pelo lançamento do PAISM no contexto de mobilização pela reforma sanitária no Brasil:

[...] os grupos de mulheres e os de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher a partir de movimento articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de sistema único de saúde, público e universal. [...] Foi neste contexto que o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984. O Programa deveria prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a, p.518).

Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, instituído pelo Ministério da Saúde em 1983. [...] As bases filosóficas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004c, p. 1282).

Desse modo, as lutas feministas pelo direito à liberdade sexual, autonomia e autodeterminação reprodutiva pressupõem que o exercício da sexualidade e da reprodução deve ser protegido e assegurado por direitos e políticas públicas, como uma dimensão imprescindível da cidadania. Conforme Simone Diniz (2001), o movimento feminista luta para romper com o modelo patriarcal de assistência à saúde reprodutiva, enfrenta a compreensão histórica do feminino como fisiologicamente inferior e defeituoso, critica concepções de sexualidade e reprodução como dimensões biológicas exclusivas à esfera privada e denuncia as relações de poder, hierarquia e violência a que as mulheres estão submetidas. Assim, as feministas contribuíram e continuam a contribuir para a garantia efetiva do direito à sexualidade e busca do prazer sexual como dimensões separadas da reprodução.

Tratá-los como dois campos separados [direitos sexuais e direitos reprodutivos] é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva. A luta no campo ideológico para romper com a moral conservadora, que prescrevia para as mulheres a submissão da

sexualidade à reprodução, teve um significado muito forte na história da prática política e do pensamento feministas. E continua tendo. (ÁVILA, 2003, S466).

A partir do PAISM, sob as bases da Constituição Federal de 1988 e do SUS, avanços ocorreram no campo da saúde reprodutiva nas décadas de 1990 e 2000. Dez anos depois do lançamento do PAISM em 1984, o Programa de Saúde da Família (PSF) reformatou a assistência pré-natal ao aproximar as equipes de saúde das áreas de residência das mulheres, ampliando o acesso e o número de consultas pré-natais por usuárias. A consolidação dessas mudanças, com o estabelecimento de padrões para a assistência ao parto e nascimento, ocorreu com a implementação do PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Ao passo que as ideias centrais do PAISM foram contempladas e ampliadas pela publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004. (BRASIL, 2004).

Ainda que críticas possam ser dirigidas à estratégia de focalização da assistência à mulher no pré-natal, o PHPN foi uma resposta a um dos principais problemas que têm afligido a população feminina brasileira – a mortalidade materna e infantil. Como expõem Serruya, Cecatti e Lago (2004c, p. 1285-1286):

Um dos desdobramentos iniciais do PHPN foi recolocar a atenção pré-natal no cenário das demais intervenções voltadas para promover a saúde das mulheres, como estratégia necessária e de fundamental importância. A focalização nesse momento da atenção à mulher pode suscitar repercussões aparentemente contraditórias. Concentrar esforços e recursos para qualificar a ação mais antiga e tradicional de atenção à mulher para torná-la realmente efetiva é até uma forma de honrar um débito histórico. Por outro lado, pode parecer uma retomada da valorização exclusiva da mulher como “reprodutora”. Como existem outras demandas não atendidas em relação à saúde da mulher, o PHPN pode ser interpretado como um atraso no atendimento dessas questões, mesmo que tivesse como objetivo a redução de mortes maternas. Essa contradição é, no entanto, aparente porque, em primeiro lugar, a proposta de melhoria da atenção obstétrica conduzida pela humanização também é importante demanda da agenda de saúde das mulheres e, em segundo lugar, porque a focalização realizada na assistência com o PHPN parte de uma constatação praticamente consensual da necessidade de ampliar o acesso e garantir qualidade, e, por fim, a instituição do programa não teve como pressuposto ou consequência o não atendimento a outras demandas.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é aquele que mais foi referenciado e avaliado nos artigos estudados, como demonstrado na figura 5.4 e nos trechos selecionados abaixo que trazem a palavra direito:

Criado pelo Ministério da Saúde em meados de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) teve como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, puerpério e período neonatal, reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal e complementar medidas já

adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos **direitos básicos de cidadania**. (ANDREUCCI et al, 2011, p. 855, grifo nosso).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, lançado em junho de 2000, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos **direitos de cidadania**. O Programa fundamenta-se no **direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal** como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tivessem fortes evidências de que são efetivas. (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b, p. 269, grifo nosso).

Instituído em 2000, o PHPN enfatizou a afirmação dos **direitos da mulher**, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. Suas principais ações para a redução da mortalidade materna, conforme definida no Pacto pela Vida³³ (2006), visam garantir o **direito da gestante ao acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério**. (ALMEIDA; TANAKA, 2009, p. 99, grifo nosso).

Os profissionais de saúde, na função de cuidadores, devem refletir acerca da humanização da assistência pré-natal, que requer, antes de tudo, o cumprimento dos procedimentos básicos preconizados pelo PHPN. Por outro lado, é imperativo o estabelecimento de um relacionamento de confiança com a clientela para prevenir, detectar e controlar agravos na gestação e no puerpério, garantindo o **direito fundamental da mulher no exercício da maternidade segura**. (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008, p. 110, grifo nosso).

A concepção que orientou a criação do PHPN pressupõe que a humanização da assistência pré-natal requer o cumprimento de um conjunto de procedimentos básicos, a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o **direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura**; entre tais procedimentos, inclui-se a realização de exames laboratoriais no início e final da gravidez. (PARADA; TONETE, 2008, p. 39, grifo nosso).

De qualquer forma, os conceitos que fundamentaram a elaboração do Programa [PHPN] e a análise realizada no presente estudo partiram do pressuposto de que a humanização do pré-natal pressupõe o cumprimento de um conjunto de procedimentos básicos para prevenir intercorrências na gravidez e garantir o **direito fundamental de todas as mulheres de conceber, ter uma gravidez e dar à luz com segurança**³⁴. (PASSOS; MOURA, 2008, p. 1577, tradução nossa, grifo nosso).

As condições de possibilidade para a construção do PHPN indicam a confluência do debate histórico pela garantia do direito à saúde como dimensão da cidadania; das lutas feministas que introduziram o gênero como determinante social do processo saúde-doença e

³³ A redução da mortalidade infantil e materna consta dentre as prioridades elencadas no Pacto pela Vida, firmado pelas instâncias de gestores do SUS em 2006. O Pacto reforçou a necessidade de articulação entre as metas nacionais, estaduais e municipais visando o alcance de resultados sanitários. Ao reforçar a “gestão pública por resultados”, o Pacto instituiu o monitoramento e a avaliação das metas acordadas como mecanismo para a definição de novos objetivos, ações e alocação de recursos pelas respectivas instâncias gestoras (CONASS, 2006).

³⁴ “At any rate, the underlying concepts in the Program’s creation and the analysis conducted in the current study were based on the premise that humanization of prenatal care requires the fulfillment of a set of basic procedures in order to prevent complications in pregnancy and guarantee every woman’s fundamental right to conceive, carry a pregnancy, and give birth safely”. (PASSOS; MOURA, 2008, p. 1577).

contribuíram para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos; e do movimento internacional pela saúde baseada em evidências (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

A discussão internacional sobre mortalidade materna como expressão da interação entre determinantes sociais da saúde, aliada a baixa qualidade dos serviços obstétricos, gerou o reconhecimento do direito à maternidade segura, incorporado pelo PHPN como direito à assistência humanizada. No quadro 5.2 consta uma cronologia dos eventos e documentos das agências internacionais que direta ou indiretamente resultaram das ações dos movimentos feministas para garantia dos direitos das mulheres e que influenciam a abordagem adotada no Brasil para a qualificação da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal na perspectiva dos direitos humanos.

Vale salientar, de acordo com a teoria crítica de Herrera Flores (2009, p. 18), que os direitos humanos não coincidem com as normas internacionais que os regulam. “Os direitos humanos são o objeto que as normas internacionais de ‘direitos humanos’ pretendem regular”. O cenário internacional é compreendido como um espaço ocupado pelo movimento de mulheres para lutar por dignidade, fomentar práticas sociais emancipatórias e postular o reconhecimento jurídico da equidade nos processos de satisfação de suas necessidades vitais nos contextos particulares em que estão situadas. Nesse sentido, a cronologia abaixo construída, tem como premissas “o reforço das garantias formais reconhecidas juridicamente” resultantes das lutas feministas na cena política internacional, e a posição comprometida de pensar o conhecimento como ferramenta para “o empoderamento dos grupos mais desfavorecidos, ao lutar por novas formas, mais igualitárias e generalizadoras, de acesso aos bens protegidos pelo direito” (HERRERA FLORES, 2009, p. 59).

Quadro 5.2 - Cronologia dos eventos internacionais sobre direitos humanos das mulheres (continua)

Ano	Evento	Conteúdo
1946	Comissão das Nações Unidas sobre o <i>Status</i> da Mulher	Criada para elaborar um instrumento vinculante para proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais das mulheres em nível internacional.
1952	Convenção para Proteção da Maternidade	Prevê o direito à licença maternidade por período não inferior a seis semanas.
1965	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação racial	Busca assegurar proteção a grupos raciais ou a indivíduos pertencentes a esses grupos a fim de garantir-lhes igualdade de condições, pleno exercício de direitos humanos e das liberdades fundamentais. Entrou em vigor no Brasil em 1969.

Quadro 5.2 - Cronologia dos eventos internacionais sobre direitos humanos das mulheres (continuação)

Ano	Evento	Conteúdo
1967	Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher	Dispõe sobre direitos iguais entre homens e mulheres, mas não teve força de tratado pois não estabelece obrigações para os Estados.
1969	Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA	Agência de desenvolvimento da ONU que trata de questões populacionais. Desde sua criação tem sido um ator-chave nos programas relacionados com os temas saúde sexual, reprodutiva e igualdade de gênero. Atualmente guiada pelas recomendações da Plataforma do Cairo.
1975	Ano Internacional da Mulher I Conferência Mundial da Mulher (Cidade do México)	A Conferência definiu um plano de ação internacional para implementação dos objetivos do Ano Internacional da Mulher. Estabeleceu recomendações sobre planejamento familiar, saúde materna e infantil. Elabora um plano de ação indicando a necessidade de uma convenção para eliminação da discriminação contra a mulher.
1978	Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma Ata	Apresentou estratégias de enfrentamento às iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde e lançou diretrizes para a implantação de sistemas de saúde orientados pelo princípio da inclusão.
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW	Primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher. Dispõe sobre proteção à maternidade, prestação de cuidados de saúde adequados, responsabilidade materno-paterna compartilhada. Ratificada pelo Brasil em 1984.
1980	II Conferência Mundial da Mulher (Copenhague)	Dentre os compromissos assumidos na Conferência, destacam-se a igualdade no acesso à educação, oportunidades no trabalho e atenção à saúde das mulheres.
1985	III Conferência Mundial sobre a Mulher (Nairóbi)	Procurou estabelecer estratégias para efetivação dos direitos das mulheres até o ano 2000.
1985	Conferência Internacional de Fortaleza	Estabeleceu recomendações para utilização de tecnologia apropriada no parto e nascimento, com recomendações baseadas em revisões sistemáticas sobre a efetividade e segurança das práticas obstétricas.
1987	Conferência sobre Maternidade Segura (Nairóbi)	Organizada pela UNFPA e pelo Banco Mundial. Buscava soluções para os altos índices de mortalidade materna. Cria a Iniciativa Maternidade Segura.
1989	Convenção sobre os Direitos da Criança	Dentre os direitos enunciados, visa assegurar que as mulheres tenham acesso a atendimento pré-natal e pós-natal adequado.
1994	Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo)	Reconhece o direito à saúde sexual e reprodutiva como direito humano. Reforça o plano de ação para garantia da maternidade segura.

Quadro 5.2: Cronologia dos eventos internacionais sobre direitos humanos das mulheres (continuação)

Ano	Evento	Conteúdo
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Belém do Pará).	Compreende a violência contra a mulher como qualquer ato baseado no gênero, tanto na esfera pública como privada.
1995	IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim)	Plataforma de ação adotada unanimemente por 189 países. Considerada um documento-chave para a consolidação dos direitos até então reconhecidos pelas convenções e pactos internacionais sobre as mulheres. Representa um avanço da igualdade de gênero em seis campos distintos de atuação.
1996	OMS publica o documento “Atenção ao parto normal: um guia prático”.	Estabelece recomendações para o cuidado às mulheres durante o trabalho de parto e parto de baixo risco.
2000	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM	As Nações Unidas estabelecem metas para serem alcançadas pelos países até 2015. ODM 3 – promover igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres. ODM 4 – reduzir a mortalidade infantil. ODM 5 – melhorar a saúde das gestantes; reduzir a mortalidade materna em 75 %.
2001	Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban)	Reconhece que o racismo, xenofobia e intolerâncias correlatas acontecem de maneira diferenciada entre mulheres e meninas e que é necessário adotar uma perspectiva de gênero nas políticas de enfrentamento ao racismo.
2006	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	Reconhece que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração. Incentiva o empoderamento das mulheres e meninas com deficiência, a garantia de igualdade de direitos, de acesso a programas de proteção social e de redução da pobreza.
2012	Publicação do livreto “Nascidos livres e iguais: orientação sexual e identidade de gênero no regime internacional de direitos humanos”, um dos resultados da Resolução nº 17/19 de 2011 do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas.	Realiza recomendações aos estados para garantia dos direitos, igualdade de condições e ampla liberdade a todas as pessoas independente de sua orientação sexual e identidade de gênero. Entre suas recomendações está a garantia do amplo acesso aos serviços de saúde pela população LGBT, com a eliminação de toda e qualquer forma de discriminação nesses serviços.
2014	OMS publica o documento: “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”.	Reconhece que, no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos durante o parto nas instituições de saúde, o que não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação.

Quadro 5.2: Cronologia dos eventos internacionais sobre direitos humanos das mulheres (conclusão)

Ano	Evento	Conteúdo
2015	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS	As Nações Unidas estabelecem metas para o ano 2030. ODS 3 – saúde e bem estar; reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 mortes para 100 mil nascidos vivos; reduzir a mortalidade neonatal e infantil; assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. ODS 5 – alcançar a igualdade de gênero e empoderar as mulheres e meninas; reafirma os direitos das mulheres enunciados nas Plataformas do Cairo e de Pequim.
2018	Recomendações da OMS: Atenção intraparto para uma experiência de parto positiva. [WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience].	Guia técnico que atualiza recomendações para o cuidado às mulheres durante o trabalho de parto e parto de baixo risco. Enfatiza que a atenção à saúde centrada na mulher possibilita otimizar a qualidade da assistência ao trabalho de parto e parto através de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos.

Fonte: A autora.

As recomendações internacionais oferecem dimensões do atendimento à saúde das mulheres que considerem a diversidade territorial e cultural de cada país. Especialmente nas situações não abrangidas pelos serviços institucionais de saúde, dimensões interseccionais de gênero, raça, condições econômicas, territoriais e culturais entrecruzam-se como condicionantes para a garantia dos direitos de todas as mulheres a um serviço digno. Essa conjuntura revela a necessidade de outras estratégias de enfrentamento à persistência de altas taxas de mortalidade maternas e perinatais, apresentadas pelo país na década de 1990, o que motivou o lançamento do Programa Trabalhando com Parteiras - PTPT (BRASIL, 2010) também no ano 2000.

No Brasil, a articulação entre o saber da parteira tradicional e o saber biomédico foi uma das estratégias adotadas no esforço de reduzir a mortalidade materna para ao menos um terço dos valores de 1990, conforme compromisso assumido no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004. Essa articulação foi possível pela ampliação do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), iniciado no ano 2000. (GUSMAN et al, 2015, p.365).

Embora a maior parte dos partos no Brasil seja atendida em ambiente hospitalar, a necessidade de mapeamento da situação do parto domiciliar e de levantamento das parteiras em atividade deriva do entendimento de que há territórios e comunidades, sobretudo no interior do país, que contam com as parteiras tradicionais como referências para os cuidados às gestantes e crianças. Nessa perspectiva, o programa visa sensibilizar as gestões públicas para atuar em parceria com as parteiras tradicionais, mediante o cadastramento e capacitação

das parteiras em atividade e distribuição de kits contendo materiais básicos para o parto domiciliar (BRASIL, 2010).

Apenas o artigo de Christine Gusman *et al*, dentre os 42 artigos estudados, avaliou o programa para inclusão das parteiras tradicionais, mulheres reconhecidas pela comunidade por atender partos domiciliares com base nos saberes aprendidos na tradição e na experiência. De acordo com Christine Gusman *et al* (2015), o reconhecimento da prática do parto domiciliar por parteiras tradicionais não significa o reconhecimento da sua importância, o que gera entraves na implementação do programa e dificuldades para atuação das parteiras. As autoras sustentam que a prioridade de ações educativas pelo Programa, implementado no estado do Tocantins, não atende a necessidade de recursos e estrutura adequada. Dentre as dificuldades manifestadas pela maioria das parteiras participantes, estavam a falta de transporte, falta de material para o parto e ausência de remuneração pelo serviço prestado, dimensões consideradas fundamentais no que tange a inclusão das parteiras nos serviços de saúde e o reconhecimento pelo trabalho realizado.

Sob outro aspecto, contextos favoráveis aos direitos das mulheres reforçam também os direitos das crianças (UNICEF, 2006). As convenções e pactos internacionais listados acima são importantes tanto para a população feminina quanto para o desenvolvimento de iniciativas de proteção social das crianças. A CEDAW inovou como tratado internacional para os direitos humanos das mulheres, considerada um “tratado irmão” da Convenção dos Direitos da Criança – CDC de 1989. Ambas as convenções tem como princípio a não discriminação, pois especificam “direitos que não podem ser anulados em função de idade, gênero, classe econômica e nacionalidade” (UNICEF, 2006, p. 3). O enfrentamento à mortalidade infantil requer políticas públicas de promoção dos direitos humanos das mulheres. A (des)igualdade de gênero impacta nas chances de sobrevivência e nas condições de desenvolvimento das crianças. Nesse aspecto, a garantia do direito à maternidade segura, por meio da prestação de cuidados obstétricos adequados, possibilita que as crianças gozem do direito ao nascimento saudável.

