



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CIGALA PEIRANO IGLESIAS

**Políticas Públicas para a Atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal
no Brasil e no Chile**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi

FLORIANÓPOLIS, SC
2018

CIGALA PEIRANO IGLESIAS

**Políticas Públicas para a Atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal
no Brasil e no Chile**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Aparecida Crepaldi

FLORIANÓPOLIS, SC
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Peirano, Cigala
Políticas Públicas para a Atenção ao Ciclo
Gravídico-Puerperal no Brasil e no Chile / Cigala
Peirano ; orientadora, Maria Aparecida Crepaldi,
2018.
101 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Maternidade, gênero, políticas
públicas, ciclo gravídico puerperal. I. Crepaldi,
Maria Aparecida. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

Cigala Peirano Iglesias

Políticas Públicas para a Atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal no Brasil e no Chile

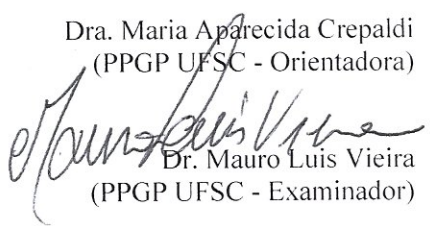
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Fevereiro de 2018.

Prof. Dr. Mauro Luis Vieira
Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia/CFH-UFSC
Portaria nº 1404/2017/GR


Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)

Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP UFSC - Orientadora)


Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP UFSC - Examinador)

Dra. Ana Izabel Jatobá
(PEN -CCS - Examinadora)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP UFSC - Suplente)

Dra. Maria Beatriz Martins Linhares
(PPGP - USPPR)

*Dedico este trabalho a Amarita e a minha Tati
a Alondra e Margarita
A todas minhas amigas mães
A todas as mães.*

AGRADECIMENTOS

Queria agradecer em primeiro lugar a minha orientadora Maria Aparecida Crepaldi, Cida. Muito obrigada por ter me acolhido com tanto carinho no Laboratório de Psicologia da Saúde, da Família e da Comunidade. Foi muito bom ter um lugar para pesquisar e com pessoas tão interessantes e divertidas como vocês, agradeço assim também a Fernanda, Mari, Ana Paula, Joyce, Simone, Fátima, Luciane, Milena e Bruna.

Também queria agradecer a Elisângela Boïng e Amanda, pessoas que admiro por seu profissionalismo e carinho, foi muito bom aprender com vocês!

Queria agradecer a profa Carmen Moré por ter me acolhido sempre com um sorriso e coração aberto.

Queria agradecer aos membros da banca profa. Ana Maria Jatobá e o prof. Mauro Vieira.

Além disso, queria agradecer a Thames, nosso encontro que foi muito iluminador, num sentido profissional, ético e humano. Queria agradecer também a profa Tereza Marques de Oliveira, Aninha, Nelma e Michele.

Outro agradecimento é dirigido para Vera Iaconelli e Bel pelos risos compartilhados.

Assim, agradeço também a equipe do Instituto Pais Bebês por ter me acolhido também, obrigada Maria Helena, Dóris, Sonia, Juline, Aline, Ana Laura, Mari, Renata, Thici, Lydi, Marina, Glau, Jaque, Lili e Joanna. E também agradecer a Fabi e Jaque por ser sempre tão amáveis!

Não posso deixar de agradecer minhas amigas do mestrado Meiri, Mari, Mariá, Bruna, Lore, Nati, Thaisa, Anne, Gi, Sol, Ana, e toda a linda turma, com quem compartilhamos o “dulce y agraz” da pós.

Queria agradecer também meus amigos de Sampa, Thiago e Lia, são parte fundamental de tudo o processo, grata de ter vocês na minha vida!

Agradecer também a minhas amigas da alma e coração Valeria, Andrea, Javi, Anin, Mari e Violi, sempre grata por o universo ter nos juntado.

Minha família que sempre me apóia nos meus planos, obrigada pelo apóio incondicional sempre.

Obrigada Cibele e Vinicius e obrigada Lia e Saula pela revisão do
manuscrito.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	23
2. Objetivos	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3. Marco teórico.....	27
3.1 Teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfrenbrenner (1996)	27
3.2 Modelo ecológico da violência de gênero de Lory Heise (1998)	30
3.3 Histórico da maternidade.....	31
3.3.1 <i>Medicalização do Ciclo gravídico-puerperal</i>	<i>32</i>
3.3.2. <i>Medicalização do ciclo gravídico-puerperal em princípios do século XX na América Latina.....</i>	<i>37</i>
3.3.2.1. <i>No Brasil.....</i>	<i>37</i>
3.3.3.2 <i>No Chile.....</i>	<i>39</i>
3.3.4. Principais consequências da medicalização do ciclo gravídico-puerperal	40
3.4 Conceito de gênero e interseccionalidades.....	41
3.5 Brasil: Sistema Único de Saúde (SUS)	44
3.5.2 Chile: Serviço Nacional de Serviços da Saúde (SNSS)46	
4. Metodologia	49
4.1 Caracterização da pesquisa.....	49
4.2 Procedimentos Estudo	49
4.3 Procedimentos Estudo	50
4.3.1 Análise de dados	51
4.3.2 Estabelecimento de corpus de análise	51
5. Resultados	53
5.1 Síntese resultados do Estudo.....	53
5.2 Síntese resultados do Estudo.....	55
5.3 Apresentação dos artigos	59
5.3.1 Artigo	59
5.3.2 Artigo	68
6. Discussão integrada.....	75
7. Considerações finais.....	81
ANEXO I. Ministério da saúde: http://portalsms.saude.gov.br	91
ANEXO II. Ministério Saúde Chile: www.minsal.c	97
ANEXO III. Tabela documentos citados pelos artigos selecionados no Estudo.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS

- CGP**- Ciclo gravídico puerperal
SUS- Sistema Único de Saúde, Brasil
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund)
ONU- Organização de Nações Unidas
UN- United Nation
OMS- Organização Mundial da Saúde
ODM- Objetivos Desenvolvimento Milênio, ONU
MS- Ministério da saúde, Brasil
UTIN- Unidade de Terapia Intermédia Neonatal, Brasil
PNH- Política Nacional de Humanização, Brasil
PNAISM- Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher, Brasil
PNAISC- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Brasil
RC- Rede Cegonha, Brasil
USF- Unidade de Saúde da Família, Brasil
UBS- Unidade Básica de Saúde, Brasil
MINSAL- Ministério da Saúde, Chile
SNSS- Serviço Nacional de Serviços de Saúde, Chile
ISP- Instituto Saúde Pública, Chile
CENABAST- Central de Abastecimentos, Chile
FONASA- Fundo Nacional de Saúde, Chile
ISAPRES- Instituições de Saúde Previsional, Chile
FFAA- Forças Armadas, Chile
ChCC- Programa Chile Crece Contigo, Chile
BCN- Biblioteca do Congresso Nacional, Chile
P.N. 1130- Portaria MS/GM Nº 1.130
P.N. 569 - Portaria GM/MS n.º 569 de 1/06/00
P.N. 2418 - Portaria n. 2.418, de 02 de dezembro de 2005
P.N. 1683- Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007
P.N. 930- Portaria MS/GM nº 930, de 10/05/2012
P.N. 353- Portaria Nº353 de 14 de fevereiro de 2017

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Categorias, subcategorias e unidades de análise dos documentos brasileirosp.	56
Tabela 2. Categorias e subcategorias e unidades de análise dos documentos Chilenosp.	58

TABELAS DO ARTIGO 2

Tabela 1. Categorias e subcategorias dos documentos brasileirosp.	71
Tabela 2. Categorias e subcategorias dos documentos chilenos.p.....	73

Peirano, Cigala. (2018). **Políticas Públicas para a Atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal no Brasil e no Chile**. Florianópolis, 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Maria Aparecida Crepaldi

RESUMO

Quando a mulher engravida uma série de transformações acontecerão com ela, o casal e suas famílias. Este processo de tornar-se mãe precisa de cuidados específicos, cuidados que estão preconizados nas políticas públicas de atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal e podem variar segundo a legislação de cada país. Com o objetivo de caracterizar as políticas públicas no Brasil e no Chile a fim de compreender como se processa a atenção ao ciclo gravídico puerperal em ambos os países realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Dois estudos foram realizados. O primeiro estudo teve como objetivo identificar e discutir o conteúdo da literatura que relaciona as políticas públicas com os diferentes momentos do ciclo gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) no Brasil e no Chile, por meio de uma revisão integrativa da literatura em bases de dados no período de 2012 a 2017. Dos 16 artigos analisados, 14 do Brasil e 2 do Chile, desprende-se que a saúde materno-infantil é uma prioridade em ambos os países e diversas ações são desenvolvidas; porém, os indicadores de saúde ainda são insatisfatórios. O segundo estudo teve como objetivo conhecer as diretrizes das políticas públicas sobre o ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile. Realizou-se uma pesquisa documental. Foram analisados 18 documentos, sendo 14 do Brasil e 4 do Chile e após a realização de uma análise de conteúdo dos mesmos foram estabelecidas 4 categorias temáticas para os documentos brasileiros: Instrumentos de Registro das informações, Conhecimento Técnico-científico, Humanização da Atenção e Condições socioambientais, e 4 categorias temáticas para os documentos chilenos: Risco para a saúde da mulher, Evidência Científica, Busca da Equidade e Medicalização. Os resultados dos estudos mostram que uma alta medicalização prevalece na prática, em detrimento de ações de humanização, e muitas desigualdades sociais atravessam o problema da saúde materno-infantil. Apesar dos avanços de ambos os países, a atenção do ciclo gravídico-puerperal segue centrada na mulher. Ainda que os indicadores de qualidade do sistema de saúde baseiem-se, em grande escala, nas taxas de mortalidade infantil

e materna, é importante considerar outros indicadores da qualidade, tais como a qualidade do vínculo dos profissionais de saúde com as mulheres e sua família, o lugar da mulher nas políticas públicas, o lugar do homem, da família, entre outros fatores socioeconômicos e ambientais. Estabeleceu-se uma análise da relação entre saúde materna, às desigualdades sociais e indicadores econômicos. Finalmente incita-se o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que considerem o conceito de interseccionalidade, que considera discriminações de gênero, classe e etnia para aportar na discussão de aprimoramento a atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde, maternidade, pré-natal, parto, pós-natal, gênero.

Peirano, Cigala. (2018). **Public Policies for Attention to the Pregnancy-Puerperal Cycle in Brazil and Chile**. Florianópolis, 2017. 101 p. Thesis (Masters in Psychology). Post-graduation Program in Psychology, Santa Catarina's Federal University.
Advisor: Maria Aparecida Crepaldi

ABSTRACT

When the woman gets pregnant a series of transformations will happen with her, the couple and their families. This process of becoming a mother needs specific cares, cares that are recommended in the public policies of attention to the Puerperal Pregnancy Cycle and may vary according to the legislation of each country. With the objective of characterizing the public policies in Brazil and Chile in order to understand how the attention to the puerperal pregnancy cycle is processed in both countries, a qualitative, exploratory and descriptive research was carried out. Two studies were performed. The first study aimed to identify and discuss the content of the literature that relates public policies to the different moments of the puerperal pregnancy cycle (prenatal, delivery and postpartum) in Brazil and Chile, through an integrative literature review in databases from 2012 to 2017. Of the 16 articles analyzed, 14 from Brazil and 2 from Chile, it is clear that maternal and child health is a priority in both countries and several actions are developed; however, health indicators are still unsatisfactory. The second study aimed to know the guidelines of public policies on the pregnancy-puerperal cycle in Brazil and Chile. Documentary research was carried out. We analyzed 18 documents, 14 of them from Brazil and 4 from Chile, and after carrying out a content analysis, 4 thematic categories were established for Brazilian documents: Information Registration Instruments, Technical-Scientific Knowledge, Humanization of Attention and Socioenvironmental Conditions, and 4 thematic categories for the Chilean documents: Risk for Women's Health, Scientific Evidence, Equity and Medicalization. The results of both studies show that high medicalization prevails in practice, to the detriment of humanization actions, and many social inequalities cross the problem of maternal and child health. Despite advances in both countries, the attention of the pregnancy-puerperal cycle remains centered on women. Although health system quality indicators are based largely on infant and maternal mortality rates, it is important to consider other quality indicators, such as the quality of the relationship between health professionals and women and their families, the place of women

in public policies, the place of man, family, among other socioeconomic and environmental factors. An analysis of the relationship between maternal health, social inequalities and economic indicators was established. Finally, we encourage the development of qualitative research that considers the concept of intersectionality, which considers discrimination of gender, class and ethnicity, to contribute in the discussion of improvement the attention to the pregnancy-puerperal cycle.