A saúde da mãe e a saúde do recém-nascido estão intrinsecamente relacionadas. Portanto, em muitos casos, a prevenção da morte requer a implementação das mesmas intervenções, que incluem medidas essenciais, tais como atendimento pré-natal, atendimento especializado no momento do parto, acesso a cuidados obstétricos emergenciais sempre que necessário, nutrição adequada, cuidados no período pós-parto, cuidados para o recém-nascido e educação para melhores condições de saúde, de alimentação e cuidados com o bebê, além de comportamentos de higiene. No entanto, para que sejam eficazes e sustentáveis, essas intervenções devem ser implementadas dentro de uma estrutura de desenvolvimento que busque fortalecer e integrar programas e sistemas de saúde e a um ambiente de apoio aos direitos da mulher. (UNICEF, 2008, p. 3).

No bojo da discussão sobre maternidade segura, compreende-se que o acesso aos serviços de saúde e a utilização de procedimentos obstétricos não resulta necessariamente em melhoria nas taxas de mortalidade materna e infantil, insere-se assim o debate sobre qualidade e segurança dos serviços prestados. O “paradoxo perinatal” denomina a incoerência entre o acúmulo de conhecimento e de tecnologias no campo da saúde perinatal em face da coexistência com as altas taxas de morbimortalidades materna, infantil e perinatal (DINIZ, 2009).

Ao longo da primeira década do milênio, por exemplo, a proporção de cesarianas cresceu de 37,8% no ano 2000 para 52,3% em 2010, segundo informações do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC (BRASIL, 2021b). Como indicado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, PNDS-2006, as elevadas taxas de cesariana verificadas nos anos 2000 são um indicativo da adoção de práticas intervencionistas no parto e nascimento e do desrespeito aos direitos das usuárias.

No manancial de informações da PNDS-2006, ficamos cientes de que 80% das grávidas realizaram ao menos seis consultas ao longo do pré-natal. A pesquisa sublinha a persistência, ainda, do modelo intervencionista de assistência ao parto, ainda que, por contraste, tenha aumentado o número de hospitais estruturados para a atenção humanizada. Provas são a alta proporção de cesarianas no total de partos realizados no país (43,8%) e a pequena presença de acompanhante no momento do parto (menos de 10% das mulheres puderam contar com ela). (GUIMARÃES, 2009, p. 7).

Esse cenário epidemiológico justificou, de acordo com Cavalcanti *et al* (2013), o desenvolvimento da Rede Cegonha como uma intervenção alinhada ao modelo de humanização da atenção obstétrica e neonatal, orientado pela incorporação de tecnologia de acordo com as necessidades de mulheres e crianças. A humanização do parto e nascimento sustenta que as práticas e procedimentos obstétricos devem ser realizados com base nas evidências científicas e no protagonismo das mulheres. Nesse sentido, a RC é definida como uma estratégia lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil no ano de 2011 com o escopo de constituir uma rede de cuidados para mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto e para crianças até os dois primeiros anos de vida. Esta intervenção corroborou os esforços do governo federal para qualificar a atenção ao pré-natal, parto e nascimento tendo os direitos humanos como eixo transversal das concepções e práticas em saúde.

A RC - avaliada por três dos 42 artigos revisados - foi desenhada com os seguintes objetivos: implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com o foco no parto, nascimento e crescimento da criança até vinte e quatro meses; organizar

a rede de atenção à saúde materna e infantil; reduzir a mortalidade materna e infantil. Para isso, foram previstos quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico, transporte sanitário e regulação. Especificamente, o componente ‘puerpério e atenção integral à saúde da criança’ abrange as seguintes ações, conforme modelo lógico da RC elaborado por Cavalcanti *et al* (2013, p. 1310):

*Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
Busca ativa de crianças vulneráveis;
Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva;
Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
Orientação e oferta de métodos contraceptivos.*

A orientação e oferta de contraceptivos é uma ação vinculada ao planejamento familiar, prevista pelo PNAISM. Entretanto, na RC, apenas mulheres atendidas no puerpério estão contempladas por essa ação, o que constitui um ponto crítico do desenho da estratégia. Formulada por Cavalcanti *et al* (2013), a crítica tem como fundamento o fato de que a gravidez indesejada constitui um dos fatores que corroboram para o problema da mortalidade materna e infantil. Assim, a falta de previsão do planejamento familiar na RC impede que esta ação atinja outros grupos potenciais de pessoas por meio da atuação intersetorial das redes de atenção à saúde.

Destaca-se, também, que a primeira ação descrita acima reforça a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC criada em 1990 com apoio da OMS e da Unicef para promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, como medida de enfrentamento à mortalidade infantil. No Brasil, a IHAC é um programa que certifica os hospitais que cumprem os ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, com vistas aumentar a prevalência da amamentação exclusiva até os seis meses, estimular a introdução de alimentação complementar adequada e em momento oportuno e fomentar a continuidade do aleitamento até dois anos ou mais (BRASIL, 2011b). A IHAC foi avaliada por nove dos 42 artigos sobre atenção puerperal revisados, o segundo programa com maior número de avaliações, seguido apenas do PHPN, contemplado em 14 artigos.

Dados da PNDS-2006, analisados por Ana Maria Segall-Corrêa *et al* (2009), indicam que 95% das crianças participantes da pesquisa iniciaram o aleitamento materno. Dessas, foram amamentadas na primeira hora de vida apenas 42,9%, proporção superior em 30% ao registrado pela PNDS-1996. Por sua vez, a prevalência do aleitamento exclusivo entre 2 e 3

meses de vida foi de 48,2%, cerca de 20% maior do que em 1996. Não obstante o registro de melhorias nos indicadores de aleitamento materno, a RC preconiza o apoio ao aleitamento materno como uma medida ampla a ser executada pelos serviços de atenção à saúde articulados em rede. No trecho do artigo citado abaixo, a IHAC e a RC são consideradas intervenções que asseguram o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

*Vindo ao encontro das recomendações da IHAC, no que concerne ao incentivo à amamentação, a Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar às crianças o **direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis**, preconiza a adoção de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, entre as quais está a realização do quarto passo da IHAC [contato pele a pele precoce entre mãe e bebê]. (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016, p. 282, grifo nosso).*

Cabe ainda pontuar, a partir dos artigos analisados, que a RC reafirmou o direito ao acompanhante de escolha da mulher durante a internação no trabalho de parto, parto e puerpério. O direito ao acompanhante foi primeiramente previsto na Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que alterou a Lei 8.080/1990, para garantir que os serviços de saúde vinculados ao SUS não imponham restrições ou impeçam a entrada de acompanhante escolhido pela mulher (BRASIL, 2005). O artigo de Almeida *et al* (2018), sobre ouvidorias ativas como ferramenta de avaliação da qualidade da RC no Distrito Federal, demarca que a orientação sobre o direito ao acompanhante e a garantia desse direito nas maternidades não foram efetivadas para cerca de 8% das mulheres ouvidas.

*Ademais, é necessário melhorar aspectos relacionados à humanização na sala de parto, como o **direito a acompanhante** e a atitude de colocar o recém-nascido no peito ou colo da mãe imediatamente após o nascimento. Essas práticas são reconhecidamente benéficas para a assistência ao parto com diversos efeitos favoráveis. (ALMEIDA *et al*, 2018, p. 8, grifo nosso).*

*A presença de um acompanhante, indicado pela parturiente, durante o trabalho de parto também tem sido preconizada como medida em favor da humanização da atenção, sendo atualmente um **direito legalmente constituído**. (PARADA; TONETE, 2008, p. 41, grifo nosso).*

*A RC prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o **direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento parto** [sic]. (CAVALCANTI *et al*, 2013, p. 1301, grifo nosso).*

O direito ao acompanhante e o direito à vinculação à maternidade de referência para o parto positivados na Lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005) e Lei 11.634/2007 (BRASIL, 2007b),

foram incluídos na Lei 13.257, de 08 de março de 2016 (BRASIL, 2016). Conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, a lei alterou o artigo 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, ao estabelecer com força legal o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal no âmbito do SUS (BRASIL, 2016). As mudanças introduziram também no ECA o direito das mulheres de acessar programas e políticas de saúde da mulher; direito ao planejamento reprodutivo; direito das gestantes à nutrição adequada; direito à orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil; direito das mulheres privadas de liberdade a um ambiente adequado para acolhimento da criança.

A articulação entre atenção hospitalar ao parto e a continuidade da assistência na atenção primária à saúde, está contida no Marco Legal da Primeira Infância, mediante a previsão de que os serviços onde o parto foi realizado devem assegurar contrarreferência na atenção primária, incluído o acesso a grupos de apoio à amamentação, conforme indicação do Passo Dez da IHAC. Coloca ainda o dever de captação das gestantes e puérperas pela atenção primária por meio de busca ativa. Assim, no ECA está ratificado o reconhecimento de que é dever do Estado implementar ações relacionadas à atenção materna e neonatal, a partir da lógica dos direitos humanos e de atuação intersetorial.

5.3 REFLEXÕES SOBRE JUSTIÇA REPRODUTIVA: DESAFIOS PARA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA FEMINISTA CRÍTICA

Conforme Maria Betânia Ávila (2003, p. S466), “os direitos podem ter várias abordagens dependendo da visão teórico-política com base na qual são colocados em perspectiva”. A análise empreendida no capítulo tem como referência a perspectiva feminista crítica para pensar a relação entre direitos humanos, atenção à saúde das mulheres e avaliação de programas e serviços de saúde. Os resultados dos 42 artigos revisados mostraram que a maioria dos estudos que se propõe avaliar intervenções para a saúde da mulher no puerpério não contempla a discussão sobre direitos.

No arcabouço da Constituição Federal de 1988, a saúde é definida como direito dos cidadãos e dever do Estado. O direito à saúde é, portanto, um pressuposto normativo para elaboração de programas e organização de serviços de atenção à população brasileira desde que a carta constitucional foi promulgada. O reconhecimento de que a construção social de gênero traz implicações ao exercício dos direitos de cidadania, incluído o direito à saúde a sexual e reprodutiva, é um legado do movimento feminista nas lutas por direitos no cenário

internacional e nacional. Pensar a transversalidade dos direitos sexuais e reprodutivos nos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério ainda se coloca como desafio para ao campo burocrático – responsável pelas políticas de saúde - e para o campo acadêmico – responsável pela formação profissional e pela produção de pesquisas científicas.

O movimento feminista historicamente tem atuado para pautar a agenda pública com vistas a tensionar a correlação de forças no campo dos direitos humanos, da assistência à saúde e da justiça social a favor da melhoria das condições de vida das mulheres e de redução das desigualdades, tanto entre homens e mulheres e como entre os vários segmentos que compõem a população feminina. É sob esse aspecto que se considera pertinente a proposição de Ross e Solinger (2017). As teóricas feministas defendem que *saúde reprodutiva*, *direitos reprodutivos* e *justiça reprodutiva* constituem estruturas conceituais diferentes e complementares que, ao serem pensadas em conjunto, possibilitam uma visão articulada das opressões reprodutivas. O enfoque conceitual na *saúde reprodutiva* atenta para as necessidades individuais de saúde das mulheres e para a forma como os serviços prestam assistência a essas demandas. A partir desse enquadramento, procura-se identificar como as opressões reprodutivas são reproduzidas por mecanismos de ausência de serviços e de provisão de cuidados adequados, e por falta de informações, incluindo a produção de dados sobre saúde e as pesquisas científicas. Com as lentes dos *direitos reprodutivos*, o olhar volta-se para pensar os modelos de proteção legal, tendo em vista o reconhecimento e a regulamentação das liberdades civis e políticas das mulheres. A ideia de *justiça reprodutiva* complementa o quadro conceitual ao focar as opressões reprodutivas que resultam da convergência de múltiplas expressões de dominação/subordinação que afetam as vidas reprodutivas das mulheres.

A saúde, os direitos e a justiça são categorias que, isoladamente, possuem potencialidades e limitações para compreensão da experiência da reprodução. Mas, ao serem interpretadas como dimensões complementares e integradas, compõem a concepção praxiológica de justiça reprodutiva que se posiciona como uma perspectiva feminista crítica para as condições estruturais de controle e regulação dos corpos, da sexualidade e da reprodução (ROSS; SOLINGER, 2017). Ao definir a justiça reprodutiva, Ross e Solinger (2017) pontuam a necessidade de políticas públicas intersetoriais para o exercício do direito à maternidade/parentalidade com dignidade.

No coração da justiça reprodutiva está a seguinte reivindicação: todas as pessoas férteis, pessoas que se reproduzem e se tornam pais requerem um contexto seguro e digno para essas experiências humanas mais fundamentais. Alcançar esta meta depende do acesso a recursos específicos baseados na comunidade, incluindo

cuidados de saúde de alta qualidade, habitação, educação, um salário mínimo, um ambiente saudável e uma rede de segurança para quando esses recursos falham. Gestão segura e digna, parto e paternidade são impossíveis sem esses recursos³⁵ (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 9).

A análise apresentada procurou responder a seguinte questão: de que forma a categoria ‘direito’ é mobilizada nos estudos que avaliaram programas relacionados à atenção pós-parto? Ao analisarmos os artigos que avaliaram programas para atenção puerperal no Brasil, observou-se que todos abordaram o tema sob o enfoque da saúde reprodutiva, procurando analisar aspectos relacionados às necessidades percepções das mulheres sobre a assistência prestada, estrutura disponível nos serviços, ações de atenção realizadas. Menos da metade dos artigos, mencionaram que acessar e utilizar serviços de saúde após o parto e nascimento é um direito. A referência à assistência à saúde como direito pareceu, principalmente, atrelado ao modelo de humanização do parto e nascimento previsto no PHPN.

A humanização como modelo de atenção à gestação, parto, nascimento e puerpério amalgama a noção de direitos reprodutivos como direitos humanos ao discurso das evidências científicas para balizar as práticas de assistência obstétrica e neonatal. Contudo, cabe refletir em que medida esse modelo oferece ferramentas teóricas e práticas para o enfrentamento às injustiças reprodutivas. Dos 18 artigos que tratam de alguma forma da ideia de direito, apenas um discute a questão da sobreposição entre cor/raça, empobrecimento, escolaridade e renda como fatores que acarretam obstáculos à integração ao sistema de saúde. Esse artigo também é o único que trata do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (BRASIL, 2010). Destaca-se abaixo um trecho do texto que coloca o problema da invisibilidade das parteiras indígenas e das mulheres gestantes atendidas por elas.

No Tocantins, as parteiras e mulheres por elas atendidas formam um grupo altamente vulnerável em função de etnia, cor da pele, escolaridade ou renda. No estado, as indígenas, ditas “vulneráveis” pelas inúmeras privações e riscos a que estão expostas, representam a maioria das parteiras tradicionais e suas parturientes. Portanto, cabem algumas considerações quanto a essa especificidade. Se as parteiras tradicionais historicamente estiveram à margem do sistema formal de cuidado à saúde, pode-se dizer que as mulheres indígenas que conduziam partos foram, por muito tempo, absolutamente invisíveis (GUSMAN et al., 2015, p. 368).

Dentre os artigos revisados, constatou-se que poucos estudos abordam quais grupos populacionais de mulheres possuem maiores dificuldades de acesso aos serviços de atenção

³⁵ “At the heart of reproductive justice is this claim: all fertile persons and person who reproduce and become parents require a safe and dignified context for these most fundamental human experiences. Achieving this goal depends on access to specific, community-based resources including high-quality health care, housing, education, a living wage, a healthy environment, ad a safety net for times when these resources fail. Safe and dignified management, childbirth, and parenting are impossible without these resources”.

puerperal. Identificamos que apenas os estudos quantitativos apresentam as características das puérperas segundo idade, escolaridade, estrato socioeconômico, “situação marital”, religião, cor/raça. Contudo, apresentam essas características para indicar o perfil das usuárias participantes da pesquisa, não para analisar em quais segmentos de usuárias há menores proporções de acesso aos serviços. A falta de produção de dados interseccionais oblitera a visão sobre a população usuária dos serviços de atenção pós-parto, o que gera processos de invisibilidade às situações de desigualdade e discriminação que atingem as mulheres.

Como observado na revisão da literatura, o próprio modo como se produz conhecimento sobre a temática contribui para ênfase em alguns aspectos e a invisibilização de outros. Sob a perspectiva de Herrera Flores (2009, p. 105), o exercício do pensamento crítico precisa começar pela crítica à produção do conhecimento, assumindo três compromissos: “1) desenterrar contínua e permanentemente aquilo que fica esquecido/oculto; 2) estabelecer, de um modo constante, relações e vínculos que foram negados; e 3) apontar recorrentemente cursos alternativos de ação social e de reflexão intelectual”.

A constatação das lacunas do conhecimento sobre a atenção pós-parto permite ratificar a afirmação feita no primeiro artigo avaliativo do PHPN, inserido na revisão da literatura.

A questão do acesso, embora seja classicamente avaliada quantitativamente, merece um olhar qualitativo que possa perceber se o Programa [PHPN] incluiu justamente as mulheres que estão em franca desvantagem social, seja por localização, região, escolaridade, raça/etnia ou renda. Estudos de avaliação são necessários para complementar esta análise. (SERRUYA; CECATTI; LAGO; 2004c, p. 1286).

Sob esses aspectos pontua-se o baixo número de estudos de avaliação sobre a atenção puerperal, ausência de dados sobre essa fase do ciclo reprodutivo da mulher, poucos estudos que relacionam a saúde reprodutiva aos direitos humanos. Além disso, ao se inserir a perspectiva da justiça reprodutiva para identificar as opressões interseccionais, detecta-se a total invisibilidade de grupos de mulheres não brancas, pobres, lésbicas, transexuais, bissexuais, com deficiência, residentes em áreas rurais e em comunidades tradicionais no Brasil. Quer dizer, enquanto as avaliações de programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres desconsiderarem a interseccionalidade como ferramenta analítica, as opressões continuam a ocorrer independente do modelo de atendimento. Em suma, os serviços e os estudos avançam no discurso para humanização do parto e nascimento, mas não conseguem enfrentar as questões de gênero, raça, classe que substanciam as iniquidades estruturantes e históricas que condicionam as relações das mulheres com sua gestação, parto, puerpério e sexualidade.

À luz da proposta de Ross e Solinger (2017), lança-se o desafio de articular as dimensões da saúde e dos direitos, à análise das opressões interseccionais que geram processos de desigualdade entre as mulheres e crianças brasileiras no acesso e utilização dos serviços de saúde. Cabe retomar o argumento de Ávila em prol do fortalecimento da articulação entre saúde, direitos reprodutivos e direitos sexuais com as políticas públicas sociais.