Keywords: Health Public policies; maternity, prenatal; delivery; postpartum; gender.

Apresentação

Como estudante de mestrado em Psicologia do desenvolvimento na Universidade de Paris VIII, comecei uma prática profissional na Maternidade de Port-Royal em Paris, em 2012. Aos poucos fui entendendo que a maternidade é um processo multideterminado, no qual intervêm fatores singulares e coletivos. Quando pensamos nos fatores coletivos, entendemos a maternidade com sendo um processo inserido numa rede maior de relações afetivas e culturais, de significados e de sentidos. Aspectos influenciados pelos sistemas de saúde e pelas políticas públicas. Vivendo no Brasil desde 2014, comecei a interagir com grupos clínicos e de pesquisas relacionados à perinatalidade. Ao me interiorizar com a prática clínica e científica, eu me perguntava pelo marco regulatório da perinatalidade, isto é pelas políticas públicas e programas que regulam a atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Por ser chilena, este questionamento conduziu-me a reflexão sobre as políticas públicas relacionadas à maternidade no Chile. Pareceu-me interessante aprofundar minhas pesquisas nos marcos regulatórios dos cuidados da mulher no ciclo gravídico-puerperal em ambos os países.

Assim sendo, apresento a pesquisa a seguir. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se insere dentro da Área de concentração 3 - Saúde e desenvolvimento psicológico, especificamente a Linha 1: Saúde e contextos de desenvolvimento psicológico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. Pertence ao conjunto de pesquisas do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC/UFSC), cuja equipe de docentes e discentes vem desenvolvendo trabalhos no âmbito da maternidade, envolvimento paterno, saúde da criança e da família.

1. Introdução

O ciclo gravídico-puerperal (CGP) implica transformações fisiológicas, psicológicas e sociais para a mulher, para o casal e suas famílias. Uma mulher grávida, que está tornando-se mãe passará por mudanças corporais que permitirão a gestação de uma vida. Estas transformações não são só corporais, mas também psicológicas e sociais. Ela tornar-se-á mãe, o que implica assumir uma nova identidade com novas funções. O cuidado que essa mulher receberá neste período é fundamental para que ela possa alcançar com sucesso os desafios que estas transformações e essa nova identidade implicarão. O sistema de saúde tem um papel fundamental no cuidado da mulher no CGP. Os cuidados que a rede de saúde pública oferecer para a mulher e para o casal neste ciclo são fundamentais, quanto melhor for a atenção recebida melhor serão os resultados deste processo.

Quando a mulher e o casal atravessam o CGP, é um momento muito delicado. As transformações e as reorganizações que acontecerão são consideradas por Bronfenbrenner (1996) como a parte das transições ecológicas, isto é, momentos de mudanças ao longo do ciclo da vida, que gerarão mudanças nas pessoas e nos sistemas nos quais elas estão inseridas produzindo uma reorganização da mulher, do casal e de suas famílias (Bronfenbrenner, 1996). Por esta razão estes cuidados devem ser especializados.

As políticas públicas regulatórias dos cuidados no CGP têm mudado com o passar do tempo, a fim de oferecer uma melhor assistência à mulher e ao casal. As mudanças que as políticas vêm sofrendo são relacionadas com as mudanças na vida privada, na família e nas relações de gênero (Scavone, 2001). Por exemplo, a maior participação da mulher no mundo público tem várias implicações sobre a concepção de mulher, de homem, de maternidade, de paternidade e de quem é responsável pelos cuidados dos filhos. Outra mudança interessante é a parentalidade dos casais homoafetivos apresentarem uma visibilidade e aceitação social cada vez maior. Por isto, as políticas de cuidados no ciclo gravídico puerperal, têm mudado ao longo do tempo, integrando as transformações sociais para garantir uma assistência de qualidade no CGP.

O CGP nem sempre esteve regularizado pelo sistema de saúde. Foi no começo do século XX, o início do processo de medicalização do CGP. Ao longo do século XX, as políticas públicas foram integrando as

demandas de movimentos sociais, como as demandas do movimento feminista.

Em função das considerações descritas, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: - **Como as políticas públicas no Brasil e no Chile concebem a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal?**

Em um primeiro momento, é apresentada uma revisão integrativa sobre as políticas públicas e o CGP. Seguida de uma pesquisa documental das políticas públicas de atenção ao CGP, no Brasil e no Chile.

Uma análise dos quadros regulatórios do CGP em culturas distintas, pode ajudar na compreensão das influências dos diferentes sistemas e elementos anteriormente citados no ciclo gravídico puerperal. As relações entre o CGP e o desenvolvimento do bebê são bem conhecidas. Assim os cuidados que a mulher, o casal e suas famílias receberão neste momento, influenciarão no desenvolvimento do bebê. Esta pesquisa pode trazer elementos para aprofundar a compreensão das relações que os profissionais de saúde estabelecem com a mulher, o casal e suas famílias. Este aprofundamento poderá apresentar elementos para as equipes de saúde refletirem sobre suas práticas e as diretrizes que as norteiam.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Caracterizar as políticas públicas no Brasil e no Chile com o intuito de compreender como se processa a atenção ao ciclo gravídico puerperal em ambos os países.

2.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar e relacionar o conteúdo da literatura que relaciona as políticas públicas com os diferentes momentos do ciclo gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) no Brasil e no Chile.
- b) Caracterizar as diretrizes das políticas públicas destinadas à atenção ao ciclo gravídico-puerperal, no Brasil e no Chile.

3. Marco teórico

3.1 Teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (1996)

Para abordar a relação das políticas públicas e o ciclo gravídico-puerperal, considerando variáveis de tempo e espaço, utilizar-se-á a teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner. Este autor dedicou-se ao estudo sistemático do desenvolvimento humano em seu contexto, procurando entender “como essas estruturas e vínculos podem afetar o curso do desenvolvimento, tanto direta como indiretamente” (Bronfenbrenner, 1996, p.11). Teorizou a interdependência entre as pessoas e os ambientes aos quais estas pertencem, focando nos processos e nas interações, sendo a pessoa um elemento, dentre outros, de um sistema.

Para Bronfenbrenner o desenvolvimento é entendido como um processo de interação recíproca, entre a pessoa e seu contexto, através do tempo. O desenvolvimento ocorre mediante processos de interação entre pessoas, objetos e símbolos. Nessa interação pode se observar continuidades e discontinuidades tanto nas pessoas ao longo de seu desenvolvimento como nos diferentes ambientes ao longo do tempo. Assim, a ecologia do desenvolvimento humano e o ponto de convergência entre ciências biológicas, psicológicas e sociais conforme eles se relacionam à evolução do indivíduo na sociedade. Entende-se, a partir desta teoria, que exista uma acomodação progressiva entre um organismo humano em crescimento e seu meio ambiente imediato, de forma dialética e a maneira pela qual essa relação é mediada por forças oriundas de regiões mais remotas do meio físico e social (Bronfenbrenner, 1996).

O CGP pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social que implica diferentes etapas e mudanças. Nesta transformação o corpo e o psiquismo da mulher transformar-se-ão, assim como suas relações sociais. Quando nasce um filho ou filha o sistema familiar todo se transforma. O relacionamento entre o casal mudará, nascerá uma mãe, um pai, avôs, avós, irmãos e irmãs. Todos os membros da família assumirão um novo *status*. Sob a ótica de Bronfenbrenner, o nascimento vai modificar a relação da mulher com ela mesma, com seu cônjuge, sua família e com as instituições das quais faz parte. Segundo o mesmo autor, estas modificações, serão consideradas como parte das transições ecológicas,

isto é os momentos de mudanças ao longo do ciclo da vida, gerando mudanças nas pessoas e nos sistemas nos quais elas estão inseridas. Bronfenbrenner (1996) considera as transições ecológicas como momentos idôneos para o estudo dos fenômenos desenvolvimentais. Quando há mudanças, geralmente se produz uma reorganização da pessoa e de suas interações, e dos sistemas dos quais faz parte. Nesse sentido, estes momentos de transição são momentos adequados para se observar as mudanças, para entender quais serão e em que sentido elas seguirão, como as pessoas as enfrentarão e de qual forma assumirão os novos papéis, as novas identidades, as novas relações. Especificamente, a família e suas transformações são um foco, por excelência, para observar estas transições (Bronfenbrenner, 1996).

No que concerne aos ambientes no quais a pessoa está inserida, Bronfenbrenner (1996) estabelece que são como uma série de estruturas encaixadas uma dentro da outra. Os ambientes são classificados como: microssistema, mesossistema, exossistema, e macrosistema. Para esta pesquisa, interessa também o cronossistema.

O microssistema consiste em “padrões de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num ambiente com características físicas e materiais específicas” (Bronfenbrenner, 1996, p. 19). São principalmente interações face-a-face. Podemos pensar as relações do casal que espera um filho(a), como elas mudarão conforme o progresso da gravidez, como eles se prepararão para tornar-se pais, como se irão instalando as funções materna e paterna. Considerando os cuidados da mulher no CGP, podemos pensar a relação que a mulher, o casal e a família estabelecerão com os cuidados pré-natais durante a gravidez. A mulher realizará freqüentemente controles da gravidez, e consultará profissionais de saúde. No momento do parto, momento muito intenso e marcante, onde a mulher encontrará com seu filho fora da barriga, também, estará assistida por profissionais que farão parte deste importante momento. Durante o pós-natal a mulher e o casal, serão acompanhados por profissionais de saúde. Estes estarão em constante interação face-a-face com a mulher grávida e como o casal durante o CGP, tornando-se parte do microssistema da mulher durante o CGP. Esta interação dos profissionais de saúde com a mulher, com o casal durante o CGP, está enquadrada dentro das políticas públicas e programas que regulam o CGP, mas estes dentro da ótica de Bronfenbrenner fazem parte de outro ambiente, citado mais adiante.

Logo, o mesossistema é um sistema de microssistemas que se caracteriza pela “inter-relação entre dois ou mais ambientes nos quais a

pessoa em desenvolvimento participa de forma ativa” (Bronfenbrenner, 1996, p.21). Por exemplo, considerar as relações entre a família e a escola, a família e o trabalho, entre outras. Para esta pesquisa é interessante pensar na relação da família da mulher grávida com o sistema de saúde, isto é se os membros da família tem confiança no sistema de saúde, na instituição e se isto influenciará a relação que a mulher, o casal e a família estabelecerão com os profissionais de saúde.

O exossistema compõe-se das inter-relações “entre um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como participante ativo” (Bronfenbrenner, 1996, p. 21). A pessoa não participa ativamente dos eventos que acontecem nesses ambientes, mas este nível influencia indiretamente seu desenvolvimento como a relação entre a escola e a comunidade, a família e os trabalhos dos pais, por exemplo.

Para esta pesquisa foi considerado que a prática dos profissionais enquadra-se nas políticas e programas de saúde vigentes. Mesmo que a mulher e o casal durante o CGP não tenham contato direto com as políticas públicas e os programas, as práticas dos profissionais com quem eles se relacionarão, no período do CGP, estarão norteadas segundo o marco regulatório das políticas e programas de saúde.

O macrosistema “se refere a consistências, na forma e conteúdo de sistemas de ordem inferior (micro-, meso- e exo-) que existem ou poderiam existir, no nível da subcultura ou da cultura como um todo” (Bronfenbrenner, 1996, p.21). Este nível pode se caracterizar por modelos institucionais de cultura como a economia, costumes, crenças, religião, ideologia, entre outros aspectos sociais. Nesta pesquisa pode-se pensar na relação entre as políticas públicas e a atenção no CGP. Tornando relevante pensar nas diferentes instituições e discursos que têm influenciado a conceituação do CGP, como quando este passa a ser medicalizado e quais foram as consequências deste processo.

Finalmente, o cronossistema “abrange as mudanças, relacionadas ao tempo, do indivíduo no ambiente em que vive” (Boing, 2014, p. 41). Trata-se de uma sequência de eventos que constituem as rotinas e a história das pessoas em desenvolvimento. Este sistema é considerado um organizador social e emocional por abranger a dinâmica do desenvolvimento humano, considerando os acontecimentos com grande relevância a sua história. Nesse sentido, consideram-se as mudanças no ciclo de vida, na estrutura da família, no *status* socioeconômico, no trabalho, ocorrência de guerras, mudanças de governo, características de urbanização e de industrialização. O

cronossistema pode ser subdividido no microtempo (encontros de curta duração); o mesotempo (a periodicidade destes episódios); e o macrotempo (eventos mutantes na sociedade e no tempo histórico, relativos à geração da pessoa em desenvolvimento e através de gerações). Assim, a história é fundamental para entender o desenvolvimento das pessoas e dos processos históricos e os contextos nos quais o desenvolvimento individual se insere.

3.2 Modelo ecológico da violência de gênero de Lory Heise (1998)

Lory Heise (1998) baseando-se no modelo proposto por Bronfenbrenner, propôs um modelo ecológico para a compreensão das origens da violência de gênero. A autora propõe quatro sistemas: história pessoal, microssistema, exossistema e macrosistema. O primeiro faz alusão à história pessoal da mulher, em que elementos da experiência individual, ou da personalidade, explicariam certas respostas a estressores presentes no microssistema e exossistema, como ter experimentado violência conjugal quando criança, ter sofrido abuso sexual ou ter tido um pai ausente. No microssistema considera-se a dominância do homem na família, o controle por parte do homem, o uso de álcool e o conflito conjugal. No exossistema, considera-se o desemprego, o isolamento da mulher e da família e as associações com os pares delinquentes. Finalmente, no macrosistema, considera-se o direito e a propriedade do homem sobre a mulher, a masculinidade associada à dominação e agressividade aos papéis rígidos de gênero, a aprovação da violência interpessoal e a aprovação do castigo físico (Heise, 1998; Vives, 2011). Para esta pesquisa, tem-se como objeto de estudo o macrosistema o qual faz referência aos valores culturais e crenças que permeiam e informam os outros três subsistemas. Uma das mudanças mais evidentes de nossa sociedade é a entrada da mulher na esfera pública. O fato da mulher ingressar cada vez mais no mercado de trabalho, tem como consequência a redistribuição das tarefas domésticas entre homens e mulheres. Destaca-se o cuidado das crianças, que antigamente era considerado uma função quase exclusivamente materna e feminina. Contudo, hoje o pai, nos casais heteroaletivos, tem cada vez mais participação nos cuidados dos filhos (Vieira et al., 2014). Heise (1998), constatou que papéis rígidos de gênero na sociedade aumentam a violência contra as mulheres. Se as tarefas domésticas ou os cuidados dos filhos é igualmente compartilhado por homens e mulheres, isto

pode contribuir para combater as desigualdades de gênero e a dominação masculina sobre as mulheres.

O cerne desta pesquisa busca auxiliar na compreensão da relação entre as políticas públicas e a atenção ao CGP. A medicina e a saúde podem ser consideradas como parte do exossistema, isto é, contextos onde a mulher e o casal pertencem, mas eles não têm uma influência direta sobre os mesmos. Porém, as políticas que regulam a assistência no CGP são fundamentais, porque elas enquadram a prática dos profissionais, que são parte do microssistema da mulher no CGP. Finalmente, mesmo de maneira indireta as políticas públicas incidem sobre a mulher. Considerando o cronossistema e as transformações sociais, parece fundamental apresentar a nível histórico como o CGP foi progressivamente medicalizado.

Considerando a história da maternidade e a historização das políticas públicas sobre o CGP, apresentar-se-á um breve histórico da medicalização do CGP.

3.3 Histórico da maternidade

Segundo Delassus, (2007) psicanalista francês, em uma ótica centrada na Europa e especificamente na França, a maternidade não tem história. A maternidade era desconhecida para os gregos e os latinos. Eles não tinham uma palavra para designar a maternidade. Existiam apenas adjetivos para pai, mãe e irmão: paterno, materno e fraterno. Mas o substantivo que nomeava o estado correspondente existia só para “pai” (paternidade) e para “irmãos” (fraternidade); contudo, para as “mães” ou “irmãs” não existia palavra, tratava-se de “condições” que estão incluídas no termo masculino. “Para os gregos o fato de ser mãe não é nada, dado que a mulher é assimilada ao forno onde o homem cozinha sua semente” (Delassus, 2007, p. 27). Isto é, pode-se ser pai sem ter-se uma mãe.

Só em 1122 vai surgir a palavra “maternidade”. Em 431 o “Concílio d’Ephèse” reconhece a Virgem Maria como a mãe de Deus, admite-se que a gravidez passou pela mulher, e que Deus, o filho, foi concebido da maneira humana. Em 1122 o papa Calixto II vai introduzir essa nova noção de maternidade da Igreja. Isto é, uma qualidade e uma função espiritual, sendo assim um fenômeno psicológico ligado à Igreja católica, não sendo uma pessoa. A primeira encarnação da Virgem, contudo como mediadora parece ser do século VIII, mas a função associada à Igreja vai aparecer somente no início do século XII. A

Virgem é assimilada a um Aqueduto, um canal que conduz a graça de Deus para os homens. A homologia da Virgem e da Igreja induziu a representação da maternidade como “a mãe de Deus”, e este fato não é direcionado às mães reais, mas às mães espirituais (Delassus, 2007). Demonstrando como a igreja católica é uma das primeiras instituições, reconhecida na história oficial com influência no conceito de maternidade. Em uma primeira instância relevando sua ausência e em segundo momento indicando um lugar associado a Virgem Maria.

Num sentido moderno, a “maternidade”, como palavra, vai aparecer em 1475 conservando seu sentido original: espiritual, moral e religioso. No século XVIII prevalece o foco sobre o comportamento das mães. Para Rousseau, o “maternal” está associado à felicidade, ao amor, a virtude, ao zelo, a suavidade, a disposição, ao cuidado e ao dever (Delassus, 2007).

Mas a maternidade, também contém o sentido de “prédio” onde acontecem os nascimentos. Em 1795 foi construído o hospício de maternidade de Port-Royal em Paris, na França, que era o lugar onde uma mulher que não tinha nenhuma nobreza dava a luz, o que assentaria as bases para a progressiva medicalização da maternidade.

A construção moderna do sentido de “maternidade” foi desenvolvido progressivamente. A primeira especialidade médica na França foi a obstetrícia, ministrada em Baudelocque a partir de 1806. Em meados do século XIX, a palavra “maternidade” recebe seu sentido atual. O dicionário Larousse em 1866-1879 define a “maternidade” como um estado, “a qualidade de mãe”, definição baseada em uma tautologia. Também é definida como “a casa hospital para as mulheres que vão parir ou que já pariram”. A noção de “instinto materno” ou “amor materno” será criada no século XVIII, e torna-se cada vez mais precisa ao longo dos séculos seguintes (Delassus, 2007). Podemos ver três grandes discursos sobre a maternidade: a igreja, a medicina e o “amor materno”.

Constata-se que a maternidade e o CGP nem sempre foram conceituados como um fenômeno médico da área da saúde. É fundamental historicizar também como o CGP foi consolidado como um fenômeno médico.

3.3.1 Medicalização do Ciclo gravídico-puerperal

Conrad (1992, 2015) vai estabelecer que a medicalização é o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e

tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doença ou transtornos. O termo medicalização vai aparecer na literatura científica ao redor dos anos 1970. Os psiquiatras foram os primeiros a chamar a atenção a respeito da sobre a medicalização da vida. Para Conrad, a medicalização pode acontecer em três dimensões: I a dimensão conceitual: com o uso de um vocabulário médico para definir um problema, alguns profissionais médicos precisam estar envolvidos, e os tratamentos médicos não são necessariamente aplicados, II a dimensão institucional: organizações podem adotar uma aproximação médica para tratar um problema particular no qual a organização é especializada. Os médicos podem funcionar como aqueles que dão acesso a certos benefícios, que estão legitimados em organizações que adotam uma definição e aproximação médica dos fenômenos, mas onde as rotinas do dia a dia são realizadas por pessoas não habilitadas em medicina e III a dimensão interacional: onde os médicos estão mais diretamente envolvidos. A medicalização acontece aqui como parte da interação entre médico-paciente, quando o médico define um problema como médico ou trata problemas “sociais” com uma forma médica de tratamento (por exemplo, prescreve fármacos tranquilizantes para uma família infeliz). As subculturas ou subgrupos podem variar na prontidão para aplicar, aceitar ou rejeitar as definições médicas. Para Conrad a medicalização é um processo interativo e não simplesmente o resultado do “imperialismo médico” (Conrad, 1992, 2015). A medicalização baseia-se no modelo biomédico.

O modelo biomédico está na base da conceituação médica do ciclo gravídico-puerperal. Neste modelo o corpo é entendido como uma máquina que responde a leis físicas. Assim ele parte de uma concepção biofísica do corpo e do indivíduo. Ele funciona com base na objetivação de medidas e critérios classificatórios. Desta forma serão acumulados dados para estabelecer uma norma, o que pressupõe um modelo universal em função de normas científicas. O modelo biomédico pressupõe uma separação do corpo/alma e está baseado no racionalismo. Para Cahill (2001) o modelo biomédico se baseia numa medicina restaurativa, isto é uma aproximação que procura identificar processos de doença específicos e tratá-los. O modelo biomédico enfatiza o fisiológico, desestimando e desvalorizando as transformações psíquicas vitais (Davis-Floyd em Cahill 2001; Delassus, 2010). Esta conceituação pode ter como consequência um olhar mecanicista sobre a mulher e suas funções reprodutivas.

Dentro do modelo biomédico destaca-se o papel crucial da tecnologia. A tecnologia teve e tem um papel muito importante no monitoramento da gravidez e do nascimento. Os processos fisiológicos da gravidez e do nascimento tornaram-se medicalizados, tendo como consequência o controle médico do corpo da mulher e do feto. (Prosen e Tvacar Krajnc, 2013). Controle que se efetua principalmente através do uso da tecnologia médica. Para Conrad (1994) o uso da tecnologia tem a ver com o controle social através do uso de drogas, cirurgias, intervenções genéticas ou de outro tipo. O processo de medicalização é reforçado pelos avanços da tecnologia o que tem como consequência a afirmação da dependência das pessoas à profissão médica (Prosen e Tvacar Krajnc, 2013). Nesse sentido os autores propõem que a conceituação da gravidez como uma condição de risco pode ser vista como a causa do desenvolvimento tecnológico, mas também como um efeito. Para Davis-Floyd citada em Prosen e Tvacar Krajnc (2013) o uso da tecnologia tem a ver com o controle de processos considerados perigosos, com o fim de impressionar as mulheres sobre a convicção de que a tecnologia é superior à natureza. Mas as intervenções reduzem a mãe a sua condição de paciente e diminuindo seu inerente sentido de controle sobre seu próprio corpo.

Diferentes autores consideram a virada do século XX como o momento em que o CGP passa a ser conceituado como parte da área médica (Barker, 1998; Cahill, 2001; Knibiehler, 2000; Freire, 2009; Prosen e Tvacar Krajnc, 2013).

Cahill (2001) faz uma análise histórica propondo uma apropriação, por parte dos homens, da gravidez e do parto dentro de um sistema patriarcal. Para a autora, os cuidados maternos são uma área-chave, em que a capacidade da mulher para tomar decisões está limitada, porque as relações entre o médico e a paciente reproduzem as relações de gênero existentes na sociedade, isto é uma posição secundária da mulher em relação ao homem.

No Reino Unido, o hospital é considerado o lugar mais seguro para nascer, de 97% a 99% dos partos acontecem em hospitais. A autora propõe que, em razão da segurança, tem-se medicalizado a gravidez, legitimando-se os marcos de referências dos médicos e a engenharia obstétrica associada a estes. A tendência crescente da ocorrência dos partos nos hospitais facilitou o incremento no desenvolvimento e uso da tecnologia obstétrica (Cahill, 2001).