Na América Latina e no Brasil em particular, a saúde como dimensão da política pública tem sido um tema central para todos os setores que trabalham e agem politicamente em torno dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais. A demanda por políticas de saúde como base para o exercício desses direitos é tão intensa e priorizada pelos movimentos sociais, que produziu em um determinado momento uma restrição na compreensão desses direitos como exclusivos ao campo da saúde enquanto direitos sociais. Neste sentido, é fundamental fortalecer a importância da saúde e ao mesmo tempo afirmar a relação desses direitos com outras esferas da política pública e da vida social. (ÁVILA, 2003, p. S468).

Na análise realizada neste capítulo, constatou-se que há um potencial para ampliar a discussão sobre direitos reprodutivos nos estudos de avaliação em saúde. Nesse sentido, propõe-se considerar o conceito de justiça reprodutiva tendo em vista a complexidade dos determinantes sociais da saúde. O debate por justiça reprodutiva é importante inclusive para que as avaliações de programas de saúde da mulher considerem as especificidades de raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, capacidade, com vistas à concretização de direitos no âmbito dos sistemas e serviços de saúde.

Esta ausência também está demarcada pela falta de citação a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002b); Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002c); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007c); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013d). Nos documentos citados, há em comum o diagnóstico que os sistemas de informação do país precisam aprimorar a coleta, processamento e análise de dados desagregados por cor/raça, identidade de gênero, orientação sexual e capacidade/deficiência.

É sob esse diapasão que as ferramentas analíticas que articulem as relações de gênero, raça/cor, classe, capacidade, identidade de gênero, orientação sexual, avançam do direito no âmbito formal para as condições conjunturais e de contexto que possibilitam os recursos necessários para que as mulheres vivam com os seus direitos. Oferecer a interseccionalidade como ferramenta de avaliação de políticas públicas em saúde significa planejar a produção de dados sobre os serviços, e a análise dos dados decorrente dos serviços com a perspectiva de

que ao identificar como as opressões interseccionais interagem é possível desenhar estratégias para alterar o *status quo* e melhorar as condições de vida das mulheres, impactando na redução das mortes maternas e neonatais.

Por fim, vale pontuar que os estudos revisados não se propuseram a pensar a relação entre direitos e saúde. Não obstante, almeja-se que reflexão realizada sob a perspectiva feminista crítica possa contribuir com o debate e o fortalecimento de políticas públicas que garantam o exercício dos direitos reprodutivos das mulheres, promovam saúde reprodutiva e promovam medidas de justiça social.

CAPÍTULO 6 – INTERSECCIONALIDADE, DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA REPRODUTIVA: AVALIAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Embora toda mulher seja uma mulher, nem toda mulher é apenas uma mulher.³⁶

Elisabeth Spelman

No presente capítulo propõe-se uma abordagem crítica para investigações no âmbito da avaliação de intervenções (políticas, programas, projetos, serviços) com enfoque na saúde sexual e reprodutiva. A perspectiva crítica que embasa nossa reflexão deriva do alinhamento epistemológico com a teoria feminista e com a teoria crítica dos direitos humanos. A teoria feminista e a teoria crítica dos direitos humanos aproximam-se pelo posicionamento epistemológico, ético e político engajado com a justiça social. Conforme Joaquín Herrera Flores (2009, p. 57), “o pensamento crítico surge em – e para – coletividades sociais determinadas, que dele necessitam para elaborar uma visão alternativa de mundo e sentirem-se seguras ao lutar pela dignidade”.

A atitude crítica - enquanto elemento da reflexão filosófica - caracteriza-se pela indagação sobre o que está estabelecido, no sentido de problematizar o que são, como funcionam e quais as razões que explicam os fenômenos que se apresentam na realidade (CHAUÍ, 2000). Segundo Maria Luisa Ferreira (2009, p. 13), ainda que os feminismos sejam plurais, todo feminismo tem como disciplina basilar a filosofia, porque tem como objetivos fundamentais “reflectir sobre a situação das mulheres, compreender a condição feminina e lutar em prol de sua plena realização”. Assim, o feminismo configura-se como espaço de reflexão e elaboração teórica que se manifesta em ações e movimentos de luta, de modo que posicionar-se como feminista pressupõe um engajamento intelectual, ético e político com a causa dos direitos das mulheres em suas múltiplas dimensões.

A assertiva de Spelman (1988), de que “embora todas as mulheres sejam mulheres, nem toda mulher é apenas uma mulher”, sintetiza a ideia de interseccionalidade. O cruzamento entre gênero, cor, classe social, orientação sexual, território, condição de cidadania constituem “eixos de subordinação” (CRENSHAW, 2002) que distinguem as mulheres em grupos com condições desiguais de acesso e utilização dos serviços de saúde o que, por conseguinte, afeta o exercício de direitos sexuais e reprodutivos (CARNEIRO, 2019). Estabelecer a interseccionalidade como conceito fundamental para reflexão e

³⁶ Tradução nossa de: “though all woman are woman, no woman is only a woman”.

investigação no campo da avaliação em saúde da mulher, filia nosso pensamento às problemáticas levantadas pelo feminismo afro-latino-americano (GONZALEZ, 2020).

O enfrentamento às iniquidades verificadas no contraste entre grupos de mulheres demanda uma abordagem crítica de direitos humanos, ou seja, que tenha como foco não o conteúdo abstrato dos direitos, mas o compromisso em desnudar as situações que reduzem a autonomia das mulheres ou que as tornam vulneráveis. Nessa abordagem, entendemos que os direitos humanos não são as palavras estáticas constantes em declarações e normas, mas processos constituintes das lutas por dignidade (HERRERA FLORES, 2009).

Para Kimberlé Crenshaw (2002), é necessário “expandir os parâmetros conceituais dos discursos dos tratados internacionais existentes” sobre direitos humanos e combate as várias formas de discriminação. Isso porque a abordagem dominante para os direitos humanos geralmente não considera os nexos entre sexismo, racismo, opressão de classe, entre outras formas de produção da desigualdade. A autora do termo ‘interseccionalidade’ afirma:

[...] o problema interseccional não está simplesmente no fato de não abordar um único tipo de discriminação de forma completa, mas no fato de que uma gama de violações de direitos humanos fica obscurecida quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas e, ocasionalmente, também de homens marginalizados. (CRENSHAW, 2002, p. 178).

A intensidade com que as formas de opressão são sentidas pelas mulheres difere segundo sua condição de classe, cor/raça, orientação sexual, capacidade, faixa etária, local de residência, condição de cidadania, entre outras. Estabelecer a interseccionalidade como pressuposto analítico implica, portanto, em reconhecer que os direitos humanos não são garantidos naturalmente para todas as pessoas, mas são atravessados pelos eixos de poder/subordinação que condicionam o acesso a bens e serviços necessários para se viver com dignidade. A interseccionalidade como “ferramenta analítica crítica” demarca um comprometimento com a justiça social (COLLINS; BILGE, 2021).

De acordo com Patrícia Hill Collins e Sirma Birge (2021), a justiça social pode se constituir em um marco ético unificador para a interseccionalidade, que possibilite o diálogo entre pessoas historicamente privadas de direitos. Nesse aspecto, defende-se a *justiça reprodutiva* como modelo ético-político nas práticas, estudos e pesquisas de avaliação de intervenções para saúde sexual e reprodutiva das mulheres. O arcabouço conceitual da justiça reprodutiva foi construído no âmbito das lutas e da produção intelectual das mulheres racializadas nos Estados Unidos, e pode ser aplicado para a compreensão dos problemas interseccionais que afetam as mulheres brasileiras.

O arcabouço da justiça reprodutiva começa com a proposição de que, embora todo ser humano tenha os mesmos direitos humanos, nem todos são oprimidos da mesma forma, ou ao mesmo tempo, ou pelas mesmas forças. No entanto, as experiências de opressão e luta contra a opressão são constantes na experiência humana. A maioria de nós já teve ou terá a experiência de ser injustamente degradado e impotente por outro indivíduo ou por uma instituição, muitas vezes por causa de nossas características pessoais, como sexo, raça, classe, religião ou orientação sexual³⁷. (ROSS; SOLINGER, 2017, p.72).

Diante do exposto, no presente texto são discutidos os conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva, a partir de uma perspectiva crítica que possa contribuir com estudos e pesquisas no âmbito da avaliação de intervenções - políticas, programas, projetos, serviços - voltados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A reflexão ora apresentada enfoca a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, não obstante possa ser estendida a outras temáticas correlatas. Para tanto, propõe que a avaliação em saúde – entendida como espaço acadêmico e político - considere a interseccionalidade como ferramenta analítica para a identificação e enfrentamento às vulnerabilidades das mulheres; estabeleça os direitos humanos como eixo transversal das análises, isto é, como um instrumento dos processos avaliativos de busca por dignidade na atenção em saúde da mulher; cultive a justiça reprodutiva como horizonte ético de reflexão e atuação nos espaços avaliativos.

6.1 INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA ANALÍTICA DE AVALIAÇÕES CRÍTICAS

A definição de interseccionalidade pressupõe compreender, primeiramente, que a vida em sociedade tem como característica a organização das relações sociais de acordo com padrões balizados na sexualidade biológica e na construção social do gênero. A cultura molda o biológico, define como as necessidades básicas para a reprodução devem ser satisfeitas, estabelece quem realiza as funções de cuidado e como cumpri-las, estratifica responsabilidades, enfim, delimita certas convenções que regulam a sexualidade e a procriação humana. Esta compreensão fundamenta-se no conceito de “sistema sexo/gênero” da antropóloga Gayle Rubin (2017).

³⁷ “The reproductive justice framework begins with the proposition that while every human being has the same human rights, not everyone is oppressed the same way, or at the same time, or by the same forces. Nevertheless, the experiences of oppression and struggling against oppression are constants in human experience. Most of us have had or will have experience of being unjustly degraded and rendered powerless by another individual or by an institution, often because of our personal characteristic such as gender, race, class, religion, or sexual orientation”.

Em seu texto intitulado ‘O tráfico de mulheres’, Rubin nos conduz a refletir sobre as relações entre a construção social de gênero e a opressão feminina:

O que é uma mulher domesticada? Uma fêmea da espécie. Uma explicação vale tanto quanto a outra. Uma mulher é uma mulher. Ela só se transforma em mulher do lar, em esposa, em escrava, em coelhinha da Playboy, em prostituta, em um ditafone humano, dentro de determinadas relações. Fora dessas relações, ela já não é mais auxiliar do homem, assim como o ouro em si não é dinheiro etc. Quais são, então, essas relações por meio das quais uma mulher se torna uma mulher oprimida? (RUBIN, 2017, p. 10).

Segundo a antropóloga, as causas da opressão da mulher podem ser analisadas ao se investigar o “sistema sexo/gênero” que estrutura as sociedades. O termo é empregado para indicar que a opressão é “produto das relações sociais específicas que as organizam” e, portanto, não é um dado natural ou inevitável (RUBIN, 2017, p. 20).

A citação acima constitui uma paráfrase que Rubin fez de um trecho no qual Marx (2013), questiona “o que é um escravo negro?” e afirma que só em determinadas relações um homem que tem a cor da pele negra torna-se uma pessoa escravizada. Nas reflexões de Rubin e de Marx, a opressão é o elemento comum entre a domesticação da mulher e a escravidão do homem de cor negra. Isso nos leva a problematizar se as formas de manifestação da opressão são comuns a todas as mulheres, são comuns a todos os homens de cor negra.

María Lugones (2014, p. 940) responde a essa questão defendendo que a modernidade colonial impôs um “sistema de gênero opressivo, racialmente diferenciado, hierárquico”. O sistema colonial criou a subalternidade, a partir do critério da diferença que negou a possibilidade de existência de outras formas de viver e se relacionar. A diferença colonial separou os seres humanos em grupos dicotômicos e em posição social desigual. O padrão europeu de modernidade, o status de colonizador, o homem, a cor da pele branca, a heterossexualidade, a religião católica constituíram “ferramentas normativas” de opressão que estão na base da formação social dos países latino-americanos.

Quando se considera as categorias dominantes, entre elas “mulher”, “negro” e “pobre”, vê-se que não estão articuladas de maneira que incluam pessoas que são mulheres, negras e pobres. A intersecção entre “mulher” e “negro” revela a ausência das mulheres negras em vez da sua presença. Isso porque a lógica categorial moderna constrói as categorias em termos homogêneos, atomizados, separáveis, e constituídos dicotomicamente. Essa construção procede a partir da presença generalizada de dicotomias hierárquicas na lógica da modernidade e das instituições modernas. A relação entre pureza categorial e dicotomias hierárquicas funciona assim: cada categoria homogênea, separável, atomizada caracteriza-se em referência ao membro superior da dicotomia. Assim, “mulheres” refere-se a mulheres brancas. “Negro” refere-se a homens negros. Quando se tenta entender as mulheres na intersecção entre raça, classe e gênero, mulheres não brancas, negras, mestizas, indígenas ou asiáticas são seres impossíveis. (LUGONES, 2014, p. 942).

O termo opressão é mobilizado na literatura feminista para indicar a existência de estruturas de poder, socialmente edificadas, que colocam as mulheres em situação de inferioridade. Conforme bell hooks³⁸ (2019), ser oprimido significa não ter opções. A autora de “Teoria Feminista: da margem ao centro”, critica a noção de que todas as mulheres partilham a opressão da mesma forma e argumenta que o sexismo, como sistema de dominação institucionalizado, “nunca foi capaz de determinar de modo absoluto o destino das mulheres” (HOOKS, 2019, p. 32). Isso porque, fatores como classe social, cor/raça, identidade de gênero, orientação sexual e religião, por exemplo, fazem com que a “intensidade da força opressiva do sexismo” seja diferente de mulher para mulher. hooks também pontua que o racismo não é sentido da mesma forma por homens e mulheres racializados, isso porque a opressão sexista, racista e de classe interagem de modo a condicionar o status social ocupado pelo homem e pela mulher.

No mesmo sentido, Lélia Gonzalez (2020), ao tratar da formação sócio-política do Brasil, assevera que o racismo e o sexismo interagem com o sistema de estratificação social, que posiciona mulheres e pessoas não brancas no “polo oposto da dominação”. As opressões geradas pela colonização e pela consolidação do capitalismo no país manifestam-se na “divisão racial do espaço” e na “divisão racial e sexual do trabalho”. A autora feminista explica que o território brasileiro caracteriza-se pela segregação da população pobre e negra nas periferias das cidades e nas regiões menos desenvolvidas do país. Ao passo que as regiões mais industrializadas, com maior concentração de renda e influência política possuem maior proporção de população branca. A divisão racial e sexual do trabalho é observada na desigualdade de acesso à educação, na “concentração desproporcional” de negros dentre os desempregados e nos empregos que exigem menor qualificação e pagam salários mais baixos, nos serviços domésticos realizados principalmente por mulheres negras.

A sobreposição de opressões como questão social pode ser compreendida com base no conceito de “interseccionalidade”, cunhado por Crenshaw (2002) para nomear o fato de que as mulheres têm suas vidas condicionadas não apenas pela questão de gênero, mas também por outros fatores que as tornam mais vulneráveis, dentre os quais a cor da pele. O termo “interseccionalidade” remete à metáfora do entrecruzamento de ruas, em que cada avenida representa um eixo de poder e, conseqüentemente, de subordinação. Nesta metáfora as mulheres negras encontram-se na intersecção entre as várias avenidas que atravessam suas

³⁸ O nome bell hooks foi adotado pela intelectual feminista Gloria Jean Watkins (1952-2021) como uma homenagem a sua bisavó. Respeitamos a preferência da autora em grafá-lo com letras minúsculas.

vidas. Mas, na hipótese de sofrerem alguma violação de direitos, muitas vezes o auxílio vem apenas de uma direção, isto é, percebe-se que a causa da violação é a discriminação de gênero ou de raça/cor, mas não ambas em simultâneo. Ao identificar que as instituições de justiça compreendiam os eixos de subordinação como distintos e mutuamente excludentes, Crenshaw criou o termo interseccionalidade, a fim de dar visibilidade aos nexos entre eixos de poder, especialmente gênero e cor/raça, que tornam certos grupos humanos subalternos, principalmente as mulheres.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177).

A interseccionalidade é considerada uma das mais importantes contribuições das feministas negras para a teoria e prática feministas (ROSS; SOLINGER, 2017), “uma ferramenta teórica e política útil” para o feminismo negro no Brasil no diálogo profícuo com o feminismo afro-americano (FIGUEIREDO, 2020, p. 12). Segundo Lugones (2014), o feminismo interseccional, criado pelas “mulheres de cor”, constitui uma forma de resistência à “diferença colonial” para reivindicar o reconhecimento das opressões interseccionais que tornam invisíveis as mulheres afrodescendentes, indígenas, asiáticas, latinas. A interseccionalidade entre cor/raça, classe e gênero está presente também na análise que a pensadora brasileira Lélia Gonzalez faz sobre a formação colonial da América Latina.

É importante insistir que, dentro da estrutura das profundas desigualdades raciais existentes no continente, a desigualdade sexual está inscrita e muito bem articulada. Trata-se da dupla discriminação de mulheres não brancas na região: as amefricanas e as ameríndias. O caráter duplo de sua condição biológica – racial e/ou sexual – as torna mulheres mais oprimidas e exploradas em uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente. Precisamente porque esse sistema transforma diferenças em desigualdades, a discriminação que sofrem assume um caráter triplo, dada sua posição de classe: as mulheres ameríndias e amefricanas são, na maioria, parte do imenso proletariado afro-latino-americano. (GONZALEZ, 2020, p. 145-146).

A mortalidade materna, como discutido no capítulo 5, é uma expressão das opressões interseccionais que tornam as condições de saúde das mulheres profundamente heterogêneas e desiguais. A saúde, como produto de uma sociedade, reflete os processos de organização social e as estruturas que engendram as desigualdades entre indivíduos e populações

(BARATA, 2009). Nesta perspectiva, compreende-se que os determinantes sociais da saúde condicionam os processos de manutenção da vida e de produção de saúde, entretanto, podem ser reforçados ou modificados por meio de políticas públicas.