Foi-se delineando uma divisão do trabalho: as parteiras estão a cargo das gravidezes normais e os obstetras das gravidezes de alto risco. Assim, foi desenvolvida uma especialidade médica para lidar como as

funções reprodutivas da mulher e suas associações. Com a especialidade médica da obstetrícia, aconteceu o reforço da natureza patológica da gravidez, o que ilustra o controle crescente da medicina na vida cotidiana das pessoas. Cahill (2001) sugere que o poder investido na medicina deriva do êxito de obter seu próprio conhecimento e de seu reconhecimento pela sociedade como o “corpo oficial” para lidar com assuntos de saúde e de doença.

Nesse sentido, as estratégias utilizadas pelo poder médico revelam a importância de classe e gênero no desenvolvimento das práticas de cura no domínio público. Para Cahill (2001) a profissionalização dos médicos implicou a exclusão das mulheres, e das parteiras, progressivamente, do domínio definido como sendo da medicina. O controle médico do mercado do parto transferiu a arte da cura, da área doméstica à área pública, das mãos das mulheres, ao controle dos homens. Assim como a medicina foi ficando responsável pelo CGP, foram mudando também os significados e as práticas associadas a este. Um elemento fundamental com a medicalização do CGP foi a introdução da tecnologia neste ciclo. Dessa forma, a gravidez passa de um evento normal e esperado para ser um evento com eventuais riscos, gerenciado pela perícia médica. Segundo a autora, o homem médico deliberadamente introduziu o medo, assustando a mulher, ao fazê-la acreditar que o atendimento masculino era necessário, exagerando os perigos do parto. Assim as funções reprodutivas da mulher foram redefinidas como potencialmente perigosas (Cahill, 2001).

No começo do século XX, o controle médico transformou a arte da cura do doméstico para o público, passando o controle das mãos das mulheres para as mãos dos homens.

Por séculos, a medicina e a religião têm sistematicamente desvalorizado os papéis e traços associados ao feminino, e excluído as mulheres do poder na sociedade, mediante uma ideologia patriarcal e preocupações misóginas com o poder reprodutivo feminino, um posicionamento evidentemente representado na obsessão da Igreja Católica com as bruxas na Idade Média (Aggleton, 1990 citado em Cahill, 2001, p. 337).

O patriarcado é o “‘governo dos pais’, assim deixam-se fora as referências das mulheres que tornavam opacas a voz dos homens que não se identificam com as normas do patriarcado” (Figueroa-Perea, 2016, p.4). Deste modo, “o propósito da medicina de perseguir o monopólio dos cuidados de saúde teve o intuito de excluir as mulheres

da prática no domínio público, o que faz parte de uma estratégia mais ampla de subjugar a mulher” (Cahil, 2001, p. 337).

Barker (1998) demonstrou como a gravidez foi interpretada medicamente nos Estados Unidos no começo do século XX. Através de análise de documentos a autora evidencia os mecanismos discursivos através dos quais a biomedicina re-conceitualizou o CGP como um problema médico. Até o final do século XIX, não existiam textos sobre a supervisão de uma gravidez “normal”. Os nove meses da gravidez tornaram-se medicalizados durante o século XX. Isto aconteceu num marco de uma alta taxa de mortalidade materna e infantil. Progressivamente, foram-se instalando os cuidados pré-natais a partir de uma retórica biomédica, que segundo Barker (1998) foi delineando a gravidez como uma doença que precisava de diagnóstico, onde somente os médicos possuíam as ferramentas para diagnosticar, classificando uma gravidez como normal ou anormal, o que foi desarticulando o conhecimento experiencial da mulher sobre sua própria gravidez. A autora estabelece especificamente, entre os anos 1924 e 1935, como o momento em que se institucionalizou a medicalização da gravidez, através dos cuidados pré-natais. Constata-se nesse período uma passagem da higiene para a supervisão médica, a passagem dos remédios preventivos às terapêuticas médicas, um aumento na ênfase da necessidade de monitorar todas as gravidezes usando a tecnologia. Desdobra-se neste processo, uma mudança na concepção de quem é o especialista, ou detentor do conhecimento sobre o estado de gravidez, retirando da mãe e passando aos médicos homens. Finalmente, ideia de que a gravidez é caótica e que precisa de uma intervenção médica é aprofunda. Nesse sentido pode-se pensar que a mulher torna-se um objeto de conhecimento e o médico o sujeito. Assim, durante o século XX, uma representação biomédica da gravidez estrutura entendimentos e explicações possíveis sobre a gravidez e sobre o parto, conseqüentemente sobre o ciclo gravídico-puerperal. A representação biomédica da gravidez e do parto outorgou aos médicos o monopólio do conhecimento sobre o ciclo gravídico-puerperal, excluindo a mulher como sujeito ativo, tornando-a passiva dentro processo de medicalização.

3.3.2. Medicalização do ciclo gravídico-puerperal em princípios do século XX na América Latina

A medicalização do CGP vai acontecer no começo do século XX, nesse momento histórico, os países latino-americanos estão na construção dos Estados-Nações, querendo romper com um passado colonial. Pretende-se romper com um passado antigo e instalar um projeto moderno de nação aparecendo, conseqüentemente, a preocupação com os futuros cidadãos. O projeto científico, através do Estado, busca se posicionar como discurso hegemônico sobre a saúde do povo. O Estado vai integrando a ideia de ciência e de técnica. Um dos aparatos, por excelência, para instalar este discurso, será o aparato médico.

3.3.2.1. No Brasil

Para Freire (2008, 2009), a ideologia da maternidade é enquadrada num cenário de um projeto modernizador republicano. No começo do século XX, se evidencia um crescimento das cidades que teve como consequência o estabelecimento de políticas higienistas. Ademais, a elite intelectual da época estava querendo construir um projeto social moderno visando a ordem e o progresso. Nesse sentido, o atraso econômico, o clima tropical e a miscigenação racial do povo eram considerados empecilhos à construção da nação. A pretendida “modernidade” tinha uma rejeição por tudo que apresentasse uma relação com um passado colonial considerada como “atraso”. Dentro deste quadro, “o exercício da maternidade ultrapassava os limites da esfera doméstica e adquiria um novo caráter de missão patriótica e função pública” (Freire, 2008, p. 154).

Assim, vai se fortalecendo a ideia de que a função primordial das mulheres na sociedade é a maternidade. A mulher leva em seu ventre o futuro cidadão; neste seguimento, a conservação das crianças passou a ser um foco principal, dado que através delas cuidava-se da nação. Dentro do discurso modernizador, a ciência é edificada como um signo de progresso, contrapondo o antigo ao novo e o tradicional ao moderno. Desta forma, é instaurado à ideia de uma educação das mulheres para a maternidade, com base na racionalidade científica moderna (Freire, 2009 ; 2008).

Dentre os atores que contribuíram para a consolidação desse discurso, os médicos tiveram um papel central. Diferentes princípios nortearam sua atuação: higiene, regeneração da raça, eugenia e sentimento nacionalista. Assim foi construído um discurso da maternidade científica sustentada em princípios científicos, principalmente na higiene, que se inspirava no modelo francês de sociabilidade e civilização. Os médicos foram participando cada vez mais desta produção discursiva, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1920, estabelecendo a maneira científica de cuidar das crianças, sustentada na ciência, que por sua vez, reforçava a ideia de modernidade. A puericultura começa a ter cada vez mais força, “estabelecendo a supremacia da razão sobre a emoção, e rompendo com os “antigos” dogmas religiosos ou crenças tradicionais” (Freire, 2008, p. 161).

A maioria dos médicos higienistas da época aderiam aos princípios eugenistas. A eugenia tem sua origem nas ideias de Sir Francis Galton, britânico — primo de Darwin — que em 1883 propõe um programa de seleção artificial para produzir uma raça de homens melhorados através de um controle dos casamentos e dos nascimentos. Estas ideias são difundidas na Europa e nos Estados Unidos na primeira metade do século XX. Etimologicamente, a eugenia vem de “eu”, que significa “bom”, e de “genos”, que significa “nascimento”. Então, eugenia seria o “bom nascimento” ou a “arte de bem engendrar”. Para Galton o termo “raça” tem o significado de “classe social”. “As diferenças entre as classes sociais, visíveis pelo êxito social, se explicam por fatores hereditários” (Aubert-Marson, 2011, p.141). Neste sentido, a eugenia reduz os problemas sociais a problemas biológicos. Como propõe Aubert-Marson, (2011), a eugenia aparece nas sociedades frente à angústia do declínio ou da degeneração da sociedade, procurando uma melhoria da mesma. No Brasil, “os médicos higienistas insistiam na relevância do papel das mulheres para ‘evolução’ e ‘elevação da raça’ e as incentivavam a romper com os costumes ‘bárbaros’ do passado e abraçarem, ao lado deles, os pressupostos da ciência da modernidade” (Freire, 2008, p. 166). Finalmente, os médicos tiveram um papel central na construção de um projeto republicano reformador, apoiando a construção de uma maternidade científica, oferecendo um instrumental técnico e o aproximando das mulheres similar ao universo masculino considerado como científico e racional (Freire, 2008, 2009).

Afirmando a instalação do ideal de ordem e progresso, com uma idéia linear do avanço da modernidade para o progresso e a rejeição do colonial, foram se configurando as novas relações sociais. A

maternidade passa a ser considerada como uma função patriótica, uma função pública, o que vai ter como consequência o ingresso das mulheres no mundo político hegemônico, até então, considerado exclusivamente masculino. A ciência vai ser institucionalizada como o signo máximo da modernidade e com ela, a instauração da maternidade científica.

3.3.3.2 *No Chile*

No Chile a assistência médica do parto começou em meados de século XIX. Na época da Colônia e até a metade do século referido a cima, as mulheres pariam com ajuda de outras mulheres, as parteiras. Em 1834 foi inaugurada a Escola de Parteiras dirigida pelo médico Francês Lorenzo Sazié. Logo em 1842 se inauguraria a Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, materializando a preocupação pela assistência médico-científica do parto no Chile republicano. A formação de parteiras e médicos tinha como objetivo principal converter a assistência do parto em uma tarefa sanitária da medicina profissional e reduzir o predomínio da influência e ação das parteiras empíricas, o que se conseguiria, em parte, ao longo do século XX. Esta transição também está marcada pelo alto índice de mortalidade infantil. No final do século XIX publicam-se manuais de puericultura e nas primeiras décadas do século XX se reforça o projeto de medicalização do CGP com a formação de parteiras, desenvolvimento de especialidades médicas como a obstetrícia e a ginecologia. Com o decorrer do século XX, a assistência profissional do parto passa a ser uma questão pública. Em 1920, a Caixa de Seguro Obrero é um dos instrumentos fundacionais para proteção à maternidade trabalhista, que também teve como correlato a medicalização assistencial do parto entre as trabalhadoras. A caixa de seguro organizou serviços de atenção maternal e para crianças no país. Em 1942 a assistência ao parto e o controle pré-natal, tanto nos seus aspectos técnico-clínicos como sociais, foram objetivos centrais para a saúde dos futuros “cidadãos” e a proteção das mulheres trabalhadoras urbanas (Memória Chilena, sd).

Na virada do século XX, aconteceram dois processos históricos: a construção dos Estados-Nações modernos e a medicalização da maternidade. Nesse sentido, o controle da saúde da mulher durante a gravidez por parte da medicina asseguraria a saúde dos futuros cidadãos. Dentro das principais implicações do processo de medicalização do ciclo gravídico-puerperal, podem-se estabelecer: a

passagem do âmbito privado para o âmbito público, a passagem de ser um domínio de mulheres para ser um domínio de homens, e a consideração da gravidez como uma doença.

3.3.4. Principais consequências da medicalização do ciclo gravídico- puerperal

Dentro das principais implicações do processo de medicalização do ciclo gravídico-puerperal, foi estabelecido: a passagem do âmbito privado para o âmbito público; a passagem de ser um domínio de mulheres para ser um domínio de homens; e a consideração da gravidez como uma doença.

Em primeiro lugar, com o processo de medicalização do CGP, os partos que antigamente eram atendidos principalmente nas casas, passaram a ser atendidos principalmente nos hospitais. No caso do Brasil, com o debate sobre a função da mulher na sociedade, a discussão sobre a maternidade passou a ter um lugar central na cena pública. Para Freire (2008), a passagem o CGP do domínio privado ao domínio público permitiu que as mulheres tivessem mais iniciativa própria e participação no mundo social.

Em segundo lugar, a medicalização do CGP teve como consequência a transferência de ser um fenômeno exclusivamente de mulheres para ser atendido por homens. Assim as parteiras foram excluídas do domínio, agora definido como da medicina, que no momento de transição era composto, na sua maioria, de profissionais homens. Nesse sentido pode-se pensar nas diferenças de poder que existem entre o médico e a paciente. Pode-se pensar que estas relações estariam atravessadas por alguns estereótipos sobre a imagem da mulher.

Finalmente, o CGP passa de eventos normais e esperados para ser considerados como de risco, devendo ser monitorado pela medicina. Como consequência o aumento na dependência à profissão médica para um resultado sadio do CGP. Classificando o nascimento como uma crise clínica, a mulher grávida passa a ser um sujeito de controle e monitoramento (Prosen e Tvacar Krajnc, 2013). Desta forma o que era classificado como normal passa a ser patológico. Ao estabelecer o normal e o patológico são designados às medidas e os critérios classificatórios, o que minimiza a relação entre definições e fatores

sociais (Prosen e Tvcacar Krajnc, 2013). Outra consequência é que a mulher passa a ser uma paciente, nesse sentido pode-se pensar em uma dupla vulnerabilidade de ser mulher, condição socialmente menos beneficiada que a do homem, e paciente.

3.4 Conceito de gênero e interseccionalidades

A medicalização do CGP está atravessada por elementos de gênero, dado que o CGP era um ciclo que acontecia entre mulheres, pois, os partos eram atendidos por mulheres, as parteiras. Progressivamente, os homens foram se ocupando do CGP.

O conceito de gênero surge com os estudos da mulher para denunciar as diferenças sociais entre homens e mulheres. Segundo Winkler (2007), do final do século XIX até a primeira metade do século XX as mulheres lutaram para abrir espaços na sociedade: o espaço no ambiente de trabalho, na universidade e na política, até então considerados espaços exclusivos do masculino. Embora o ceticismo sobre as capacidades mentais das mulheres para assistir às aulas na universidade e os argumentos que a educação avançada seria considerado ruim para sua saúde e poderia atrofiar os seus órgãos reprodutivos, elas conseguiram ingressar na Universidade. No final dos anos 1960, as feministas invadiram a Academia denunciando a dominação dos homens, assim como denunciaram a dominação masculina na construção dos conhecimentos acadêmicos e a dominação numérica deste conhecimento (Winkler, 2007). Aos poucos foram sendo realizados os estudos sobre a mulher, tendo sua origem com as feministas estadunidenses daquela época, e que a partir dos anos 1980 influenciaram os países latino-americanos. Estes estudos tem origem na discriminação que a mulher tem sofrido ao longo da história, e têm tido seu correlato e apoio no campo ideológico e científico.

Nas ciências, especialmente nas humanas e sociais, a presença da mulher é omitida ou se entrega uma visão parcial sobre sua participação e características, baseadas em supostas diferenças biológicas entre os sexos, que a relegam (a mulher) ao mundo da Natureza e reservam ao homem o mundo da Cultura (Winkler, 2007, p. 26).

O conceito de gênero, também, surge para explicar as desigualdades entre homens e mulheres, pondo ênfase na noção de multiplicidades de identidades. O masculino e o feminino se conformam

a partir de uma relação mútua, cultural e historicamente definida. O gênero é uma categoria transdisciplinária, que desenvolve um enfoque globalizador, remetendo aos traços e funções psicológicas e socioculturais que se atribuem em cada momento histórico, em cada sociedade a cada um dos sexos. A problematização das relações de gênero conseguiu romper com a ideia do caráter natural das mesmas (Winkler, 2007, p. 26).

Assim, entende-se que, ao interpretar as diferenças entre homens e mulheres, não se pode considerar única e exclusivamente a diferença biológica. Estas diferenças estão constituídas por elementos sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais.

Para Scott (1995) é importante ressaltar a história dos homens e das mulheres, entendendo que o termo gênero introduz uma noção relacional: “as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e não se poderia compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado” (Scott, 1995, p. 72). Assim, o conceito de gênero obriga a entender as diferenças entre homens e mulheres dentro de uma estrutura social e política. Progressivamente, dentro dos estudos de gênero foram se introduzindo conceitos de classe e raça, para complexificar o entendimento das diferenças entre homens e mulheres numa sociedade e tempo específicos.

O conceito de gênero foi adquirindo um *status* de categoria analítica, isto é, uma ferramenta para, mediante o entendimento das diferenças entre homem e mulheres, interpretar como se organiza uma sociedade num tempo histórico determinado, em relação as políticas de reprodução, de trabalho, de organização social em classes, em função das relações de poder e produção de discursos. O gênero como categoria analítica permitiu igualmente questionar as generalizações universalizantes reducionistas do que são as mulheres e os homens, como categorias universais e monódicas.

Butler (2005) vai apontar o gênero como uma norma:

uma norma opera dentro das práticas sociais como o padrão implícito de normalização... as normas podem ou não ser explícitas e quando operam como o princípio normalizador na prática social é comum que permaneçam implícitas, difíceis de ler e discerníveis de uma forma mais clara e dramática nos efeitos que produzem (Butler, 2005, p. 10).

O gênero entendido como norma social, vai se expressar em uma pessoa de forma particular e singular, e nesse sentido ele pode ser também lugar de resistência a essa norma.

Aquelas permutações do gênero, que não se adaptam ao binário, são tão parte do binário como sua instância mais normativa...o gênero é o mecanismo mediante o qual se produzem e naturalizam as noções de masculino e feminino, mas poderia ser muito bem o aparelho mediante o qual tais termos são desconstruídos e desnaturalizados (Butler, 2005, p. 11-12).

Entender o gênero partindo de uma lógica única e exclusivamente binária seria assumir as relações de poder entre os sexos, como sendo fixas, e não dar opção de pensar o poder como sendo factível de ser alterado. Butler (2005) destaca tanto a existência de normas sociais quanto simbólicas na definição do gênero.

O conceito de gênero, ao ser um conceito situado e não fixo, vai mudar em função dos contextos espaço-temporais onde ele seja utilizado. Em 1991, Crenshaw vai utilizar o termo de interseccionalidade no quadro de pesquisas com mulheres negras vítimas da violência nos Estados Unidos. O conceito de interseccionalidade “reconhece que os indivíduos podem experimentar discriminação na base de identidades múltiplas e intersectadas” (Campbell, 2015, p.480). As mulheres podem experimentar discriminação com base nas diferenças de gênero, mas também em função a outras identidades como raça e classe. Estas discriminações têm que ser consideradas dialéticas e de forma interdependente. Assim, ao pensar em diferenças de gênero, também é preciso analisar as diferenças de raça e classe. “A história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre masculino e feminino. Em seus contextos específicos, é uma tentativa para reverter ou deslocar suas operações” (Scott, 1995, p.84). A incorporação das mulheres e do movimento feminista na academia, na política e na história oficial permitiu questionar o que se entendia como mulher e homem por um lado e a noção da maternidade e da paternidade por outro, ambos entendidos até então como sistemas sem tempo e sem espaço, portanto, universais (Cova, 2007, Knibiehler, 2005; 2007).

Em continuação apresenta-se as políticas públicas e programas sobre a assistência ao CGP no Brasil e no Chile atuais.

3.5 Brasil: Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 e operacionalizado em 1990 e caracteriza-se por uma atividade de atenção integral à saúde de maneira descentralizada e gerenciada com a participação da comunidade e financiamento de entidades federais (estados, municípios e união federativa). Os princípios do SUS são: universalidade, equidade e integralidade e tem três níveis estratégicos de atenção: assistência, ambiental e políticas externas ao setor de saúde (habitação, lazer e educação).

Através do SUS, os gestores públicos têm estabelecido uma série de políticas públicas e programas para garantir o direito das gestantes e do bebê (Ministério da Saúde, UNICEF, 2011).

O programa de Humanização do parto, do pré-natal e do Nascimento instituído em 2000, tem como objetivo primordial “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Ministério da Saúde, Programa de Humanização do parto no pré-natal e no nascimento, 2002).

A Política Nacional de Humanização PNH (2003), estabelece como princípios a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismos, corresponsabilidades e autonomia dos sujeitos e coletivos. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (Humaniza SUS, Ministério da Saúde, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à mulher (2004) tem como objetivos: I. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. II. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. III. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, Política Nacional Integral à mulher, 2004).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005). Esta política desenvolve ações de prevenção e assistência à saúde da gestante, das parturientes e dos recém-nascidos, garantindo o acesso e a qualidade dessa assistência.

A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde tem como características essenciais à qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (Ministério da saúde, Portaria nº. 1.067, 2005).

Dentro das exigências há o dever de todos os estados e municípios disponibilizem serviços de saúde capazes de acolher todas as gestantes e recém-nascidos. A mulher tem uma vaga assegurada no hospital ou na maternidade caso necessite, incluindo o transporte para outro estabelecimento do município. Também é assegurado a assistência ao pré-natal no primeiro trimestre da gestação e à realização de todos os exames necessários.

O Método Canguru criado em 2007 é definido como um modelo de atenção perinatal. O Método é utilizado para garantir que

os bebês prematuros mantenham contato pele a pele com a mãe ou com o seu cuidador. Nesse método, o bebê permanece com o mínimo de roupa junto ao corpo da mãe ou do cuidador, na posição vertical. Dessa forma, ele se sente mais seguro e protegido, gasta menos energia para a manutenção de sua temperatura corpórea, aprende mais rápido a mamar no peito e vai para casa mais cedo. O método também fortalece o vínculo afetivo entre o adulto e o bebê (Macêdo, 2016, p.14).

Em 2011 o Ministério da Saúde no Brasil criou o programa Rede Cegonha. Esta estratégia implementou uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Ministério da saúde, portal da saúde).

Foi organizado a partir de quatro componentes: I pré-natal, parto e nascimento, II puerpério e atenção integral à criança, III sistema logístico: transporte sanitário e IV regulação (Ministério da Saúde, Portaria Nº 1.459, 2011).

Quando uma mulher descobre sua gravidez é inserida no programa rede cegonha, onde é acolhida pela equipe da unidade do SUS, localizada em seu bairro, para ser orientada e informada dos próximos passos, iniciando o pré-natal. Uma enfermeira, mediante um

protocolo do Ministério da saúde, solicita exames pertinentes ao primeiro trimestre da gestação. Os encontros tornam-se cada vez mais frequentes, primeiro de mês em mês, de 25 em 25 dias, depois de 15 dias em 15 dias e, finalmente, uma vez por semana. Nesses encontros o médico e a paciente conversam sobre a gravidez, a mulher recebe orientações sobre os cuidados: orientação dietética, atividade física e o rigor de realizar os exames. A aproximação da paciente com o profissional, é um dos objetivos da rede cegonha, dentro do objetivo maior de humanizar o processo de gestação.

A política de Atenção Integral a Saúde da Criança (2015) “tem como uma de suas metas cuidar da saúde dos recém-nascidos, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de desenvolver ações para reduzir a mortalidade infantil e investigar os óbitos dos bebês” (Macêdo, 2016, p.8).

Quanto às diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (2017) que tem por objetivo :

sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (Ministério da Saúde, Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal, 2017).