Estimativas da Unicef (2008) indicam que a diferença entre o risco de morte materna entre países industrializados e regiões em desenvolvimento constitui a maior desigualdade evidenciada na área da saúde. Isso porque uma mulher vivendo em um país menos desenvolvido tem 300 vezes mais chance de morrer por complicações ocorridas na gestação e no parto, do que uma mulher residente em um país industrializado. A morte materna impacta significativamente na vida das crianças, pois os bebês que perderam suas mães nos primeiros seis meses de vida têm maior probabilidade de morrer até completarem dois anos, na comparação com aqueles cujas mães sobrevivem (UNICEF, 2008).

A saúde das crianças e a saúde das mulheres, bem como as suas chances de sobrevivência, estão relacionadas ao modo como os direitos básicos da população feminina são ou não garantidos em cada contexto social (UNICEF, 2006). Ter liberdade para relacionar-se sexualmente, procurar os serviços de saúde, decidir sobre e poder acessar métodos contraceptivos, proteger-se de doenças sexualmente transmissíveis, ter ou não filhos, são direitos das mulheres que demandam condições materiais e imateriais para que possam ser exercidos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; HERRERA FLORES, 2009).

Dentre as condições materiais estão o acesso à alimentação suficiente e nutritiva, acesso à educação, oportunidades de trabalho e de autonomia financeira, possibilidade de participação e capacidade decisória na vida familiar e comunitária, proteção contra violência e injustiças. As condições imateriais referem-se às causas da discriminação baseada no gênero, na classe social, cor/raça, condição de cidadania. De acordo com Collins e Bilge (2021, p. 137), “a interseccionalidade proporciona um importante conjunto de ferramentas conceituais para analisar o poder do Estado, as políticas públicas de saúde e os resultados obtidos na saúde”. Para melhorar a saúde das mulheres e das crianças defende-se, portanto, uma abordagem crítica fundamentada nos direitos humanos, que articule a provisão de serviços e cuidados de saúde com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento às discriminações e desigualdades interseccionais que oprimem as mulheres.

6.2 DIREITOS HUMANOS COMO INSTRUMENTO DAS LUTAS POR DIGNIDADE

Como se vê, para nós, o conteúdo básico dos direitos humanos não é o direito a ter direitos (círculo fechado que não cumpriu com os seus objetivos desde que se “declarou” há quase seis décadas). Para nós, o conteúdo básico dos direitos humanos será o conjunto de lutas pela dignidade, cujos resultados, se é que temos o poder necessário para isso, deverão ser garantidos por normas jurídicas, por políticas públicas e por uma economia aberta às exigências da dignidade. (HERRERA FLORES, 2009, p. 31).

“Os direitos não podem reduzir-se às normas”, essas palavras de Herrera Flores (2009, p. 17) demarcam uma importante premissa da teoria crítica dos direitos humanos. O direito constitui um entre outros instrumentos de disputa por reconhecimento de valores e interesses. Mas o direito, como técnica procedimental, não pode ser confundido com os direitos humanos que são o objeto das normas nacionais e internacionais. A distinção entre forma e conteúdo de é um pressuposto para contrapor o mito da universalidade abstrata que orienta a concepção tradicional de direitos humanos. Na perspectiva tradicional e hegemônica, confunde-se o plano ideal – o objetivo de que todas as pessoas tenham acesso a bens e serviços indispensáveis à vida com dignidade – com o plano da realidade – onde grande parte da população não detém os recursos para satisfazer suas necessidades.

Estamos diante de uma lógica bastante simplista que, contudo, tem consequências muito importantes, pois conduz a uma concepção “*a priori*” dos direitos humanos. Se estamos atentos, essa lógica faz pensar que temos os direitos antes de ter capacidades e as condições adequadas para exercê-los. (HERRERA FLORES, 2009, p. 27).

Ao designar que a corrente tradicional tem uma concepção *a priori* dos direitos humanos, Herrera Flores chama atenção para a falsa ideia de que direitos geram direitos, criticando o positivismo jurídico que enaltece a norma como um ideal abstrato apartado das dinâmicas sociais. O teórico espanhol argumenta que o reconhecimento jurídico é o resultado, sempre provisório, dos processos de conquista ou de resistência que ocorrem fora do campo do direito. Ele afirma: “o conteúdo básico dos direitos humanos será o conjunto de lutas pela dignidade, cujos resultados, se é que temos o poder necessário para isso, deverão ser garantidos por normas jurídicas, por políticas públicas e por uma economia aberta às exigências da dignidade” (HERRERA FLORES, 2009, p. 33).

“O direito não é, conseqüentemente, uma técnica neutra que funciona por si mesma”. Como afirma Herrera Flores (2009, p. 17), o direito é um instrumento que pode ser utilizado para reproduzir ou para transformar os valores dominantes de uma sociedade e que, portanto,

expressa o resultado das disputas por hegemonia. E é nesse ponto que a interseccionalidade, como ferramenta analítica, possibilita identificar os eixos de poder/subordinação que determinam o potencial de luta dos diferentes segmentos populacionais. A posição que um indivíduo ou grupo populacional ocupa nos processos de divisão do fazer humano - social, sexual, territorial, cultural e econômica – pode privilegiar, subordinar ou até mesmo impedir o acesso à alimentação, educação, saúde, habitação, emprego, segurança (HERRERA FLORES, 2009). De modo que as normas jurídicas refletem os sistemas de valores hegemônicos e os processos de divisão do fazer humano (ou eixos de poder/subordinação) excluem grupos humanos de dispor dos recursos para sobreviver dignamente e, inclusive, participar em condições de igualdade com os grupos dominantes das disputas por hegemonia.

Nem todos “temos” por igual os direitos, ou seja, os instrumentos e meios para levar adiante nossas lutas pelo acesso aos bens necessários para afirmar nossa própria dignidade.

Entretanto – e aqui nos aproximando dos *direitos humanos* tal e como nos propomos -, todos os seres humanos *deveriam ter* esses meios e também outros de maior alcance (políticos e econômicos) que os dotassem do suficiente poder na hora de exercer suas práticas sociais em prol da dignidade. (HERRERA FLORES, 2009, p. 41).

O conceito de direitos humanos tal como enunciado por Herrera Flores, corrobora com a abordagem feminista para os direitos sexuais e reprodutivos proposta por Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky (1996). As autoras argumentam que o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos é mediado pela relação entre poder e recursos: “poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura”. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 140). Com esta definição, as autoras argumentam que a concepção tradicional - na qual os direitos sexuais e reprodutivos são entendidos como “escolhas” ou “liberdades privadas” que resultam do pensamento e ação individuais - não faz sentido para os grupos sociais que vivem em condições de vulnerabilidade e exclusão social.

Conforme Corrêa e Petchesky (1996), a noção de que as mulheres deveriam ter capacidade para decidir se gostariam de filhos, como e quando, remonta os movimentos feministas ligados ao socialismo inglês da primeira metade do século XIX. Assim, embora o termo ‘direitos reprodutivos’ seja recente, a ideia de integridade corporal e autodeterminação sexual permeia o histórico das lutas das mulheres por transformar os instrumentos normativos e as políticas governamentais rumo à emancipação das mulheres e à melhoria das condições de vidas das pessoas. As autoras pontuam que o nome ‘direitos reprodutivos’ foi cunhado por mulheres envolvidas com a criação, em 1979, da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos

nos Estados Unidos. A rede, ao desenvolver campanhas internacionais pelo direito ao aborto, pautou a Conferência Internacional sobre a Mulher e a Saúde ocorrida em Amsterdã no ano de 1984, alterando inclusive sua denominação para Rede Global de Mulheres por Direitos Reprodutivos. E, dessa forma, os usos do termo ampliaram-se e a nomenclatura passou a ser reconhecida internacionalmente. No Brasil, sob a influência da conferência de Amsterdã, o Ministério da Saúde instituiu uma Comissão sobre os Direitos de Reprodução Humana em 1985.

Como descrevem as autoras, o ativismo intelectual e político das mulheres negras nas sociedades do Norte e das mulheres do Sul global contribuíram para ampliar o significado dos direitos sexuais e reprodutivos no sentido de englobar as necessidades sociais que, ao não serem atendidas, impedem que as mulheres possam tomar decisões sobre seu corpo, sexualidade e reprodução. Nessa perspectiva, a teoria feminista posiciona-se criticamente ante o discurso tradicional dos direitos humanos – fundamentado na dicotomia entre esfera pública e privada – que subsidia a visão de que o Estado não deve intervir para romper com os sistemas de subordinação que posicionam mulheres e segmentos populacionais em desvantagem social, econômica e cultural.

O objetivo é transformar o modelo liberal clássico dos direitos a fim de: (1) enfatizar a *natureza social*, não somente individual, dos direitos, deslocando o peso das obrigações correlativas da esfera dos agenciamentos individuais para o plano da responsabilidade pública; (2) reconhecer os contextos comunitários relacionais nos quais os indivíduos agem para exercer ou lutar por seus direitos; (3) colocar em primeiro plano a base *substantiva* dos direitos e necessidades humanas e a redistribuição dos recursos; e (4) reconhecer os portadores dos direitos em suas identidades múltiplas e autodefiníveis, incluindo gênero, classe, orientação sexual, raça e etnicidade. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 155).

Ao desconstruir a dicotomia público/privado da corrente clássica dos direitos humanos, as feministas indicam que as responsabilidades e comportamentos femininos são internalizados como construtos sociais definidos com base no gênero e que as “decisões” que as mulheres tomam ocorrem, muitas vezes, em contextos de pressão - e até mesmo de violência - familiar e comunitária. Corrêa e Petchesky (1996) argumentam que a implementação de direitos sociais, mediante atribuição de responsabilidades ao Estado e instituições mediadoras, é fundamental no sentido de garantir o substrato necessário para que as decisões reprodutivas possam ser livres de impedimentos ou constrangimentos.

Esta visão dos direitos sexuais e reprodutivos postula um compromisso ético com a promoção da cidadania politicamente responsável, com base em quatro princípios complementares de direitos humanos. A integridade corporal, entendido como direito

individual e social, que considera a inviolabilidade corporal um elemento constitutivo da dignidade humana. A autonomia pessoal ou direito à autodeterminação, que implica em viabilizar um contexto seguro para que as mulheres possam tomar decisões e expressar como se sentem. A igualdade de condições, princípio que se aplica tanto às relações entre homens e mulheres quanto às relações entre mulheres, conduz a ideia de redistribuição de poder e recursos rumo ao enfrentamento às iniquidades sociais, econômicas e culturais. E o princípio da diversidade, que denota o respeito às diferenças de valores relativas à identidade sexual, cultural, religiosa etc, a fim de que as características dos diversos segmentos sociais não sejam barreiras para o exercício dos direitos humanos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Portanto, a concepção crítica que nos orienta compreende que “as dimensões de liberdade individual e justiça social não podem ser consideradas de maneira isolada enquanto os recursos e o poder permanecerem distribuídos desigualmente na maioria das sociedades” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 169). É na relação de interdependência e complementaridade entre saúde reprodutiva, direitos humanos e justiça social que abordaremos no próximo item as contribuições do referencial teórico da justiça reprodutiva.

6.3 JUSTIÇA REPRODUTIVA COMO PRESSUPOSTO ÉTICO

Antes de adentrar no conceito de justiça reprodutiva, recuperamos o texto de Toni Leonard (2017) sobre como um movimento organizado construiu as bases para essa concepção feminista. A autora demarca que, no ano de 1994, houve uma conferência nacional na cidade de Chicago, nos Estados Unidos da América, para debater reformas no sistema de saúde daquele país. Um grupo organizado de afro-americanas participou da conferência com o propósito de defender que a atenção à saúde para as mulheres precisava ofertar, de maneira acessível, toda a gama de serviços para promoção da saúde reprodutiva, incluindo métodos contraceptivos, cobertura para o aborto, cuidados pré e pós-natais, assistência para prevenção de câncer e outras doenças, educação sexual. O movimento também argumentava que as mulheres racializadas (*women of color*³⁹) e suas famílias constituíam o segmento populacional mais atingido pela morbidade e mortalidade materna e infantil, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis. Foi nesse contexto de lutas, que o grupo decidiu nomear o

³⁹ Conforme Yolanda Moses (2016), nos EUA a expressão pessoa de cor (*“of color”*) não tem conotação pejorativa e é utilizado para enfatizar o racismo sistemático entre grupos não brancos. Trata-se de uma categoria que engloba várias etnias e raças em oposição à supremacia branca.

movimento como *Women of African Descent for Reproductive Justice* – WADRJ (“Mulheres de Ascendência Africana para Justiça Reprodutiva”).

O nome falava das injustiças do sistema de saúde atual, que negava às mulheres negras serviços completos devido a questões compostas de raça, classe e gênero. Também referia que nem todos nós éramos afroamericanas, mas da diáspora africana. Escolhemos WADRJ porque o acesso ao aborto, embora importante, era apenas uma das inúmeras barreiras para a mulher e suas famílias serem saudáveis e viverem em comunidades saudáveis. Finalmente, a inclusão de “justiça” em nosso nome falou sobre questões de justiça e distribuição equitativa de recursos. Reconhecemos que a “igualdade” no contexto dos direitos muitas vezes não alterava o desequilíbrio dos recursos econômicos para favorecer os impotentes, e que as mulheres racializadas, especialmente as negras pobres, ainda eram privadas de direitos. Em termos mais simples, juntamos o conceito de direitos reprodutivos e justiça social para cunhar o neologismo “justiça reprodutiva”.⁴⁰ (LEONARD, 2017, p. 40-41, tradução nossa).

Em 1994, esse movimento por justiça reprodutiva também participou da Conferência Internacional para a População e Desenvolvimento, na cidade do Cairo - Egito, para enfatizar o entrelaçamento entre pobreza, subdesenvolvimento, reprodução e políticas de controle populacional. Desde então a justiça reprodutiva notabilizou-se e ganhou força nos espaços de militância e no meio acadêmico, fortalecendo-se por meio da articulação com movimentos de mulheres do Sul global, para consubstanciar uma ferramenta analítica que conecta organização política com trabalho intelectual (LEONARD, 2017). Como destacam Collins e Bilge (2021), 90% das mulheres e homens jovens vivem no Sul global, de modo que a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de parte significativa da população mundial são historicamente moldados pelas ideias e práticas geradas pela estrutura colonial.

O termo ‘Sul global’ é mais que uma localização geográfica, um local físico que abriga histórias de colonialismo, escravidão, racismo e imperialismo. Essas histórias moldam as relações de poder no interior dos Estados-nação do Sul global, onde vive a maioria das jovens, mas também as relações de poder dos Estados-nação no Norte global, que historicamente se beneficiaram desses sistemas. (COLLINS; BILGE, 2021, p. 138).

A concepção de justiça reprodutiva foi formulada como paradigma teórico e um modelo para movimentos ativistas, fundamentada no decolonialismo, numa perspectiva crítica

⁴⁰ “It was the name that spoke to the injustices of the current health system that denied women of color full services due to compounded issues of race, class, and gender. It also referenced that not all of us were African American, but from the African diaspora. We chose WADRJ because abortion access, while important, was but one of countless barriers to woman and their families being healthy and living in healthy communities. Finally, the inclusion of “justice” in our name spoke to issues of fairness and equitable distribution of resources. We recognized that “equality” within the context of rights often times did not shift the imbalance of economic resources to favor the powerless, and that woman of color, especially poor black woman, were still disenfranchised. In simplest terms, we spliced together the concept of reproductive rights and social justice to coin the neologism “reproductive justice””. (LEONARD, 2017, p. 40-41).

dos direitos humanos e na justiça social como valor ético. A justiça reprodutiva alinha-se à epistemologia feminista, utilizando-se de abordagens disciplinares e interdisciplinares para contrapor teorias e ideologias racistas, sexistas, imperialistas, heteronormativas, entre outras, que subsidiam opressões interseccionais. A justiça reprodutiva, como argumentam Loretta Ross e Rickie Solinger (2017), oferece um enquadramento teórico, estratégico e prático que desafia narrativas dominantes sobre o poder e as experiências das pessoas marginalizadas. Com essa perspectiva crítica, a justiça reprodutiva é definida em contraposição à visão tradicional dos direitos humanos, que compreende a saúde sexual e reprodutiva como dimensões da esfera privada dos indivíduos. Ao pressupor que a abordagem de direitos deve estar atrelada a uma concepção de justiça social, o foco analítico passa da escolha individual para os recursos necessários para que os indivíduos, especialmente as mulheres, possam realizar escolhas com autonomia e liberdade. A satisfação das necessidades básicas e o empoderamento feminino tornam-se elementos-chave nesse arcabouço conceitual.

Conforme Ross *et al* (2017), o modelo de justiça reprodutiva pode ser definido a partir dos seguintes critérios: é interseccional; baseia-se em uma perspectiva crítica dos direitos humanos; relaciona o contexto local ao global; identifica as relações entre indivíduos e comunidades; combate todas as formas de controle populacional (eugenia); trata das responsabilidades de governos e corporações; compromete-se com a formação de lideranças individuais e comunitárias a fim de modificar as relações de poder; coloca os segmentos populacionais marginalizados no centro da análise; entende que a participação na arena democrática é necessária para se alcançar a justiça reprodutiva; pressupõe a interdependência entre teoria, estratégia e prática; aplica-se a todas as pessoas e contextos.

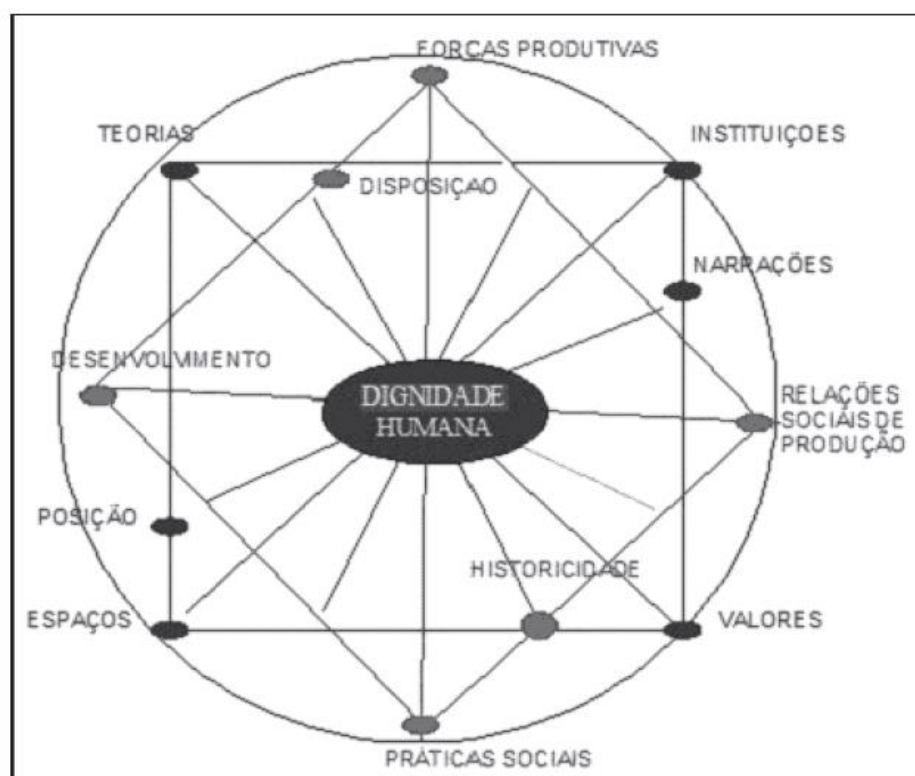
A justiça reprodutiva como arcabouço teórico cumpre com o que Herrera Flores (2009) denomina de função social do conhecimento. Significa que não é possível se advogar neutralidade teórica, pois “todo conhecimento é produzido por alguém e para algo”, afirma o autor. Isso implica em reconhecer que o conhecimento é produzido em determinados contextos sociais, econômicos e culturais; teorias possuem consequências e têm o potencial de desvelar ou naturalizar relações de opressão e injustiça; assim as teorias podem reforçar paradigmas dominantes que respondem a propósitos privatistas – como o neoliberalismo e o conservadorismo - ou podem subsidiar paradigmas emancipatórios.

Três princípios, segundo Herrera Flores (2009) orientam a função social do conhecimento: a) adotar uma perspectiva crítica requer posicionar-se contra o colonialismo do saber e reconhecer que os outros são sujeitos de conhecimento assim como nós; b) considerar os seres humanos como sujeitos concretos, que procuram satisfazer diariamente suas

necessidades na dinâmica da vida cotidiana; c) pensar e atuar no presente, reconhecendo a complexidade dos dilemas e desafios impostos pela realidade, a fim de criar condições teóricas e práticas que viabilizem o enfrentamento aos processos que dividem e hierarquizam indivíduos e grupos populacionais. Como assevera o autor, nem toda teoria tem como exigência que todas as pessoas vivam de forma digna. Teorias comprometidas com os direitos humanos e a justiça social procuram potencializar que seres humanos concretos se apropriem dos recursos materiais e imateriais para a satisfação de suas necessidades e, assim, possam desenvolver suas capacidades com autonomia e liberdade.

Herrera Flores (2009) propõe um esquema visual para a compreensão da ética dos direitos humanos. O ‘diamante ético’ (figura 6.1) constitui uma imagem metodológica que possibilita identificar as relações de interdependência dos componentes que definem os direitos humanos. O diamante representa a complexidade do tema por ser uma figura tridimensional, com vários pontos em conexão e que, à medida, que é movimentado, possibilita diferentes perspectivas. Assim como o diamante é produto do tempo e de forças geológicas, os direitos humanos são historicamente lapidados pelas lutas sociais em prol da dignidade humana, que constitui o centro para o qual convergem todos os eixos.

Figura 6.1 – Diamante ético dos direitos humanos



Fonte: Herrera Flores (2009, p. 118).

Segundo Herrera Flores (2009, p. 118-121), o eixo material congrega categorias práticas: as forças produtivas (o que produz bens/serviços); relação social de produção (aspectos que determinam o modo de acesso a bens/serviços); disposições (consciência do lugar ocupado no acesso a bens/serviços); historicidade (contextos, causas e atores que mobilizam a dinâmica social); desenvolvimento (processo atual de criação de condições sociais, culturais, econômicas); práticas sociais (formas de organizar a ação a favor ou contra uma situação). Esse eixo é entrecruzado pelo eixo conceitual, constituídos por categorias teóricas: as teorias (formas de observar e explicar); os valores (preferências individuais ou coletivas que permitem as relações sociais); posição (lugar que ocupa na sociedade e determina o acesso a bens); espaço (físico e simbólico onde ocorrem as disputas por hegemonia); narrações (discursos que definem como participar das relações sociais); instituições (conjunto de normas que indicam como resolver conflitos e satisfazer expectativas)⁴¹. Ao prefaciar a obra de Herrera Flores, Flávia Piovesan salienta a contribuição do autor para dimensão praxiológica dos direitos humanos:

A ética dos direitos humanos é a ética que vê no outro um ser merecedor de igual consideração e profundo respeito, dotado do direito de apropriar-se e desenvolver as potencialidades humanas de forma livre, autônoma e plena. É a ética orientada pela afirmação da dignidade e pela prevenção do sofrimento humano. Daí a importância do brilho convidativo do “diamante ético” dos direitos humanos como marco pedagógico e de ação, como pretende o autor. (PIOVESAN, 2009, p. 15).

A concepção de justiça reprodutiva dialoga com a proposta crítica de Herrera Flores sobre os direitos humanos. Pois ambas as abordagens permitem conectar organização política e trabalho teórico em uma concepção que integra as necessidades individuais das mulheres e a oferta de serviços de atenção à saúde (saúde reprodutiva); as lutas por garantias jurídicas e a implementação de ações que viabilizem o exercício da sexualidade e da reprodução com autonomia e segurança (direitos reprodutivos); e o reconhecimento de que os sistemas de valores dominantes baseados no sexo, raça/cor, classe social, entre outros, interagem e geram opressões reprodutivas interseccionais (justiça reprodutiva). Esses eixos de poder/subordinação produzem diferentes experiências reprodutivas que variam conforme a posição social ocupada por cada mulher ou grupo de mulheres no contexto social, econômico e cultural no qual

⁴¹ Para o autor, o diamante ético constitui uma proposta pedagógica para orientar os sentidos da investigação e da práxis relacionadas aos direitos humanos, uma metodologia que permite visualizar os direitos “desde múltiplas visões, todas elas contextualizadas e situadas”. No ensino e na prática, Herrera Flores afirma que, dentre as várias possibilidades de combinar os eixos que compõem o diamante, é possível escolher relações concretas entre os diferentes elementos, entrecruzar camadas inteiras ou entrecruzar diferentes camadas. (HERRERA FLORES, 2009, p. 139).

vivem. As políticas de saúde e as práticas assistenciais podem contribuir para reduzir as desigualdades que afetam o acesso aos cuidados de saúde, especialmente, ao alcançar àquelas mulheres que estão à margem e que mais sofrem com as opressões interseccionais. Desse modo, compreendemos que avaliação em saúde, como espaço político e acadêmico, tem potencial para identificar as lacunas que podem gerar iniquidades nos programas e serviços, bem como recomendar ações eticamente comprometidas com a promoção da justiça reprodutiva.

6.4 POR UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE REPRODUTIVA

A avaliar significa realizar um julgamento de valor sobre algo de acordo com certos parâmetros e em determinado contexto. Trata-se de uma atividade que perpassa a vida cotidiana como processo reflexivo inerente ao exame de decisões e atitudes tomadas. Como espaço acadêmico e profissional, a avaliação desenvolveu-se como área que congrega conceitos, métodos, técnicas e práticas específicas, mas que possui caráter transdisciplinar, pois ao mesmo tempo em que se alimenta de áreas como administração pública, economia, epidemiologia, direito, fornece ferramentas analíticas para outras áreas. Além de transversal a várias áreas do conhecimento, a avaliação desenvolve-se no entrelaçamento entre o campo acadêmico e campo burocrático, tendo em vista a dinâmica que se estabelece entre a produção de estudos e pesquisas sobre problemas sociais e a elaboração de intervenções pelo poder público e/ou por organizações da sociedade civil (BROUSSELLE *et al*, 2011; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; SAMICO *et al*, 2010).

A avaliação é entendida como um aspecto do processo mais amplo que abrange desde o reconhecimento de um problema com parte da agenda pública, as disputas pela definição de objetivos e estratégias; execução das ações, monitoramento dos processos e resultados até o julgamento da intervenção no sentido de melhorar seu desempenho. De acordo com Maria Cecília de Sousa Minayo (2005, p. 24), “a avaliação não é um evento isolado, mas sim um processo, em que se integram avaliadores e avaliados em busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições”.

Um problema adquire relevância coletiva quando atores políticos reconhecem que uma situação pode ser modificada. Na perspectiva feminista, a busca por solucionar problemas mobiliza a práxis da interseccionalidade, “e os tipos de problemas sociais gerados pelos sistemas interseccionais de poder prestam-se ao conhecimento desenvolvido pela práxis”, isto é, teoria e ação complementam-se um ao outro na definição de intervenções (COLLINS;

BILGE; 2021, p. 34). Conforme Leonardo Secchi (2017, p. 10), um problema é definido quando o *status quo* é considerado inadequado ante uma expectativa de que é possível melhorar a realidade observada. O enfrentamento a um problema público ocorre mediante ações interventivas conduzidas por agentes plurais - estatais ou não.

Uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Em todo sistema organizado de ação, são encontrados cinco componentes: uma estrutura [física, organizacional, simbólica], atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades, e enfim, um ambiente. (CHAMPAGNE *et al*, 2011, p. 45).

O conceito de intervenção social abarca situações complexas que demandam a atuação de diferentes níveis de organização social, tais como: organismos internacionais, instituições governamentais, associações, entidades e coletivos da sociedade civil. Como destacado por Minayo (2005, p. 20), “do ponto de vista ético, a avaliação das intervenções sociais se dirige para mudanças que precisam ser construídas no chão da realidade social”. Nesse sentido, as avaliações são orientadas por anseios de enfrentamento a desigualdades e melhoria das condições de vida de grupos, comunidades e populações. Os processos avaliativos, quando comprometidos com valores democráticos, tem o potencial de fomentar espaços de diálogo e aprendizagem coletivos para subsidiar a tomada de decisão.

Diante disso, defende-se que a avaliação de intervenções sociais converge com os pressupostos da teoria feminista e da teoria crítica dos direitos humanos. Os conceitos de interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva – trabalhados anteriormente – podem corroborar para que as avaliações possam identificar os grupos populacionais que sofrem mais obstáculos para acessar bens e serviços básicos, bem como, propor recomendações para a redução das iniquidades constatadas. Nesse sentido, tanto a teoria feminista quanto a teoria crítica dos direitos humanos destacam que a produção de conhecimentos precisa começar “de baixo para cima”, ou seja, a partir da investigação sobre as necessidades que as pessoas têm e quais as barreiras concretas que elas enfrentam para satisfazê-las com dignidade. É o que se destaca nos trechos selecionados abaixo:

A interseccionalidade aborda poderosamente as violações dos direitos humanos e nos ajuda a abandonar as abordagens de questão única e de cima para baixo. Ele fornece um caminho para alianças de questões cruzadas para alcançar mudanças

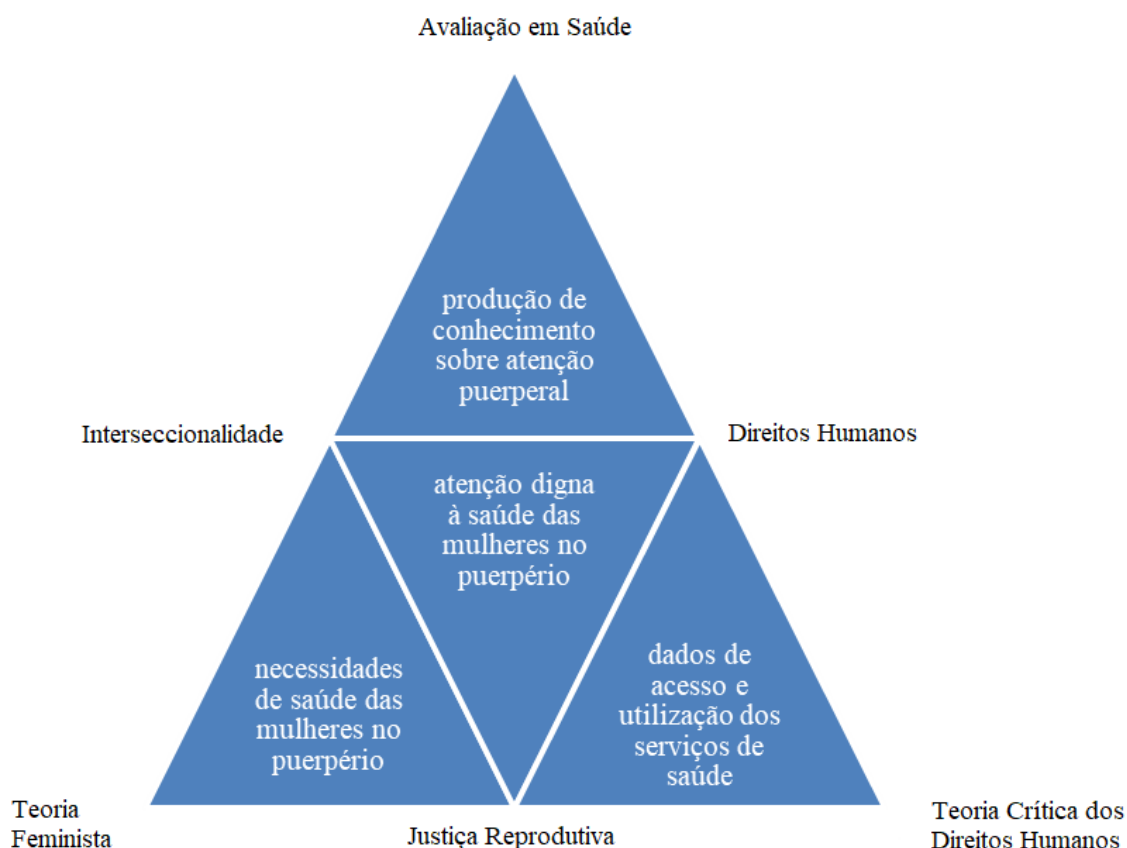
sistêmicas e institucionais, porque os sistemas de opressão interagem entre si⁴². (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 74-75, tradução nossa).

[...] os direitos dos indivíduos não somente se reduzem às liberdades de pensamento, mas se estendem necessariamente às condições sociais, econômicas, políticas e culturais com as quais e nas quais nos relacionamos. Devemos, então, partir de uma reflexão que comece do “outro concreto”, dos seres humanos de carne e osso que lutam diariamente por satisfazer as suas necessidades e saciar as suas carências. Somente desde esse outro concreto se poderão ir construindo as bases para chegar ao “outro generalizado”, isto é, ao ser humano como entidade global – humanidade- e como ser dotado de capacidade abstrata para lutar por sua particular concepção de dignidade humana. (HERRERA FLORES, 2009, p 103).

Conceber o percurso do conhecimento de “baixo para cima” dialoga com a pluralidade de técnicas metodológicas. A avaliação por triangulação de métodos é uma abordagem, segundo Minayo (2005) que utiliza recursos mistos, quantitativos e qualitativos, para analisar como as estruturas, processos e produtos de uma intervenção interagem para atingir certos resultados em face dos objetivos delineados. A triangulação, aplicada aos processos avaliativos, possibilita integrar o trabalho de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, agregar aspectos objetivos e subjetivos, propiciar a participação e a interação entre as pessoas envolvidas com os diversos níveis da intervenção, empregar múltiplos procedimentos e técnicas de coleta e tratamento de dados. A figura 6.2 traz um exemplo de avaliação por triangulação, construído com base no percurso de pesquisa realizado nesta tese.

Figura 6.2 – Esquema da pesquisa por triangulação aplicada à avaliação da atenção puerperal no Brasil

⁴² “Intersectionality powerfully addresses human rights violations and help us move away from single-issue and top-down approaches. It provides an avenue for cross-issue alliances to achieve systemic, institutional changes because systems of oppression and interact with each other”. (ROSS; SOLINGER, 2017, p. 74-75).



Fonte: A autora.

A triangulação viabiliza a apreensão da complexidade da realidade, composta por elementos subjetivos (percepção, significados, representações, etc.) e elementos objetivos (dados de frequências, proporções, indicadores, etc.). Dessa forma, a avaliação por triangulação de teorias e métodos oferece perspectivas diferentes e complementares sobre uma intervenção social. Intervenções sociais - sejam elas políticas públicas, programas, projetos, serviços – que tenham como foco a saúde reprodutiva das mulheres podem se beneficiar da avaliação por triangulação.

Sob esse arcabouço metodológico e prisma teórico, esta pesquisa iniciou – de “baixo para cima” – com a análise dos relatos de mulheres que registram percepções sobre o puerpério, as práticas de cuidados e suas dificuldades. Ao retomar a figura 6.2, os dois primeiros capítulos da tese estão contemplados no triângulo esquerdo que compõe a base. Ao caracterizarmos o puerpério, procuramos identificar as necessidades de saúde evidenciadas pelas mulheres com o intuito de demonstrar que o período pós-parto possui uma pertinência

de caráter público que demanda intervenções – políticas, programas e serviços – pautadas pela promoção da justiça reprodutiva.

Por sua vez, o triângulo que está à direita da base da figura 6.2 refere-se aos dados de acesso e utilização do serviço de saúde, discutidos nos Capítulos 3 e 4. A análise da produção do conhecimento sobre a atenção puerperal – realizada no Capítulo 5 e presente no artigo publicado por Bourguignon, Hartz e Moreira (2021) – está representada no triângulo que está na parte de cima da figura 6.2.