3.5.2 Chile: Serviço Nacional de Serviços da Saúde (SNSS)

Em 1970 foi criado no Chile o Serviço Nacional de Serviços da Saúde (SNSS), encarregado de receber, administrar e distribuir a receita estatal destinada à saúde no Chile. Os princípios são equidade, participação e solidariedade. Ele é um sistema misto público e privado tanto no financiamento como no fornecimento de serviços. O SNSS é composto pelo Ministério de saúde, e por suas agências e dependências: 29 serviços de saúde, Instituto de saúde pública (ISP), a central de Abastecimentos (CENABAST), Fundo nacional de saúde (FONASA), a superintendência de saúde, enquanto órgãos públicos. No privado, por as ISAPRES, seguros privados, clínicas e centros médicos privados, laboratórios e farmácias. Possui a saúde privada das forças armadas (FFAA), da polícia e das universidades e, finalmente, a saúde ocupacional do Ministério do Trabalho. A população distribui-se assim:

74% FONASA, 17% ISAPRES, 2% FFAA e 7% independentes ou sem afiliação às anteriores.

Dentro das ações empreendidas pelo Ministério de Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social, destacam-se o Programa da Saúde da Mulher e o Programa Chile Crece Contigo.

O programa Saúde da mulher foi estabelecido em 1997 com o propósito de contribuir ao desenvolvimento integral, físico, mental e social da mulher, em todas as etapas de seu ciclo vital, desde uma perspectiva que contemple diversos aspectos relacionados com a saúde da mulher, com um enfoque de risco que contemple a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e autocuidado de sua saúde (Programa Saúde da mulher, 1997).

O programa Chile Crece Contigo (2007) é um subsistema de proteção integral à infância que tem como missão acompanhar, proteger e apoiar integralmente a todos, as crianças e suas famílias, mediante ações e serviços de caráter universal, focalizado em apoios especiais a aqueles que apresentam alguma necessidade de vulnerabilidade maior. Este programa cumpre com os compromissos do Estado do Chile com a Convenção Internacional sobre os Direitos da criança, ratificada em 1990. As crianças ficam integradas ao sistema Chile Crece Contigo, quando suas mães realizam o primeiro controle de gravidez, no sistema público de saúde. A criança será acompanhada até seus 8 ou 9 anos, até seu ingresso no sistema escolar.

4. Metodologia

4.1 Caracterização da pesquisa

O método para abordar o problema de pesquisa é um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Um estudo de tipo qualitativo “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.” (Gerhardt e Silveira, 2009, p. 31). Nesta dissertação a busca foi aprofundar a compreensão da atenção ao CGP através do estipulado nas políticas públicas no Brasil e no Chile. Em relação aos objetivos, o estudo é exploratório dado que busca “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito” (Gerhardt e Silveira, 2009, p. 35). Caracteriza-se como um estudo descritivo dado que “pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade” (Gerhardt e Silveira, 2009, p. 35).

Dois estudos foram realizados para alcançar os objetivos propostos. O primeiro teve o objetivo identificar os artigos que relacionam as políticas públicas com os diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) no Brasil e no Chile no período de 2012 a 2017. O segundo, a partir de uma pesquisa documental com o objetivo de conhecer as diretrizes das políticas públicas atuais no ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile.

4.2 Procedimentos Estudo 1

Com o objetivo de identificar os artigos que relacionaram as políticas públicas com o ciclo gravídico-puerperal foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados *Lilacs*, *SciELO*, *Web of Science*, *Pubmed* e *PsyINFO* no período de 2012 a 2017. O termo ciclo gravídico-puerperal foi decomposto nos períodos pré-natal, parto e pós-parto.

Os descritores utilizados para a busca foram “políticas públicas” AND “gestação”; “políticas públicas” AND “pré-natal”; “políticas públicas” AND “parto”; “políticas públicas” AND “pós-parto”; “políticas públicas” AND “puerpério”, com suas respectivas traduções em inglês e espanhol.

A busca inicial relevou um total de 1782 artigos, dos quais 74 na base *LILACS*, 204 na *SciELO*, 353 na *Web of Science*, 635 na *PubMed* e 516 na *PsyINFO*. Com base em uma primeira consulta dos títulos e

dos resumos dos artigos, 43 foram retidos. Os artigos foram submetidos aos critérios de exclusão e inclusão, selecionando-se finalmente 16 artigos.

A busca foi realizada por dois juízes no mesmo intervalo de tempo, assim como a seleção de artigos. Num primeiro momento, os artigos foram inseridos em uma planilha geral, que os reuniu segundo as seguintes categorias: nome do estudo; autores; ano de publicação; país; objetivo; método; participantes; principais resultados; e políticas públicas citadas. Em uma segunda etapa, foi realizada uma avaliação crítica dos artigos.

4.3 Procedimentos Estudo 2

Uma pesquisa documental foi realizada para conhecer as diretrizes das políticas públicas atuais no ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile. Uma pesquisa documental define-se como “estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, que extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta” (Pimentel, 2001, p. 180).

Os documentos de interesse são as políticas públicas e programas (implementação das políticas) em saúde e são relativos ao ciclo gravídico puerperal. Em um primeiro momento foi estabelecido uma busca de documentos nos sites dos Ministério da Saúde de Brasil : <http://portalsaude.saude.gov.br>, e do Ministério da saúde do Chile: www.minsal.cl. A coleta dos documentos foi realizada no período de agosto a setembro de 2017. Foram construídos dois mapas dos sites, selecionando os documentos a partir das palavras chaves: Planejamento familiar, Gestação, Gravidez, Pré-natal, Parto, Pós-parto, Aleitamento, Recém-nascido, Neonatal, Materno, Paterno, Maternidade, Paternidade e Saúde sexual e reprodutiva (ANEXO I e ANEXO II). Também foram pesquisados os documentos a través do site da biblioteca virtual em saúde <http://bvsmis.saude.gov.br>, onde estão disponibilizadas as políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Outras fontes de seleção de documentos foram a Comissão Nacional de incorporação de tecnologias no SUS: www.conitec.gov.br, e o site da sede do poder executivo do governo federal do Brasil: www.planalto.gov.br.

O segundo momento da pesquisa foi a partir da revisão integrativa dos documentos estabelecendo uma tabela contendo as políticas e programas citados pelos artigos selecionados (ANEXO III).

Dentro dos documentos citados na revisão integrativa, destaca-se o Programa Chile Crece Contigo. Este programa faz parte do Ministério de Desarrollo Social (Desenvolvimento social) e conta com seu próprio site www.crececontigo.gob.cl e a lei que institui o programa que se encontrou na Biblioteca do Congresso Nacional do Chile BCN (www.leychile.cl).

Os documentos selecionados foram organizados e arquivados. “Organizar o material significa processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio” (Pimentel, 2001, p. 183).

4.3.1 Análise de dados

O corpus de análise foi inserido no ATLAS.ti 6.2, um software para facilitar a gestão dos dados coletados e sua codificação, muito utilizado em pesquisas qualitativas derivadas da Grounded Theory (Freitas, 2016). Posteriormente, uma análise de conteúdo (Bardin, 2011) foi realizada, cujas etapas são apresentadas a seguir.

A) pré-análise:

- i) leitura flutuante, primeiras impressões.
- ii) constituição do corpo de análise.
- iii) formulação de hipóteses.
- iv) definição de índices.
- v) preparação material.

B) Seleção das unidades de análise, orientadas pela pergunta e objetivos de pesquisa.

C) Processo de categorização e sub-categorização.

4.3.2 Estabelecimento de corpus de análise

Finalmente, os documentos que compõem o corpo de análise foram estabelecidos em função dos objetivos de pesquisa. Assim, o corpus foi composto dos seguintes documentos:

Brasil

Programa Humanização do parto de do nascimento

Portaria GM/MS n.º 569 de 1/06/00 – Institui o Programa

Portaria GM/MS n.º 570 de 1/06/00 – Estabelece incentivos
Componente I

Portaria GM/MS n.º 571 de 1/06/00 – Define o Componente II

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)

Plano de Ação 2004-2007

Princípios e Diretrizes

LEI N° 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Rede Cegonha (2011)

Portaria n° 1.459, de 21 de junho de 2011

Portaria n° 650, de 05 de outubro de 2011

Método Canguru (2007)

Portaria MS/GM n° 930, de 10/05/2012

Portaria n° 1.683, de 12 de julho de 2007

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Portaria MS/GM N° 1.130

Diretrizes parto normal (2017)

Portaria N°353 de 14 de fevereiro de 2017

Chile

Programa da saúde da Mulher (1997)

Programa Chile Crece contigo (2006)

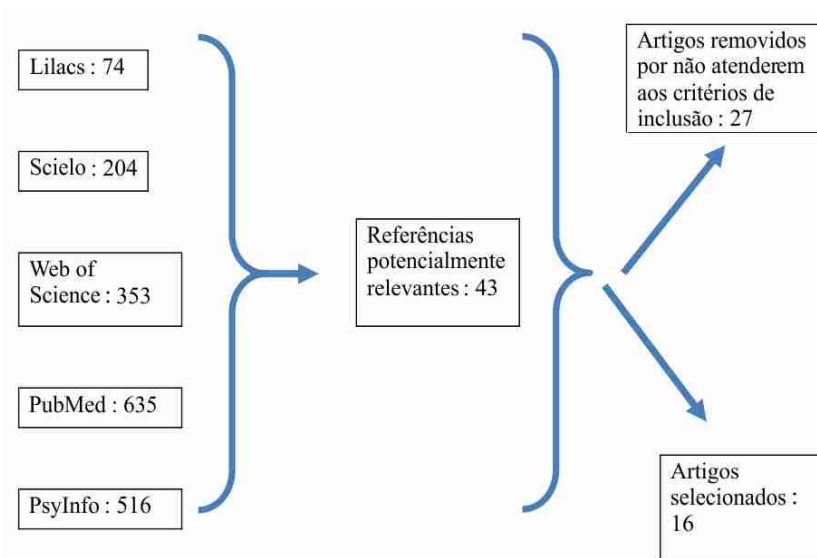
Lei 20379 (2009)

Guia perinatal (2016)

5. Resultados

5.1 Síntese resultados do estudo 1

Resultado da busca



Dos artigos selecionados depreende-se que tanto o Brasil como o Chile aderiram aos Objetivos de Desenvolvimento Milênio¹ para o ano 2015, propostos pela Organização Mundial da Saúde. Dois objetivos são particularmente relevantes para esta pesquisa. O objetivo 4, que diz respeito à redução da mortalidade infantil e o Objetivo 5, que busca melhorar a saúde materna.

No que concerne ao caso do Brasil, Barbosa et al. (2017) indicam que este país atingiu o objetivo 4 de reduzir a taxa de mortalidade infantil. Porém, aumentou a porcentagem de mortes ocorridas entre os 6 primeiros dias de vida. No que concerne às principais causas de mortes destaca-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer (Barbosa et al, 2017). O objetivo 5 ainda não foi alcançado pelo Brasil, no que diz respeito à redução da mortalidade materna em $\frac{3}{4}$

¹ odmbrasil.gov.br

(odmbrasil.gov.br). Alguns estudos apontam que há uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde e uma assistência à saúde de qualidade (Barbosa et al., 2017; Lansky et al., 20014). Dentro das fragilidades sublinhadas pelos artigos destaca-se: continuidade do cuidado (Ferreira et al., 2014), falta de informações (Da Silva et al., 2015) e orientações recebidas pelas mulheres no pré-natal e uma excessiva solicitação de exames no pré-natal associada a uma alta rotatividade dos médicos (Beheregaray, Hirt e Pachecho, 2013) e a utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas (Lansky et al., 2014). Outro elemento destacado é a alta taxa de cesariana 52,8% dos nascimentos em 2014 (Mendonça & Guimarães et al., 2017). Dentro dos aspectos levantados pela revisão, aparece a ideia do “paradoxo perinatal”, em que há altas taxas de medicalização, mas os resultados são ainda pouco satisfatórios. Mesmo que no Brasil tenha se desenvolvido variadas ações com o intuito de principalmente humanizar a assistência no ciclo gravídico-puerperal, os estudos revisados indicam que ainda há dificuldades de implementação destas ações. O Estudo de Lansky et al. (2014), indica que apenas um 0,2% das gestantes receberam práticas adequadas na assistência durante o trabalho de parto e 0,4% durante o parto. Além disso, práticas não recomendadas foram utilizadas em 36% dos casos. Rodriguez et al. (2017) apontam que 24,5% das mulheres não foram acompanhadas durante o parto e o nascimento no ano 2014. Ainda, destaca-se em alguns dos artigos o lugar do profissional de saúde como sendo mais preponderante do que o da mulher (Rodriguez, et al, 2017; Da silva et al, 2015; Vilela e Santos, 2015).