A partir da triangulação teórica entre interseccionalidade, teoria crítica dos direitos humanos e justiça reprodutiva, propomos uma abordagem crítica para avaliação em saúde, tendo como elemento central, constante na figura 6.2, a atenção digna à saúde das mulheres no puerpério. Defende-se esta perspectiva crítica na avaliação em saúde a partir das seguintes considerações anteriormente discutidas:

- O reconhecimento de que gênero, cor/raça e classe social constituem eixos de poder/subordinação interseccionais que afetam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.
- A experiência das opressões interseccionais não é homogênea entre as mulheres: cada mulher ou grupo de mulheres sentem os efeitos dessas opressões de maneiras diferentes, de acordo com o contexto no qual elas vivem.
- Intervenções sociais - tais como políticas, programas e projetos - podem reproduzir os mecanismos de opressão ou promover ações de enfrentamento às iniquidades no acesso e utilização de serviços básicos de saúde.
- Os direitos sexuais e reprodutivos são uma dimensão dos direitos humanos, viabilizados por meio de intervenções sociais - comprometidas com a justiça reprodutiva - que propiciam o substrato necessário para o enfrentamento às desigualdades e o exercício da cidadania.
- O entendimento de que as avaliações de intervenções voltadas para as mulheres demandam um enquadramento específico, que considere a interseccionalidade como ferramenta analítica para identificar e enfrentar os mecanismos de subordinação que afetam as mulheres distintamente.
- O arcabouço teórico da justiça reprodutiva pode corroborar o desenvolvimento de estudos e práticas de avaliação em saúde da mulher, comprometidos eticamente com um projeto de sociedade que almeja que as mulheres tenham

autonomia e liberdade para exercerem o direito de decidir se querem ou não, quando e como ter filhos/as, bem como, para que tenham condições dignas para exercer o direito à maternidade em ambientes seguros e saudáveis.

Esses pressupostos estão alinhados a uma concepção de avaliação pluralista, comprometida com o aprimoramento das intervenções sociais para a melhoria das condições de vida das mulheres e a promoção da justiça social. Os conceitos e técnicas da avaliação em saúde são reconfigurados mediante o referencial do feminismo negro e da teoria crítica dos direitos humanos. As avaliações têm o potencial de reconhecer como os eixos de poder/subordinação interseccionais afetam o acesso e a utilização de serviços de saúde para mulheres grávidas e puérperas; se e como os serviços alcançam os segmentos populacionais mais vulneráveis; e se o contexto no qual o programa se desenvolve é favorável ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Essas e outras questões norteadoras, sustentadas pela teoria feminista e pela teoria crítica dos direitos humanos, podem contribuir com desenhos de avaliações comprometidas com o enfrentamento das iniquidades em saúde, para ampliação da proteção dos direitos humanos das mulheres, rumo à justiça reprodutiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese tem a interdisciplinaridade como fio condutor, em consonância com a proposta pedagógica do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. A abertura epistemológica para uma visão interdisciplinar sobre a atenção à saúde da mulher no período pós-parto no Brasil utilizou como estratégia a triangulação de teorias e métodos de pesquisa, o que possibilitou o diálogo com a sociologia, a saúde coletiva e o direito.

A partir de uma vertente crítica, este estudo buscou respostas ao seguinte problema de pesquisa: quais as condições de atenção à saúde das mulheres no período pós-parto no Brasil? Este problema norteou a investigação sobre a situação da assistência puerperal no país, tendo em vista a implantação da política de humanização no ano 2000, que estabeleceu a assistência puerperal como um componente da linha de cuidados integrais às gestantes brasileiras. A análise circunscreveu o processo de implementação da política de humanização da assistência obstétrica e neonatal até 2019. Isso porque a emergência da pandemia de COVID-19, que impactou o Brasil desde fevereiro de 2020, afetou as demandas, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e demanda avaliações específicas.

Cada capítulo foi constituído por metodologias distintas - ora com enfoque qualitativo ora quantitativo - que dialogam e se complementam na concepção teórica da interseccionalidade e na abordagem crítica dos direitos humanos. Ao vislumbrar os capítulos em retrospecto, o convite é imaginar o trabalho como um prisma, cujo centro é a atenção pós-parto no Brasil, mas que ao ser movimentado oferece perspectivas diferentes e complementares. Esse prisma tem como eixos teórico-metodológicos as concepções de justiça reprodutiva e de interseccionalidade formuladas pelo feminismo negro, a teoria crítica dos direitos humanos e a avaliação em saúde (figura 6.2).

O estudo que compõe o capítulo de abertura da tese responde ao objetivo específico de compreender os significados atribuídos pelas mulheres ao puerpério e aos cuidados nessa fase. O Capítulo 1 resulta da análise qualitativa das entrevistas com 21 mulheres, cujos partos ocorreram no município de Ponta Grossa-PR nos anos 2015, 2016 e 2017. A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar três categorias centrais, cada qual com três subcategorias: a) a mulher: corpo, retorno às atividades sexuais, frustrações e ambivalências; b) a mulher e o bebê: primeiras mamadas, regulação da produção de leite, ajuda para amamentar, c) a mulher e sua rede de cuidados: cuidados profissionais, falta de cuidado, cuidados familiares.

O estudo qualitativo mostra experiências e percepções compartilhadas por mulheres em estágio puerperal, e demonstra que os cuidados prestados nesse período merecem atenção multidimensional, isto é, que contemplem as necessidades físicas, emocionais e sociais das mulheres de apoio e cuidado. As mulheres buscam atendimento a suas necessidades contando com auxílio de sua rede primária (familiar e comunitária) e da rede secundária (assistência profissional e institucional). Nos contatos com a rede secundária, as mulheres relataram divergências entre modelos distintos de atenção à saúde, principalmente entre o modelo biomédico e o modelo humanizado no que concerne à assistência ao parto e à amamentação.

No puerpério, as mulheres revisitam suas memórias, refletindo sobre os caminhos que culminaram na gravidez, no tipo de parto, na maternidade. No espaço da reflexividade, emergem conflitos íntimos diante da representação de que a mulher está biologicamente moldada para conceber, amamentar, amar e cuidar de seu bebê. Essa representação contrasta com experiências nas quais as mulheres relatam frustração por não conseguirem parir e amamentar da forma como gostariam, realizar os cuidados de si e da criança, de identificarem-se com o papel de mãe. A representação da mulher predestinada à maternidade também repercute na falta de acolhimento e de atenção às mulheres durante o puerpério. Após o parto, o foco dos cuidados pós-natais passa a ser a criança, o que contribui para a invisibilidade de questões relativas à saúde física e mental da mulher.

Após o primeiro momento qualitativo, o puerpério é abordado quantitativamente nos três capítulos subsequentes. A preocupação que direcionou a opção por esta abordagem foi a ausência de dados que pudessem dimensionar a atenção pós-parto em todo o território nacional. Os Capítulos 2, 3 e 4 respondem ao objetivo específico de analisar dados sobre a atenção puerperal no Brasil e suas iniquidades.

O Capítulo 2 expõe os resultados de um estudo sobre os níveis de percepção de dor pelas brasileiras após o parto. Esta análise é amparada pelos achados da pesquisa Nascer no Brasil, que entrevistou mulheres de todas as regiões do país e indagou sobre a intensidade de dor após o parto no períneo/vagina, corte da cesárea e mamas/bico do seio. Mediante operações estatísticas e com o apoio do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (Ensp/Fiocruz), foi possível verificar que a experiência da dor após o parto atinge a maior parte das brasileiras.

Mais da metade das entrevistadas relataram dor nas mamas e/ou no bico do seio. Na comparação por tipo de parto, a sensação de dor foi mais mencionada por aquelas que fizeram cesariana do que entre aquelas que fizeram parto vaginal. Os fatores sociodemográficos associados à dor pós-parto diferem conforme o tipo de parto. A percepção de dor perineal foi

mais frequente entre mulheres brancas, com maior escolaridade, melhor situação econômica e atendidas pelo setor privado durante o pré-natal e o parto, o que pode estar relacionado a mais intervenções no parto. Ao passo que a percepção de dor nos pontos da cesárea foi mais frequente entre mulheres pretas, com menor escolaridade e pior situação econômica, o que pode estar relacionado com acesso inadequado a métodos farmacológicos para manejo da dor. Esses achados indicam que fatores como cor/raça, classe econômica, escolaridade e idade estão associadas a desigualdades nos cuidados obstétricos ofertados no país, tanto em relação às intervenções realizadas durante o parto, quanto aos aspectos relativos ao manejo da dor durante e após o parto.

O Capítulo 3 apresenta uma síntese avaliativa de trabalhos científicos que mediram o número de consultas puerperais realizadas nos serviços públicos de saúde no período de 2000 a 2019. Os resultados demonstram a invisibilidade do puerpério no campo acadêmico, tendo em vista a escassez de estudos e dados disponíveis sobre a cobertura da consulta puerperal. A compilação dos dados aponta que aproximadamente 42% das mulheres realizaram a consulta puerperal no período de seis semanas posterior ao parto. Ao combinar a consulta puerperal com outros indicadores de cuidados às gestantes preconizados pela política de humanização, as proporções reduziram para: 12%, em relação às mulheres que também fizeram no mínimo seis consultas de pré-natal; 8%, com a inclusão das consultas pré-natais mais os exames básicos; 7% para as mulheres que receberam as consultas pré-natais, exames básicos, sorologia para HIV e imunização antitetânica.

Na esteira de investigar o alcance das ações de atenção puerperal realizadas na atenção básica do SUS, o Capítulo 4 tem como fonte os microdados dos três ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017). Trata-se de uma análise longitudinal, na perspectiva das usuárias, sobre os fatores associados à realização da visita da agente comunitária de saúde na primeira semana pós-parto e da consulta puerperal em até seis semanas. O capítulo identifica e discute as iniquidades sociodemográficas que afetam o acesso aos serviços na atenção pós-parto no SUS.

A cobertura da consulta puerperal em até 42 dias pós-parto – considerando a média dos resultados do PMAQ-AB (2012; 2014; 2017) – foi de 55%, dado superior ao verificado na compilação de estudos revisados no Capítulo 3 e melhor que o resultado da PNDS-2006. Por outro lado, o PMAQ-AB restringe-se a mulheres que frequentam as unidades de saúde e, ainda sim, cabe ressaltar que 45% delas não fizeram a consulta pós-parto. As proporções de não realização da consulta puerperal são maiores entre as mulheres não brancas; com idade de 16 a 19 anos; com menor escolaridade; residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste;

em cidades com baixo índice de desenvolvimento socioeconômico, baixo índice de condições de saúde, e com pouca ou nenhuma estrutura de serviços de média e alta complexidade (GH4 e GH6).

Além das disparidades sociodemográficas, os dados indicam que há perda de oportunidade de atenção à mulher. Isso porque os percentuais de consulta da criança foram superiores à realização da consulta puerperal em todas as edições do PMAQ-AB. Na média, 61,9% das crianças tiveram a consulta na primeira semana de vida.

Em relação ao conteúdo da consulta puerperal, foi identificado um paradoxo. Na média 92,8% das entrevistadas disseram que a importância da amamentação foi abordada na consulta, em contraposição, apenas 47,3% disseram que as mamas foram examinadas. O Capítulo 2 demonstra que a maior parte das brasileiras sente dor nas mamas e/ou no bico do seio. E o Capítulo 1 mostra que, no início da amamentação, as mulheres precisam de apoio para lidar com as dores, adequar a pega, regular a produção de leite e encontrar profissionais capacitados para apoiar o aleitamento materno.

Os dados do PMAQ-AB oportunizam conhecimento sobre a visita da agente comunitária de saúde na primeira semana pós-parto. Na primeira edição do PMAQ-AB, 62,9% das entrevistadas confirmaram ter recebido a visita de ACS em sua residência, o dado caiu para 44,2% na última edição. A estratégia de focalização da visita de ACS pode ser percebida nas melhores proporções identificadas entre as participantes do Programa Bolsa Família; aquelas não alfabetizadas; residentes no Nordeste; e em municípios classificados como GH4 e GH6. Não foram identificadas diferenças significativas segundo cor/raça no que tange a visita de ACS. Os dados indicam que ações focalizadas - como a visita de ACS - atingem público mais vulnerável em termos sociodemográficos, e que difere das tendências encontradas nos dados sobre consulta puerperal.

O objetivo específico de revisar o conhecimento produzido na área de avaliação em saúde sobre atenção pós-parto no Brasil foi contemplado na revisão bibliométrica de 42 artigos científicos publicados de 2000 a 2019, constante no artigo de Bourguignon, Hartz e Moreira (2021) e na discussão realizada no Capítulo 5.

O capítulo recupera a trajetória dos direitos humanos na política de saúde para as mulheres na gestação, parto e pós-parto em cotejamento com o percurso histórico de reconhecimento dos direitos das mulheres em âmbito internacional. Aborda a morbimortalidade materna como problema público que demanda a intervenção do Estado por meio da garantia de direitos humanos e de políticas sociais. E sob este diapasão, revisa os artigos de avaliação da atenção pós-parto no Brasil com enfoque nas categorias de direitos

humanos mencionados: direitos de cidadania, direito à assistência integral à saúde da mulher, direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, direito ao nascimento e crescimento saudáveis. A maioria dos estudos revisados sequer menciona a palavra “direito”, o que subsidia a necessidade de mais pesquisas que explorem a interface entre saúde reprodutiva, direitos humanos e justiça social.

Todos os resultados que emergiram do processo da pesquisa, dos dados analisados, da literatura e dos documentos estudados culminam nas reflexões presentes no Capítulo 6. A perspectiva metodológica do empírico para o abstrato circunscreve e atende o objetivo específico de sistematizar uma reflexão teórico-metodológica sobre avaliação da atenção puerperal no Brasil, fundamentada nas potencialidades analíticas da interseccionalidade, da perspectiva feminista e crítica dos direitos humanos e da justiça reprodutiva.

O percurso desta tese demonstra que a invisibilidade da mulher no período pós-parto constitui uma categoria que perpassa todos os resultados. Essa invisibilidade manifesta-se de várias formas:

- a representação da mãe obscurece a subjetividade da mulher que desempenha a função social da maternidade;
- as violências e abusos obstétricos sofridos no parto têm impactos no puerpério, causam dor, sofrimento e dificultam a relação da mulher com seu bebê;
- perde-se a oportunidade, na atenção puerperal, de identificar e tomar providências quanto às violações de direitos sofridas pelas mulheres durante o parto;
- ausência de dados e indicadores de monitoramento sobre a atenção pós-parto;
- falta de dados e indicadores que permitam identificar as desigualdades de acesso entre grupos de mulheres por características sociodemográficas;
- contradição entre a alta cobertura do pré-natal no país e as baixas coberturas da consulta puerperal e da visita domiciliar identificados em nosso estudo;
- as iniquidades relativas à cor/raça, grau de instrução, região do país, idade, entre outras, afetam o acesso e a utilização dos serviços de atenção obstétrica;
- produção incipiente sobre avaliação da atenção puerperal, de modo que as lacunas no conhecimento geram obstáculos para identificar, nomear e dar visibilidade aos problemas de saúde relativos às mulheres no puerpério;

- a falta de continuidade dos cuidados após o parto revela a preponderância da fragmentação da assistência e da redução da saúde da mulher a sua condição de reprodutora, características do modelo tecnocrático.

Com essas considerações sobre os resultados apresentados nesta tese, concluo que a política de humanização da assistência obstétrica e neonatal, da forma como foi desenhada, não implementou adequadamente a equidade e a integralidade no componente atenção pós-parto. A constatação permite ratificar os pressupostos de pesquisa esboçados no início do trabalho e defender a tese:

A política de humanização, apesar das melhorias na atenção à saúde reprodutiva da população feminina, é insuficiente para atender as necessidades de saúde das mulheres no puerpério e combater as iniquidades no acesso e utilização dos serviços de atenção básica, responsáveis pela atenção pós-natal. De modo que os limites e fragilidades da política de humanização acentuam a invisibilidade da mulher no puerpério.

Ao afirmar que o modelo de humanização proposto na política pública de saúde é insuficiente, parto da compreensão que as opressões de gênero que atingem as brasileiras nos serviços de saúde não são uniformes e homogêneas. Pois a opressão de gênero pode ser intensificada e conjugada a outras opressões, como o racismo estrutural que permeia as relações sociais no Brasil. Do mesmo modo que a humanização da atenção obstétrica e neonatal pode ser utilizada como um eufemismo para a violência obstétrica, a humanização pode ser usada para invisibilizar as iniquidades entre grupos de mulheres para acessar os serviços de saúde e obter uma atenção pós-parto adequada.

Foi com essa preocupação que escrevi o sexto capítulo deste trabalho, como um exercício de abstração para pensar em uma perspectiva teórica que subsidie avaliações de serviços de saúde para as brasileiras sob o prisma da interseccionalidade entre gênero, raça, classe; da interdependência entre saúde reprodutiva, direitos reprodutivos e justiça reprodutiva; e da teoria crítica dos direitos humanos, para a qual os direitos são processos de luta por acesso a bens e serviços necessários para uma vida digna.

Para finalizar, espero que a análise crítica empreendida contribua para o fortalecimento da política pública de saúde da mulher, no sentido de sua adequação e melhoria para o atendimento das brasileiras que passam pela experiência do puerpério. Na conjuntura na qual estamos vivendo, num cenário pandêmico dificultado por políticas neoliberais e conservadoras, apresento este trabalho como um esforço de resistência e de esperança que se soma a outras/os pesquisadoras/es e ativistas em prol da manutenção das garantias jurídicas historicamente conquistadas.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2012. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Grupo Temático de Monitoramento e Avaliação de Programas, Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde** – GT de Avaliação. Composição. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtmonitoramentoeavaliacaodeprogramasepoliticadesaude/composicao/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Postpartum pain management. **ACOG Committee Opinion**, v. 132, n. 1, Jul. 2018, p. e35-e43. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/CO742.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Acesso em: 07 out. 2021.

ALMEIDA, Cristiane A. L; TANAKA, Oswaldo Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.1, p. 98-104, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de março de 2020.

ALMEIDA, Karlo J. Q. *et al.* Active health Ombudsman service: evaluation of the quality of delivery and birth care. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 76, p. 1-11, 2018 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100268&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2020.

AMARAL, Eliana *et al.* Timely implementation of interventions to reduce vertical HIV transmission: a successful experience in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 6, p. 357-364, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n6/357-364/#ModalArticles>. Acesso em: 20 mar. 2020.

ANDREUCCI, Carla Betina *et al.* Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2020.

ANDREUCCI, Carla Betina *et al.* Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 854-864, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021

ANTUNES, Alberto A. Como avaliar a produção científica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, suplemento 1, p. 17-19, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912015000800017&lng=pt. Acesso em: 02 jul. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: Anvisa, 2014.

ARAÚJO, Carlos A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 11-32, jan./jun. 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/16/5>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ARAÚJO, Elaine S.P. *et al.* Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 18, n.3, p. 252-260, maio/jun. 2014 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702014000300252&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

ARAÚJO, Maria de Fátima M.; OTTO, Ana Flávia; SCHMITZ, Bethsaída A.S. Primeira avaliação do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 3, n. 4, p. 411-419, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2020.

ARAÚJO, Maria de Fátima M.; SCHMITZ, Bethsaída A.S. Reassessment of Baby-friendly Hospitals in Brazil. **Journal of Human Lactation**, v. 23, n. 3, p. 246-252, 2007. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-247.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, fev. 2007. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 13 jan. 2020.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana A; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n.1, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

ASSIS, Thaís Rocha *et al.* Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.13, n.4, p. 843-853, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595/2326>. Acesso em: 07 abr. 2021.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. **Ponta Grossa, PR.**
Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ponta-grossa_pr>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup.2, p. S465-S469, set. 2003.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

AYRES, José Ricardo de C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2019.

BADINTER, Elizabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BAHRI, Deepika. Feminismo e/no pós-colonialismo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 659-688, mai-ago, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000200018/25791>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 2015.

BALDANI, Márcia Helena *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42 (spe1), set, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/145-162/pt/#>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BARATA, Rita. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009

BARATIERI, Tatiane. **Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região Sul do Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sônia. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104227&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

BARBETA, Pedro A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: UFSC, 2008.

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

BARRETO, Maurício L. O desafio de avaliar o impacto das ciências para além da bibliometria. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 834-837, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400834&lng=pt. Acesso em: 26 jun. 2020.

BARROS, Nelson F. *et al.* A produção de sínteses com evidências qualitativas: uma revisão de métodos e técnicas. CAMPOS, Rosana O.; FURTADO, Juarez P. **Desafios da Avaliação de Programas e Serviços em Saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011, p. 119-133.

BERNARDI, Mariely C.; CARRARO, Telma E. Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 142-150, jan/mar, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100142&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mar. 2020.

BEZERRA, Luciana C. A.; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cintia K. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, Isabella *et al.* **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p. 65-78.

BEZERRA, Luciana C.A. *et al.* Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. **Physis**, v. 29, n. 1, p. 1-33, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290112/pt>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BITTENCOURT, Sonia D. A. *et al.* Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, p. 1-11, out. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v54/pt_1518-8787-rsp-54-100.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

BOCCOLINI, Cristiano S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

BOURGUIGNON, Ana Maria. **Humanização do Parto e Nascimento: os discursos construídos nas teses e dissertações brasileiras**. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política), Florianópolis, USFC, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/132746/333150.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 19 jun. 2020.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Márcia. A emergência do discurso de humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras (1987-2012). **Publicatio UEPG – Ciências Sociais Aplicadas**, v. 24, n. 3, p. 345-356, set./dez. 2016. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/sociais/article/view/8951/5552>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Márcia. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1230-1245, out./dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401230&lng=pt. Acesso em: 02 jul. 2020.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Márcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio

de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 485-502, abr. /jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYj7Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOURGUIGNON, Ana Maria; PONTES, Felipe S.; WERNER, Rosiléa C. Do movimento para a pesquisa: o Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde Reprodutiva, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos. In: BIANCHI, Graziela; WOITOWICZ, Karina J; ROCHA, Paula M. **Gênero, Mídia e Lutas Sociais**: percepções críticas e experiências emancipatórias. Ponta Grossa (PR): Editora UEPG, 2018, p. 143-155.

BOURGUIGNON, Ana Maria; HARTZ, Zulmira; MOREIRA, Dirceia. Vigilância Sanitária e Segurança da Atenção Materna e Neonatal: proposta de modelo lógico. **Vigilância Sanitária em Debate**: sociedade, ciência e tecnologia, v. 8, n. 4, p. 65-73, nov. 2020. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1657/1260>. Acesso em 30 nov. 2020.

BOURGUIGNON, Ana Maria; HARTZ, Zulmira; MOREIRA, Dirceia. Avaliação de programas de atenção pós-parto no Brasil: perfil bibliométrico da produção científica (2000-2019). **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 915-931, jul./set. 2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2021/09/RSD130-web.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

BOURGUIGNON, Ana Maria; WERNER, Rosiléa; PONTES, Felipe. Expressões da violência obstétrica no Relatório da CEI das Maternidades de Ponta Grossa-PR (2016). **Revista Direito e Sexualidade**, v. 2, n. 2, p. 102-121, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/43695/25702>. Acesso em 16 dez. 2021.

BOURGUIGNON, Jussara A.; OLIVEIRA JÚNIOR, Constantino R. de. **Pesquisa em Ciências Sociais**: interfaces, debates e metodologias. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2012.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 01 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto:** Humanização no pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de fevereiro de 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 29 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2018. Aprova, na forma de anexo desta Portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de junho de 2002c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 29 ago. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 – Altera a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 de abril de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e Puerpério:** Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico. 3ª Edição Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em 01 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna** 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 de dezembro de 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, fevereiro de 2007c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em 29 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Data SUS. **Definições**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm. Acesso em 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ denominado PAB Variável. Brasília, 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 20 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo – Anexo. Ficha de Qualificação dos Indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dicionário das Variáveis PMAQ**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 21 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645 de 2 de Outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 out. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: idsus.saude.gov.br/documentos.html. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016 - Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo – Terceiro ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 02 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais perto de você**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica** [apresentação]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: [189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/Apresentacao_PMAQ.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf). Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Mortalidade materna no Brasil, 2009-2019. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 29, p. 6 ago. 2021a, p. 13-23. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/9/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SISNASC. **Nascimentos por tipo de parto (2000-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

BRAUN, Maria L.G. *et al.* Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. **American Journal of Public Health**, v. 93, n.8, p. 1277-1279, ago/2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447954/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Dicionário Técnico de Psicologia**. 14 ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CALDEIRA, Antônio P.; GONÇALVES, Eduardo. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-132, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/en_v83n2a06.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

CAMARGO, Brígido V; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Geocapes - Sistema de Informações Georreferenciadas**. Brasília, DF: Capes, 2020. Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/#>. Acesso em: 30 jun 2020.

CARDOSO, Letícia O. *et al.* The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 147-153, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3997/399738160010.pdf>. Acesso em 19 maio 2020.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. **Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 271-289.

CARRAPATO, Pedro; CORREIRA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>>. Acesso em: 7 out. 2021.

CARVALHO, José M. **Cidadania no Brasil: o longo percurso**. 23 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAVALCANTI, Pauline C. S. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

CEPAL-NAÇÕES UNIDAS. Divisão de Assuntos de Gênero. Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe. **Mortalidade Materna**. Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2021a. Disponível em: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/mortalidade-materna>. Acesso em: 12 out. 2021.

CEPAL-NAÇÕES UNIDAS. Cepalstat. **Razón de Mortalidad Materna** (dados nacionales reportados a la OPS). Santiago de Chile: CEPAL-ONU, 2021b. Disponível em: <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=2912&idioma=e>. Acesso em: 12 out. 2021.

CERVI, Emerson. Urizzi. Métodos quantitativos nas ciências sociais: uma abordagem alternativa ao fetichismo dos números e ao debate com qualitativistas. In: BOURGUIGNON, Jussara A. **Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2009, p. 125-144.

CHAMPAGNE, François *et al.* Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.

CHAMPAGNE, François *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.

CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; TANON, Anaïs. Utilizar a Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. 2. impr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 241-261.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

COIMBRA, Alexandre. **Aula Zero** [aula online síncrona]. Curso Psicologia do Puerpério. Uberlândia, Instituto Araripe, 6 de abril de 2018.

COLLEEN STANTON, M. *et al.* The nature of maternal postnatal pain. **Journal of Perinatal Education** v. 8, n. 2, p. 1-10, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431765/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 06/2006** – Para entender o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: CONASS, 2006.

CORREA, Maria Suely M. *et al.* Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 4, n. 7, p. 416-426, maio 2014. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=46496>. Acesso em: 11 fev. 2020.

CORREA, Maria Suely M. *et al.* Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2018.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1/2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.

COSTA, Jurandir F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, Andréa V. M. *et al.* Vivência das mulheres sobre a episiotomia. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 50-55, jan/abr. 2012. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/709>. Acesso em: 13 set. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. HARTZ, Zulmira (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

COUTINHO, Sonia B. *et al.* The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 471-477, 2005. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/05-81-06-471/ing.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

CRAVEIRO, Isabel; HARTZ, Zulmira. Avaliação do papel das redes de investigação na translação do conhecimento. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**. v. 15, supl2, p. S35- S40, 2016. Disponível em:

<http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais2016-suplemento2/files/assets/basic-html/page-35.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, v. 10, n.1, p. 171-188, jan./jun. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf>. Acesso em 03 ago. 2021.

CRUZ, Marly M.; OLIVEIRA, Sídia R.A.; CAMPOS, Rosana O. Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 657-667, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300657&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 jul. 2020.

DAVID, Grazielle C., SHIMIZU, Helena E.; SILVA, Everton N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, 2015, p. 232-245. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005512>>. Acesso em: 02 mai. 2021.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.71, supl.1, p.S5-S23, 2001. Disponível em: <<http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2017/02/Davis-Floyd-2001-The-Technocratic-Humanistic-and-Holistic-Models-of-Birth.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

DINIZ, Carmen Simone G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Pós-Graduação em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano** [online], v. 19, n. 2, p. 313-326. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>>. Acesso: mai. 2021.

DOMINGUES, Rosa M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022. 2015;37(3):140–7.

DOMINGUES, Rosa M. S. M. *et al.* Utilização de serviços de saúde ambulatoriais no pós-parto por puérperas e recém-nascidos: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 5, p. 1-17, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000505008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021

DONATH, Orna. **Mães arrependidas**: uma outra visão da maternidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2018.

ENDERLE, Cleci de F. *et al.* Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n.3, mai/jun, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf. Acesso em: 13 jan. 2018.

ENSP/FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre o parto e nascimento (2011 a 2012). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2019.

FELISBERTO, Eronildo, SAMICO, Isabella. I Encontro Luso-Brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento: Papel do IMIP e destaques temáticos. Editorial convidado. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v. 15, (supl2), p. S7- S8, 2016. Disponível em: <http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais2016-suplemento2/files/assets/basic-html/page-7.html#>. Acesso em 20 jun. 2020.

FERNANDES, Antônio Alves Tôrres *et al.* Leia este artigo se você quiser aprender regressão logística. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, n. 74, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987320287406en>. Acesso em: 03 maio 2022.

FERNANDES, Bruna de Castro. **Cuidado pré-natal e puerperal na rede atenção básica à saúde do estado de Goiás**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

FERNANDES, Gisele C. M.; BOEHS, Astrid E.; RUMOR, Pamela C. F. Rotinas e Rituais Familiares: implicações para o cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 866-871, 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18334/pdf>. Acesso em 22 jan. 2019.

FERREIRA, Maria L. R. **As Mulheres na Filosofia**. Lisboa: Edições Colibri, 2009.

FERREIRA, Aparecida de J.; SCHIMANSKI, Édina; BOURGUIGNON, Jussara A. A triangulação como recurso metodológico na pesquisa social. In: BOURGUIGNON, Jussara A.; OLIVEIRA JUNIOR, Constantino. R (Org.). **Pesquisa em Ciências Sociais**: interfaces, debates e metodologias. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2012, p. 129-150.

FIGUEIREDO, Angela. Epistemologia insubmissa feminista negra decolonial. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 12, n. 29, p. 1-24, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5965/2175180312292020e0102>. Acesso em: 6 dez. 2021.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FRAGELLI, Camila M.B. *et al.* Eficiência de um grupo de sala de espera na adesão do aleitamento materno exclusivo. **Odonto**, v. 19, n. 38, p. 123-129, jul/dez 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/2523/0>. Acesso em 05 fev. 2020.

FRANCISQUINI, Andréa R. *et al.* Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p.743-751, out/dez 2010. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13826/7193>. Acesso em: 22 jan. 2019.

FRIAS, Paulo G. de *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, Isabella *et al* (org.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.

FURTADO, Juarez P.; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30n12/2643-2655/pt>. Acesso em 26 jun. 2020.

FURTADO, Juarez P. *et al.* Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/#>. Acesso em 02 jul. 2020.

GELEDÉS; CFMEA. Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional. São Paulo: Geledés; Brasília: Cfmea, 2013. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>. Acesso em 17 dez. 2021.

GOMES, Romeu *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília. S; ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edinilsa R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 185-221.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Org. Flávia Rios; Márcia Lima. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRANGEIRO, Gisele R; DIÓGENES, Maria A; MOURA, Escolástica R. F.. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-111, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

GRISOTTI, Márcia. Representações sociais em saúde: soma de propriedades individuais ou propriedades emergentes? **Cadernos CERU**, v. 15, p. 233-247, jan. 2004. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/75334>. Acesso em: 15 mar. 2019.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A Saúde Coletiva entre discursos e práticas**: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

GUIMARÃES, Reinaldo. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009. p. 7-8.

GUSMAN, Christine R. *et al.* Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 4/5, p. 365-370, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/pt>. Acesso em: 05 fev. 2020.

HARTZ, Zulmira *et al.* Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Zulmira (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 89-131.

HARTZ, Zulmira. Prefácio. In: SANTOS, Elizabeth M.; CRUZ, Marly M. da (org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle e processos endêmicos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2014, p. 11-14.

HARTZ, Zulmira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HERRERA FLORES, Joaquín. **De habitaciones propias y otros espacios negados**: una teoría crítica de las opresiones patriarcales. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.

HERRERA FLORES, Joaquín. **A (re)invenção dos direitos humanos**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15 supl., p. 57-70, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2019.

HOLOWATE, Isaias. As transformações na sociedade ponta-grossense no final do século XIX e início do século XX. In: Semana de Geografia, 2015, Ponta Grossa. **Anais...** Ponta Grossa: UEPG, 2015. p. 87-91. Disponível em: https://pitangui.uepg.br/eventos/semanadageografia/_PDFs/20151/HOLOWATE%20.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

HOOKS, bell. **Teoria Feminista**: da margem ao centro. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HOWLETT, Michael; RAMESCH, M.; PERL, Anthony. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas: uma análise integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

ILLICH, Ivan. **Limites para a medicina**: a expropriação da saúde. Lisboa: Sá da Costa Editora, 1977.

JANSSEN, Mariana; FONSECA, Sandra Costa; ALEXANDRE, Gisele Caldas. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 140-152, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611111>>. Acesso em: 7 dez. 2021.

JONES, Katherine M. *et al.* Racial and Ethnic Disparities in Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, v. 10, n. 4, p. 186-196, May 2015. Disponível em: <http://www.withinreachwa.org/wp-content/uploads/2014/01/Racial-and-ethnic-disparities-in-breastfeeding.pdf>. Acesso em 25 jan. 2019.

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos estudos CEBRAP**, n. 86, p. 93-103, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002010000100005>. Acesso em: 15 abr. 2022.

KERSTENETZKY, Celia L. **O estado de bem-estar social na idade da razão**: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KITZINGER, Sheila. **Mães**: um estudo antropológico sobre a maternidade. São Paulo: Editorial Presença, 1996.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparision of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-95, apr. 1978. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/358402/>. Acesso em: 20 set. 2019.

LAGO, Tania di G.; LIMA, Liliam P. de. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília, 2009, p. 152-170. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 06 abr. 2021.

LAMPERT, Jadete B. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2002.

LANGLOIS, E. V. *et al.* Inequalities in postnatal care in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v 93, n.4, p. 209-284, abr/ 2015. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/4/14-140996/en/>. Acesso em: 20 nov. 2017.

LAPORTE-PINFILDI, Anna S.C. *et al.* Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 1, p. 109-123, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000100109&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2020.

LAWN, Jay Y. *et al.* Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. **The Lancet**, v. 372, set. 2008. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2011/10/Alma-Ata-30-years.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G. **Nascer no Brasil**: sumário executivo e temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2018.

LEMONS, Lígia M.D. *et al.* Evaluation of preventive measures for mother-to-child transmission of HIV in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 6, p. 682-686, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

LEONARD, Toni M. B. Laying the foundations for a Reproductive Justice Movement. In: ROSS, Loretta J. *et al.* (org.). **Radical Reproductive Justice**: foundations, theory, practice, critique. New York: Feminist Press, 2017, p. 39-49.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 935-952, set-dez/2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36755/28577>. Acesso em: 04 out. 2021.

MAHL, Fernanda D. *et al.* Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 35-43, 2013. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/4.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

MALLMANN, Mariana B. *et al.* Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 4, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400014>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Ana P. Vosne. **Visões do Feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAZZO, Maria Helena S.N.; BRITO, Rosineide S. de; SANTOS, Flávia A.P.S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 5, p. 663-667, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15526>. Acesso em: 05 fev. 2020.

MCKINNEY, Chelsea O. *et al.* Racial and Ethnic Differences in Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 138, n. 2, p. 1-11, ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960721/>. Acesso em: 25 jan. 2019.

MEDEIROS, Patricia Flores; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>. Acesso em: 28 nov. 2021.

MELO, Eduardo A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, spe. 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em 05 jul. 2021.

MENDES, Margaret F.; COELHO, Elza B. S; CALVO, Maria Cristina M. O puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas e cuidados de saúde. In: COELHO, Elza B. S.; CALVO, Maria Cristina M.; COELHO, Clair C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: UFSC, 2006.

MINAYO, Maria Cecília S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, Maria Cecília. S; ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edinilsa R. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 19-51.

MORRA-IMAS, Linda G.; RIST, Ray C. **The road to results: designing and conducting effective development evaluations**. Washington DC: The World Bank. 2009. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2699/52678.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MOSES, Yolanda. Is the term “people of color” acceptable in this day and age. **Sapiens Anthropology Magazine**, 7 dez 2016. Disponível em: <https://www.sapiens.org/column/race/people-of-color/>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MOURA, Reidy R. In: Pesquisa Longitudinal: apontamentos a partir da sua aplicabilidade. In: BOURGUIGNON, Jussara A.; OLIVEIRA JR, Constantino R. de. **Pesquisa em Ciências Sociais: interfaces, debates e metodologias**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2012. p. 99-128.

MURTA, Sheila G. *et al.* Avaliação de necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 3, p. 337-346, set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 03 mar. 2020.