Dentro dos artigos selecionados, foram destacadas desigualdades sociais de classe e etnia na saúde materno-infantil. A taxa de mortalidade infantil concentra-se na região Nordeste (Barbosa et al, 2017; Lansky et al., 2014). Considerando que as principais causas de mortalidade infantil são a prematuridade e o baixo peso ao nascer, o estudo de Nyarko et al. (2014) estabelece que, 45% das disparidades de baixo peso ao nascer e 64% da prematuridade nos recém nascidos de ascendência africana, podem ser explicadas por fatores socioeconômicos, demográficos e geográficos. Além disso, as mães brancas assistem mais às consultas pré-natais (Nyarko et al., 2014) e que estas são de melhor qualidade quando comparadas àquelas de mães negras (Costa, Kale e Silveira, 2015; Nyarko et al. 2014).

No que concerne aos estudos do Chile, observou-se um número bastante reduzido comparativamente aos estudos brasileiros analisados (N=14). Apenas dois atingiram os critérios de inclusão. A análise destes

estabeleceu que o Chile tem alcançado os objetivos 4 e 5, dentre os ODM. Porém, a taxa de mortalidade não tem mudado em dez anos e existem desigualdades sociais no desenvolvimento posterior das crianças (Atalah et al., 2013; González et. al, 2013).

Finalmente, foi estabelecido que em ambos os países a saúde no ciclo gravídico-puerperal é entendida como uma prioridade, porém os indicadores continuam sendo insatisfatórios. Nesse sentido, é preciso aprimorar as ações nos respectivos sistemas de saúde, além do incremento da pesquisa científica sobre o tema em ambos os países.

5.2 Síntese resultados do Estudo 2

O corpo de análise foi composto por 18 documentos, dos quais 14 são documentos brasileiros e 4 são chilenos. Os documentos brasileiros foram coletados no site do Ministério da Saúde (11), no site da Biblioteca Virtual em Saúde (1), no site da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (1) e no site da sede do poder executivo do Governo Federal do Brasil (1). Os documentos chilenos foram coletados no site do Ministério de Saúde (2), no site do Programa Chile Crece Contigo (1) e na Biblioteca do Congresso Nacional do Chile (1).

A seguir apresentar-se-á o sistema de categorias de análise dos documentos, subdividas em subcategorias e unidades de análise.

Tabela 1. Categorias, subcategorias e unidades de análise dos documentos brasileiros

Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
1.Instrumentos de Registro das informações	1.1 Caderneta de saúde da criança	Crescimento e do desenvolvimento integral da criança (P. N. 1.130).
	1.2 Cartão da gestante	Registro de dados que possibilitam o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (P. N. 569)
	1.3 Ficha perinatal	Instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta (P. N. 569)
	1.4 Ficha de registro de procedimentos e atividades	Procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (P. N. 569)
2.Conhecimento Técnico-científico	2.1 Evidências científicas	Estudos da medicina baseados em evidências científicas (P. N. 2.418).
	2.2 Protocolo	Organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal (P. N. 569).
	2.3 Higiene	Ações educativas (P. N. 1683).
	2.4 Segurança	Segurança do manuseio da criança (P. N. 1683).
	2.5 Tecnologia	Diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte (P. MS/GM n. 930).
	2.6 Técnica	Manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele (P.N. 1683).
	2.7 Treinamento	Condição básica para garantir a
	2.8 Prevenção de Risco	

		qualidade da atenção” (P. N. 1683). Cientificação da gestante, ou de seu responsável legal (P. N. 353).
3. Humanização da Atenção	3.1 Cuidados humanizados 3.2 Dignidade 3.3 Liberdade	Atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família (P. N. 1.683). Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. (P. N. 1.683). Admitir a visita do pai sem restrição de horário (P. N. 569).
4. Condições sócio-ambientais	4.1 Especificidades loco-regionais 4.2 Perfil epidemiológico 4.3 Segmentos sociais excluídos	Implementação da PNAISC no âmbito do seu território, (P. N. 1.130). Implementação da PNAISC no âmbito do seu território (P. N. 1.130). Mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, as que fazem sexo com mulheres, as no climatério/menopausa e na terceira idade (PNAISM, Plano de Ação 2004-2007).

A partir das categorias e subcategorias estabelecidas, pode-se pensar que as diretrizes das políticas públicas do ciclo gravídico-puerperal no Brasil são o controle através dos registros, o modelo biomédico sustentado em ações técnico-científicas, a humanização que preconiza a dignidade e a liberdade como valores, e a consideração de condições socioambientais, no que diz respeito à saúde no ciclo gravídico-puerperal. Estas diretrizes dão conta de uma multiplicidade de paradigmas que podem ir de um polo mais técnico-científico, baseados no controle, a um pólo mais humanizado.

Tabela 2. Categorias e subcategorias e unidades de análise dos documentos chilenos

Categoria	Subcategorias	Unidade de análise
1. Risco para a saúde da mulher	1.1 Fatores de risco reprodutivo perinatal 1.2 Risco de morrer 1.3 Risco biopsicossocial	Objetivo de garantir o início da gravidez em condições de saúde favoráveis (Guia Perinatal, 2015). Risco de morrer durante o parto ou no puerpério supera 12 e 18 vezes o dos países desenvolvidos (Guia Perinatal, 2015). Detectar fatores de risco psicossocial (Guia Perinatal, 2015).
2. Evidência científica	-----	Estabelecer um diagnóstico e ações oportunas pelos profissionais de saúde (Guia Perinatal, 2015).
3. Busca da Equidade	3.1 Iniquidades	Ferramentas necessárias para abordar as iniquidades sociais desde a gestação (Guia Perinatal, 2015).
4. Medicalização	4.1 Opção pela Cesárea	Aumento da taxa de parto por cesárea (Guia Perinatal, 2015).

No que concerne aos documentos chilenos analisados, pode-se pensar que as diretrizes das políticas públicas no ciclo gravídico- puerperal no Brasil e no Chile são o risco para a saúde da mulher, a evidência científica, a busca da equidade e a medicalização.

Dos documentos analisados depreende-se que tanto as políticas públicas da atenção ao CGP do Brasil como do Chile têm uma forte marca de um modelo biomédico, mas com as preocupações de se contrapor ao que se tem de tecnocrático no modelo médico em uma tentativa de humanizar as práticas e de considerar as condições socioambientais que incidem no CGP.

5.3 Apresentação dos artigos

5.3.1 Artigo 1

Políticas Públicas no ciclo gravídico puerperal no Brasil e no Chile

Resumo

O objetivo geral deste estudo foi identificar e discutir o conteúdo da literatura científica que relaciona as políticas públicas com os diferentes momentos do ciclo gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) no Brasil e no Chile e analisar se os dois países aderiram e cumpriram a agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Milênio (ONU), por meio de uma revisão integrativa de literatura. A busca considerou o período entre 2012 e 2017, nas bases de dados *Lilacs*, *Scielo*, *Web of Science*, *Pubmed* e *PsyINFO*. Foram selecionados 16 artigos em função dos critérios de inclusão. Os principais resultados indicaram que tanto o Brasil como o Chile aderiram aos Objetivos de Desenvolvimento Milênio (ODM). Os artigos selecionados que abordam os ODM concluem que o Brasil alcançou o 4º objetivo de reduzir em 2/3 a taxa de mortalidade infantil, porém há um aumento na porcentagem de mortes ocorridas entre 0 e 6 dias. O 5º objetivo, melhorar a saúde materna, ainda não foi alcançado no Brasil. No que diz respeito ao Chile, os objetivos foram alcançados, porém a taxa da mortalidade materna ficou sem mudar nos últimos dez anos. A saúde materno-infantil é uma prioridade em ambos os países e diversas ações têm sido desenvolvidas; porém, os indicadores de saúde ainda são insatisfatórios. Uma alta medicalização prevalece na prática, em detrimento de ações de humanização, e muitas desigualdades sociais atravessam o problema da saúde materno-infantil. Nesse sentido, incita-se o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que considerem o conceito de interseccionalidade, que considera discriminações de gênero, classe e etnia, para aportar na discussão a fim de melhorar a atenção no ciclo gravídico-puerperal.

Palavras chaves: Políticas públicas, pré-natal, parto, pós-parto.

Public policies in the puerperal pregnancy cycle in Brazil and Chile

Abstract

The general objective of this study was to identify and discuss the content of the scientific literature that relates public policies to the different moments of the puerperal pregnancy cycle (prenatal, delivery and postpartum) in Brazil and Chile and to analyze whether the two countries adhered and fulfilled the Millennium Development Goals (UN) agenda, through an integrative literature review. The search considered the period between 2012 and 2017, in the *Lilacs*, *Scielo*, *Web of Science*, *Pubmed* and *PsyINFO* databases. Sixteen articles were selected according to the inclusion criteria. The main results indicated that both Brazil and Chile adhered to the Millennium Development Goals (UN). The selected articles that address the MDGs conclude that Brazil achieved the 4th objective of reducing child mortality by 2/3, but there is an increase in the percentage of deaths occurring between 0 and 6 days. The 5th objective, to improve maternal health, has not yet been reached in Brazil. With respect to Chile, the objectives were achieved, but the rate of maternal mortality remained unchanged in the last ten years. Maternal and child health is a priority in both countries and a number of actions have been taken; however, health indicators are still unsatisfactory. High medicalization prevails in practice, to the detriment of humanization, and many social inequalities cross the problem of maternal and child health. In this sense, we encourage the development of qualitative research that considers the concept of intersectionality, which considers discrimination of gender, class and ethnicity, to contribute to the discussion in order to improve attention in the pregnancy-puerperal cycle.

Keywords: Public policies; prenatal; delivery; postpartum.

Introdução

Brasil e Chile aderiram aos Objetivos do Desenvolvimento Milênio (ODM) promovidos na Conferência Milênio, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Setembro de 2000 em Nova York. “Os oito ODM que deveriam ser atingidos, em sua maioria, no período de 25 anos (entre 1990 e 2015), são: A erradicação da pobreza e da fome; A universalização do acesso à educação básica; A promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; A redução da mortalidade infantil; A melhoria da saúde materna; O combate ao

HIV/aids, malária e outras doenças; A promoção da sustentabilidade ambiental; e O estabelecimento de parcerias mundial para o desenvolvimento” (Vilela a Santos, 2015,p. 263).

Dentre os oito objetivos, destacam-se o 4º objetivo, que diz respeito à reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 0 e 5 anos de vida, no período do ano 1990 a 2015, e o 5º objetivo que faz alusão à melhora da saúde materna e a redução em 3/4, a razão de mortalidade materna dentro do mesmo período (odmbrasil.gov.br). Os governos têm elaborado diferentes estratégias para alcançar estes objetivos e estas produziram o estabelecimento de políticas públicas e programas.

A saúde materna assim como a saúde infantil são computadas como indicadores de saúde de uma sociedade. A saúde da mãe influenciará a saúde do bebê, a saúde do bebê terá incidência no desenvolvimento e na vida da criança e do adulto que esta tornar-se-á. No início da vida, já se estabelecem os primórdios da existência de uma pessoa, trata-se de um momento delicado que precisa de cuidados especializados, pois a concepção e nascimento de um bebê assinala o nascimento de uma mãe, um pai e de uma família.

As instituições de saúde têm a obrigatoriedade de ofertar um cuidado à altura neste importante momento da vida. Buscando a melhora do sistema regulatório do ciclo gravídico-puerperal (CGP) é fundamental conhecer as políticas públicas no CGP e comparar diferentes modelos em saúde materno-infantil entre diferentes países. A escolha, neste artigo, foi por trabalhar com as políticas públicas sobre o tema, no Brasil no Chile.

Objetivo

Identificar e relacionar o conteúdo da literatura científica que relaciona as políticas públicas com os diferentes momentos do ciclo gravídico puerperal (pré-natal, parto e pós-parto) no Brasil e no Chile e analisar se os dois países aderiram e cumpriram a agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Milênio (ONU).