MURTA, Sheila G. *et al.* Evaluation of a psycho-educational parenthood transition program. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 403-412, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/paideia/article/view/53095>. Acesso em: 07 fev. 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos *et al.* Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1233-1345, jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mar. 2020.

(NA)SER MULHER: relatos de violência obstétrica em Ponta Grossa. Direção: Jaqueline Guerreiro e Leonardo Mordhost. Orientação: Felipe Simão Pontes. Trabalho de Conclusão de Curso de Jornalismo. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2016. DVD. 29min. Disponível em: <https://youtu.be/h0Yfo5bAZrM>. Acesso em: 19 out. 2019.

NOBRE, Lorena N.; FREITAS, Rodrigo R. A evolução da pós-graduação no Brasil: histórico, políticas e avaliação. **Brazilian Journal of Production Engineering - BJPE**, v. 3, n. 2, p. 18-30, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/v3n2_3. Acesso em: 27 jun. 2020.

OLIVEIRA, Daniela do C. *et al.* Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 446-454, jul./set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300446&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2020.

OLIVEIRA, Lindacir S.; ESPÍRITO SANTO, Antônio Carlos G. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 13, n. 4, p. 297-307, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000400297&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2020.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122 p. 939-948, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso em: 26 nov. 2021.

PAIM, Jairnilson S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: **Seminários Temáticos Permanentes**, 2001, Brasília. **Anais ...** Brasília: Anvisa; Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, p.1-16. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

PARADA, Cristina Maria G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

PARADA, Cristina Maria G. L, TONETE, Vera Lúcia P. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Relatório Anual de Gestão – 2016**. Curitiba: SESA, 2017. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Relatorio%20Gestao%20SESA/2016/Relatorio_Anual_de_Gestao_2016.pdf. Acesso em: 02 mai. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023**. Curitiba: SESA, 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/PES-24_setembro-vers%C3%A3o-digital.pdf. Acesso em: 02 mai. 2022.

PASSOS, Andersom A.; MOURA, Escolástica R. F. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1572-1580, Jul. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

PAULILO, Maria Angela S. **AIDS: os sentidos do risco**. São Paulo: Veras, 1999.

PERIM, Eduardo B; PASSOS, Afonso D.C. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 272-281, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2005.v8n3/272-281/#ModalArticles>. Acesso em: 03 fev. 2020.

IPLAN. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Ponta Grossa. **Plano Diretor Participativo 2018**. Ponta Grossa: IPLAN, 2018. Disponível em: <https://iplan.pontagrossa.pr.gov.br/plano-diretor-participativo/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PINTO, Hêider A.; SOUZA, Alan N. A. de; FERLA, Alcindo A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FKXrGzJ7mBwgh78MrLtpN8v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PONTA GROSSA. Lei nº 12.166, de 02 jun. 2015 – Dispõe sobre a presença de doulas durante o parto nas maternidades situadas no município de Ponta Grossa. **Diário Oficial do Município de Ponta Grossa**. Ponta Grossa, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/2015/1216/12166/lei-ordinaria-n-12166-2015-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-o-parto-nas-maternidades-situadas-no-municipio-de-ponta-grossa>. Acesso em: 30 jan. 2019.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ponta Grossa 2018-2021**. Ponta Grossa: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 13, suppl 1, p. 595-602. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Acesso em 19 jan. 2020.

REA, Marina F. Avaliação das práticas diferenciais de amamentação: a questão da etnia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 365-372, out. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 Jan. 2019.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSS, Loretta J.; SOLINGER, Rickie. **Reproductive Justice: an introduction**. California: University of California Press, 2017.

ROSS, Loretta J. *et al.* **Radical Reproductive Justice: Foundations, Theory, Practice, Critique**. New York City: Feminist Press, 2017.

ROTHER, Edna T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021.

RUBIN, Gayle. **Políticas do sexo**. São Paulo: UBU Ed., 2017.

SÁ, Celso Pereira. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

SÁ, Celso Pereira. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1999, p. 19-45.

SAMICO, Isabella *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010

SAMPAIO, Ádila Roberta R; BOUSQUAT, Aylene; BARROS, Cláudia. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 281-290, abr/ jun 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2016.v25n2/281-290/#>. Acesso em: 05 fev. 2020.

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras, 2008

SANT'ANNA, MJC *et al.* Teenage pregnancy: impact of the integral attention given to the pregnant teenager and adolescent mother as a protective factor for repeat pregnancy. **The Scientific World Journal**, v. 7, p. 187-194, fev. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901305/pdf/TSWJ-2007-7-438074.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SANTOS, Luciano M. *et al.* Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2233-2244, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2216-0973-cuid-9-2-2233.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEGALL-CORRÊA, Ana Maria *et al.* Amamentação e Alimentação Infantil. In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006** : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: / Ministério da Saúde/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009. p. 195-2012.

SELL, Sandra Elisa *et al.* Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 766-774, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2019.

SERRUYA, Suzanne J; CECATTI, José G; LAGO, Tânia D.G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021. **518**

SERRUYA, Suzanne J; LAGO, Tânia D.G; CECATTI, José G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./ set. 2004b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020. **269**

SERRUYA, Suzanne J; CECATTI, José G; LAGO, Tânia D.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004c. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2020. **1281**

SILVA, Laura L.B. *et al.* Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, p. 1-9, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160359248.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2020.

SILVA, Márcia R. da; HAYASHI, Carlos R.; HAYASHI, Maria C. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 2, n. 1, p. 110-129, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42337>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SILVA, Thaís L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 58-69, jan./mar. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/?format=html&lang=pt>

Acesso em: 22 jul. 2021.

SLOMIAN, Justini *et al.* Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 3, n. 17, p. 1-13, jul, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318190282_Identifying_maternal_needs_following_childbirth_A_qualitative_study_among_mothers_fathers_and_professionals/download. Acesso em: 15 abr. 2019.

SODRÉ, Rúbia L. R. **Atenção básica ao pré-natal e puerpério no Estado de Goiás**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, dez. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/CnqKVybBxsb8g9ZvRGHY8nk/#>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SOUZA, Kleyde V. *et al.* A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 2, p. 175-81, 2008. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5532/3149>. Acesso em: 12 set. 2018.

SOUZA, Mateus F. L. *et al.* Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 29, n. 4, p. 502-508, dez. 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

SPELMAN, Elizabeth. **Inessential Woman: problems of exclusion in feminist thought**. Boston: Beacon Press, 1988.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. SPINK, Mary Jane (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999, p. 41-61.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999, p. 63-92.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

SUCCI, Regina C. de M. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 6,

p. 1-8, nov/dez 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

TEIXEIRA, Renata C. *et al.* Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 621-628, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400621&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2019.

TOMASONI, Thais *et al.* Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos. **Brazilian Journal of Pain**, v. 3, n. 3, p. 217-221, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/6jk4m8zm7zYFByzzmxs3KyR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 12 set. 2021.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2007**. Mulheres e Crianças: o duplo dividendo da igualdade de gênero. Brasília: Unicef, 2006.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2009**: saúde materna e neonatal. Brasília: Unicef, 2008.

VALDES, Ileana N.F; SANTOS, Elitiele O; PRADO, Ernande V. Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, p. 403-413, jul./set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16000>. Acesso em: 05 fev. 2020.

VASCONCELLOS, Mauricio T. L. *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2018.

VIEIRA DA SILVA, Ligia M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

VIEIRA DA SILVA, Ligia M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira; VIEIRA DA SILVA, Ligia M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Edufba; Fiocruz, 2014, p. 15-40.

VILARINHO, Lilian M.; NOGUEIRA, Lydia T.; NAGAHAMA, Elizabeth I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 312-319, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en. Acesso em: 13 mar 2020.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Brasília: UNFPA - Fundo da População das Nações Unidas, 2009.

VICTORA, Cesar. Em direção a maior igualdade na saúde materna e neonatal. In: UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2009**. Brasília: Unicef, 2008, p. 38-39.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VILARINHO, Lílían M. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 312-319, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2021

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S7wwRJ8Wr7DnyJzVHML8yNQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>. Acesso em: 30 mar. 2019.

WERNER, Rosiléa C; PONTES, Felipe S; BOURGUIGNON, Ana Maria. Representações Femininas sobre morbidade materna e infantil em decorrência da assistência ao parto e nascimento em Ponta Grossa-PR. **Projeto**. Ponta Grossa, 2016.

WHO. **Declaração de Alma Ata**. Alma-Ata (URSS), WHO, 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 17 maio 2018.

WHO. **Relatório Mundial da Saúde 2005**: para que todas as mães e crianças contem. Geneva, Switzerland: WHO, 2005. Disponível em: < <https://www.who.int/whr/2005/chap4-pr.pdf> >. Acesso em: 21 set. 2018.

WHO. **WHO technical consultation on postpartum and postnatal care**. Geneva, Switzerland: WHO, 2010. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_MPS_10_03/en/. Acesso em: 22 mar. 2021.

WHO. **WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. Geneva, Switzerland: WHO, 2013. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/. Acesso em: 22 mar. 2021.

WHO. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Geneva: WHO, 2014.

WHO. **Postnatal Care for Mothers and Newborns**: Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. Geneva, Switzerland: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/nbh/brief-postnatal-care-for-mothers-and-newborns-highlights-from-the-who-2013-guidelines.pdf?sfvrsn=33194d3c_1. Acesso em: 22 mar. 2021.

WHO. **Maternal Mortality**. Geneva, Switzerland: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020

YASDANI, Roseanna T. F. Family Routines of Adolescents with na Autism Spectrum Disorder: a literature review. **Degenerative Intellect and Development Disabilities**, v. 1, n. 4, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://crimsonpublishers.com/didd/pdf/DIDD.000519.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

**APÊNDICE A – TRABALHOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PÓS-
PARTO PRODUZIDOS EM PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO
SENSU BRASILEIROS DE 1987 A 2012**

Quadro – Trabalhos sobre humanização da atenção pós-parto produzidos em Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* brasileiros de 1987 a 2012 (continua)

Ano	Título	Autoria	Instituição	Programa
2001	Investigação sobre condições de maternagem no ambiente da maternidade	Maria de Fátima Henrique Duarte de Oliveira	PUC-SP	Mestrado em Psicologia
2002	Desmame precoce: contribuição de uma prática educativa com trabalhadoras de Enfermagem	Lindaura dos Santos Júlio	UFSC	Mestrado em Enfermagem
2003	Alojamento conjunto especial: um estudo sobre humanização da assistência materno-infantil e apoio à amamentação em Teresina-Piauí	Lucia de Fatima Garcia Veloso	FIOCRUZ	Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança
2004	Conhecimento e percepções maternas sobre a prática de aleitamento materno	Helimar Senna dos Santos	UNB	Mestrado em Ciências da Saúde
2005	A corporeidade da mulher no pós-parto: uma compreensão da linguagem em Maurice Merleau-Ponty	Gicelle Galvan	UNIOESTE	Mestrado em Letras, Linguagem e Sociedade
2006	O sentido do ser-mãe-puerpera no Método Mãe Canguru	Aldacy Gonçalves Ribeiro	UFBA	Mestrado em Enfermagem
2006	Amamentar com fissuras mamárias: significado para primíparas	Michelle Araújo Moreira	UFBA	Mestrado em Enfermagem
2006	Estados de humor, ânimo e depressão em mães de bebês de risco: análise do efeito do método mãe	Fernando Guimarães Cruvinel	MACKENZIE	Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento
2007	Avaliação da efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea convencional para alívio da dor após parto cesárea	Ligia de Sousa	USP-RP	Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública
2010	Revisão pós-parto: significado atribuído pela puerpera	Flávia Andreia Pereira Soares dos Santos	UFRN	Mestrado em Enfermagem
2010	Humanização de Maternidades Públicas: um estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento conjunto	Julia Leutchuk da Rocha	UFSC	Mestrado em Arquitetura e Urbanismo
2011	Ações educativas em saúde na promoção da amamentação	Patricia Pereira de Queiroz	UFPE	Mestrado em Enfermagem

Quadro – Trabalhos sobre humanização da atenção pós-parto produzidos em Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* brasileiros de 1987 a 2012 (conclusão)

Ano	Título	Autoria	Instituição	Programa
2011	Amamentação e políticas públicas de saúde: uma contribuição da enfermagem para assistir mulheres que realizaram teste rápido anti-HIV em maternidades	Rosana de Carvalho Castro	UFRJ	Doutorado em Enfermagem
2011	Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de si e o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto	Lidiane Colares Monteiro	UECE	Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
2012	Aleitamento materno em primíparas no município de Rio Branco-Acre	Dayane Leticia Faustino	UFAC	Mestrado em Saúde Coletiva
2012	Condução do parto e nascimento: repercussões na primeira mamada do recém-nascido em alojamento conjunto	Fernanda Luciana Calegari	USP-RP	Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública

Obs.: Informações extraídas de planilha contendo 379 teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal, produzidas em Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* do Brasil no período de 1987 a 2012.

Fonte: BOURGUIGNON (2014).

**APÊNDICE B – ARTIGOS SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PÓS-PARTO NO
BRASIL REVISADOS (2000-2019)**

Quadro – Lista de artigos sobre avaliação da atenção pós-parto no Brasil, publicados de 2000 a 2019, selecionados para revisão de literatura que embasaram as análises presentes nos Capítulos 3 e 5 (continua)

Ano	Autoria	Título
2003	BRAUN, Maria Luiza G. <i>et al</i>	Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding
2003	ARAÚJO, Maria de Fátima M.; OTTO, Ana Flávia N.; SCHMITZ, Bethsáida de A. S.	Primeira avaliação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil
2004	SERRUYA, Suzanne J.; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania.	O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais
2004	SERRUYA, Suzanne J.; LAGO, Tania; CECATTI, José Guilherme.	Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil
2004	SERRUYA, Suzanne J.; LAGO, Tania; CECATTI, José Guilherme.	O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
2005	PERIM, Eduardo B.; PASSOS, Afonso D. C.	Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Brasil: prevalência da infecção e cuidados prestados aos recém-nascidos
2005	COUTINHO, Sonia <i>et al.</i>	The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil
2007	CALDEIRA, Antônio; GONÇALVES, Eduardo.	Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative
2007	ARAÚJO, Maria de Fátima M.; SCHMITZ, Bethsáida de A. S.	Reassessment of Baby-friendly Hospitals in Brazil
2007	AMARAL, Eliana <i>et al.</i>	Implementação oportuna de intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV: uma experiência brasileira bem-sucedida
2007	SANT’ANNA, Maria José C. <i>et al.</i>	Teenage Pregnancy: Impact of the Integral Attention Given to the Pregnant Teenager and Adolescent Mother as a Protective Factor for Repeat Pregnancy
2008	PARADA, Cristina M. G. L.; TONETE, Vera L. P.	O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços público
2008	GRANGEIRO, Gisele R.; DIÓGENES, Maria A. R.; MOURA, Escolástica R. F. M.	Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL
2008	SUCCI, Regina C. M. <i>et al.</i>	Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do Município de São Paulo
2008	PARADA, Cristina M. G. L.	Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005
2008	PASSOS, Andersom A.; MOURA, Escolástica R. F.	Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006)
2008	CARDOSO, Letícia O. <i>et al.</i>	The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center
2009	ALMEIDA, Cristiane A. L.; TANAKA, Oswaldo Y.	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

Quadro – Lista de artigos sobre avaliação da atenção pós-parto no Brasil, publicados de 2000 a 2019, selecionados para revisão de literatura que embasaram as análises presentes nos Capítulos 3 e 5 (continua)

Ano	Autoria	Título
2011	ANDREUCCI, Carla B.; CECATTI, José G.	Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática
2011	ANDREUCCI, Carla B. <i>et al.</i>	Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante
2011	SOUZA, Mateus Freire L. <i>et al.</i>	Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança
2011	FRAGELLI, Camila M. B. <i>et al.</i>	Eficiência de um grupo de sala de espera na adesão do aleitamento materno exclusivo
2012	VILARINHO, Lílían M.; NOGUEIRA, Lidya T.; NAGAHAMA, Elizabeth E. I.	Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério
2012	MURTA, Sheila G. <i>et al.</i>	Avaliação de um Programa Psicoeducativo de Transição para a Parentalidade
2012	LEMO, Lígia M. D. <i>et al.</i>	Evaluation of preventive measures for mother-to-child transmission of HIV in Aracaju, State of Sergipe, Brazil
2013	OLIVEIRA, Daniela do C. <i>et al.</i>	Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família
2013	CAVALCANTI, Pauline Cristine da S. <i>et al.</i>	Um modelo lógico da Rede Cegonha
2013	OLIVEIRA, Lindacir S.; ESPÍRITO SANTO, Antonio Carlos G.	O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores
2013	NAKAMURA-PEREIRA, Marcos <i>et al.</i>	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do <i>near miss</i> materno
2013	MAHL, Fernanda D. <i>et al.</i>	Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal
2014	MAZZO, Maria Helena S. da N.; BRITO, Rosineide S.; SANTOS, Flávia A. P. S.	Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto
2014	ARAUJO, Elaine S. P. <i>et al.</i>	Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil
2014	BERNARDI, Mariely C.; CARRARO, Telma E.	Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio
2014	ARRAIS, Alessandra R.; MOURÃO, Mariana A.; FRAGALLE, Bárbara	O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto
2015	GUSMAN, Christine R. <i>et al.</i>	Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios
2016	SILVA, Laura Lucinda Bezerra <i>et al.</i>	Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”

Quadro – Lista de artigos sobre avaliação da atenção pós-parto no Brasil, publicados de 2000 a 2019, selecionados para revisão de literatura que embasaram as análises presentes nos Capítulos 3 e 5 (conclusão)

Ano	Autoria	Título
2016	SAMPAIO, Ádila R. R.; BOUSQUAT, Aylene; BARROS, Claudia.	Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança
2016	LAPORTE-PINFILDI, Anna Sylvia C. <i>et al.</i>	Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde
2017	VALDES, Ileana N. F.; SANTOS, Elitiele O. PRADO, Ernande V.	Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da Estratégia de Saúde da Família
2018	ALMEIDA, Karlo Jozefo Q. <i>et al.</i>	Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento
2019	BARATIERI, Tatiane; NATAL, Sonia.	Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa
2019	ASSIS, Thaís Rocha <i>et al.</i>	Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?

Obs.: A definição dos critérios de seleção e análise dos artigos foi realizada como atividade do estágio de pesquisa sanduíche no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, sob supervisão da Profa. Dra. Zulmira Hartz.

Org.: A autora.