Método

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sobre políticas públicas considerando os três momentos do ciclo gravídico-puerperal: pré-natal, parto e pós-parto.

Escolha das fontes de dados

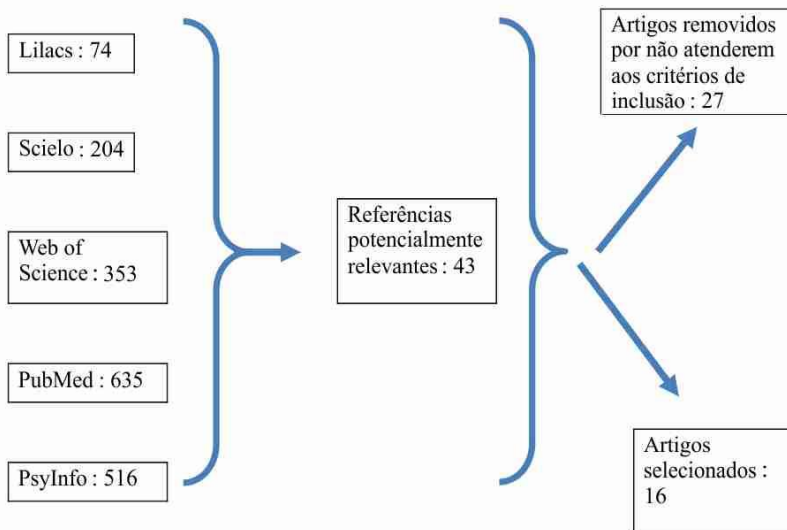
As bases de dados eletrônicas selecionadas foram: *Scielo*, (Scientific Electronic Library Online), *Web of Science* e *PubMed*, por apresentarem foco na literatura biomédica; *PsyINFO*, por conter artigos de psicologia, psiquiatria e ciências sociais; e *LILACS* (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), por conter artigos de Literatura Latino-Americana em ciências da saúde.

As palavras-chave foram estabelecidas em função dos Descritores em Ciências da Saúde (DESCS), utilizando-se as seguintes combinações de busca: “políticas públicas” AND “gestação”; “políticas públicas” AND “pré-natal”; “políticas públicas” AND “parto”; “políticas públicas” AND “pós-parto”; “políticas públicas” AND “puerpério”, com suas respectivas traduções em inglês e espanhol. A delimitação temporal da busca foi de 5 anos, de 2012 a 2017. Para a seleção de artigos, os critérios de exclusão foram: temáticas que não se relacionam com o objetivo de pesquisa; outras línguas além das incluídas; indisponibilidade do texto completo; artigos duplicados; artigos fora do intervalo temporal estipulado. Como critério de inclusão utilizou-se artigos em cuja análise foi delimitada com referência às políticas públicas.

A busca foi realizada por dois juízes no mesmo intervalo de tempo, assim como a seleção de artigos. Em primeiro momento os artigos ordenados em uma planilha geral, que os reuniu segundo as seguintes categorias: nome do estudo; autores; ano de publicação; país; objetivo; método; participantes; principais resultados; e políticas públicas citadas. Seguido de uma avaliação crítica dos artigos.

Síntese resultados

Resultado da busca



Dos artigos selecionados depreende-se que tanto o Brasil como o Chile aderiram aos Objetivos de Desenvolvimento Milênio² para o ano 2015, propostos pela Organização Mundial da Saúde. Dois objetivos são particularmente relevantes para esta pesquisa. O objetivo 4, que diz respeito à redução da mortalidade infantil e o Objetivo 5, que busca melhorar a saúde materna.

No que concerne ao caso do Brasil, Barbosa et al. (2017) indicam que este país atingiu o objetivo 4 de reduzir a taxa de mortalidade infantil. Porém, aumentou a porcentagem de mortes ocorridas entre os 6 primeiros dias de vida. No que concerne às principais causas de mortes destaca-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer (Barbosa et al, 2017). O objetivo 5, ainda não foi alcançado pelo Brasil, no que diz respeito à redução da mortalidade materna em $\frac{3}{4}$ (odmbrasil.gov.br). Alguns estudos apontam que há uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde e

² odmbrasil.gov.br

uma assistência à saúde de qualidade (Barbosa et al., 2017; Lansky et al., 20014). Dentro das fragilidades sublinhadas pelos artigos destaca-se: continuidade do cuidado (Ferreira et al., 2014), falta de informações (Da Silva et al., 2015) e orientações recebidas pelas mulheres no pré-natal e uma excessiva solicitação de exames no pré-natal associada a uma alta rotatividade dos médicos (Beheregaray, Hirt e Pachecho, 2013) e a utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas (Lansky et al., 2014). Outro elemento destacado é a alta taxa de cesariana 52,8% dos nascimentos em 2014 (Mendonça & Guimarães et al., 2017). Dentro dos aspectos levantados pela revisão, aparece a ideia do “paradoxo perinatal”, em que há altas taxas de medicalização, mas os resultados são ainda pouco satisfatórios. Mesmo que no Brasil tenha se desenvolvido variadas ações com o intuito de principalmente humanizar a assistência no ciclo gravídico-puerperal, os estudos revisados indicam que ainda há dificuldades de implementação destas ações. O Estudo de Lansky et al. (2014), indica que apenas um 0,2% das gestantes receberam práticas adequadas na assistência durante o trabalho de parto e 0,4% durante o parto. Além disso, práticas não recomendadas foram utilizadas em 36% dos casos. Rodriguez et al. (2017) apontam que 24,5% das mulheres não foram acompanhadas durante o parto e o nascimento no ano 2014. Ainda, destaca-se em alguns dos artigos o lugar do profissional de saúde como sendo mais preponderante do que o da mulher (Rodriguez, et al, 2017; Da silva et al, 2015; Vilela e Santos, 2015).

Dentro dos artigos selecionados, foram destacadas desigualdades sociais de classe e etnia na saúde materno-infantil. A taxa de mortalidade infantil concentra-se na região Nordeste (Barbosa et al, 2017; Lansky et al., 2014). Considerando que as principais causas de mortalidade infantil são a prematuridade e o baixo peso ao nascer, o estudo de Nyarko et al. (2014) estabelece que, 45% das disparidades de baixo peso ao nascer e 64% da prematuridade nos recém nascidos de ascendência africana, podem ser explicadas por fatores socioeconômicos, demográficos e geográficos. Além disso, as mães brancas assistem mais às consultas pré-natais (Nyarko et al., 2014) e que estas são de melhor qualidade quando comparadas àquelas de mães negras (Costa, Kale e Silveira, 2015; Nyarko et al. 2014).

No que concerne aos estudos do Chile, observou-se um número bastante reduzido comparativamente aos estudos brasileiros analisados (N=14). Apenas dois atingiram os critérios de inclusão. A análise destes estabeleceu que o Chile tem alcançado os objetivos 4 e 5, dentre os ODM. Porém, a taxa de mortalidade não tem mudado em dez anos e

existem desigualdades sociais no desenvolvimento posterior das crianças (Atalah et al., 2013; González et. al, 2013).

Finalmente, foi estabelecido que em ambos os países a saúde no ciclo gravídico-puerperal é entendida como uma prioridade, porém os indicadores continuam sendo insatisfatórios. Nesse sentido, é preciso aprimorar as ações nos respectivos sistemas de saúde, além do incremento da pesquisa científica sobre o tema em ambos os países.

Referências

- Atalah, E., Cordero M., Quezada S., Carrasco, X. Romo, M., Guerra, M.E. (2013).
Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 – 201. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78 (4), pp. 310-316.
- Barbosa, E., Lansky, S., Santiago, M.A., Carvalho, D., Santiago, J., Teixeira, R., Porto, D., Furquim de Almeida, M., Marinho de Souza, M., Landman, C., Mooney, M.,
Naghavi, M. E Nogales, A.M. (2017). Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de epidemiologia* 20, 1, pp. 46-60.
- Barros da Cunha, A. C. e Benevides, J. (2012). Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17 (1), pp. 111-119.
- Beheregaray, F., Hirt, L. e Pacheco, I. (2013). Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Revista Escola Enfermagem USP*, 47 (2), pp. 281-287.
- Carreno, I., de Lourenzi, A.L. e Soares, J. (2014). Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Revista Saúde Pública*, 48 (4), pp. 662-670.
- Costa, S., Kale, P.L. e Silveira da Silva, K. (2015). Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 15 (2), pp. 209-217.
- Da Silva, F., Rocha, L., Mota, M., Petters, V. e De Oliveira, Z. (2015). Fatores

- determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto, Contexto Enfermagem*, 24 (2), pp. 336-343.
- Ferreira, M., Dos Santos, L., Souza, A., Paulino, A., Paulino, M. De Oliveira, C.,
Fernandes, M.A. (2016). Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte. *BrasilCiência e Saúde Coletiva* 21, (1), pp. 243-252.
- Lansky, S., De Lima, A., Moura, A., Campos, D., Duarte, S., Lazaro, M., Germano, P.,
Silva, R. E Ledo, A. (2014). Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno Saúde Pública*, 30, pp. 192-207.
- González, R. Koch, E., Poblete J.A. , Vera, C., Muñoz, H., Carroli, G., Abalos, E.,
Lalonde, A., Oyarzún, E., Germain, A., Schnapp, C., Neira, J., Hasbun, J., Carvajal, J., Theodor, M., Vargas, P., Insunza, A., Kusanovic, J., Gómez, R., González, M., Guzmán, E., Paublo, M., Burgos, S., Clavero, M., Klasse, F. (2013). Consenso salud materna para Chile en el nuevo milenio. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología*, 78 (2), pp. 142-147.
- Mendonça, R., Pereira Duarte Silva, R., Gomes, V., Ribeiro, A.C., Tavares, R., Pascoal,
R. (2017). Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 17 (3): 581-590.
- Nyarko, K., López-Camelo, J., Castilla, E. e Wehby, G. (2014). Explicación de las
disparidades raciales en la salud neonatal en Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), pp.305–316.
- Nunes, C., Antunes, L., Cruz da Silva, S., Neumaier, C., Cremonese, L. e Ressel, L.B.
(2015). “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 36, pp. 168-176.
- Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. (2013). Evaluación de
atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), pp. 1-8.

- Pizzo, L., Andrade, S., Rigo Silva, A., Melchior, R. e González, A. (2014) Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde : determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saúde Soc*, 23, 3, pp. 908-918.
- Rodriguez, D.P., Alves, V.H., Penna, L.H.G., Perreira, A.V., Branco M.B.L.R., de Souza, R.M.P. (2017). O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enfermagem*, 26 (3), pp. 2-10.
- Traldi, M.C., Galvão, P. e Da Fonseca, M.R. (2014). Avaliação do pré-natal de gestantes da região de Jundáí-SP, Brasil: índice do Kotelchuck. *Revista Saúde* 8, 1/2, p. 22-29.
- Vilela, F. e Santos, P. (2015). Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, pp. 262-266.

5.3.2 Artigo 2

Diretrizes das políticas públicas para a atenção ao ciclo gravídico puerperal no Brasil e no Chile

Resumo

Com o objetivo de conhecer as diretrizes das políticas públicas sobre o ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile, foi realizada uma pesquisa documental. Foram analisados 18 documentos, sendo 14 do Brasil e 4 do Chile. Após a realização de uma análise de conteúdo foram estabelecidas 4 categorias temáticas para os documentos brasileiros: Instrumentos de Registro das informações, Conhecimento Técnico-científico, Humanização da Atenção e Condições sócio-ambientais. Para os documentos chilenos foram estabelecidas 4 categorias temáticas : Risco para a saúde da mulher, Evidência Científica, Busca da Equidade e Medicalização. Os resultados mostraram que as políticas públicas sobre o ciclo gravídico-puerperal têm uma forte marca do modelo biomédico. No Brasil, a implementação da Humanização dos Cuidados é um importante esforço por integrar outras visões. No Chile, as políticas centram-se no conceito de equidade. Apesar dos avanços de ambos os países, a atenção no ciclo gravídico-puerperal segue centrada na mulher. Estabeleceu-se uma análise da relação entre saúde materna, às desigualdades sociais e indicadores econômicos.

Palavras-chave: políticas públicas, ciclo gravídico-puerperal.

Public policy guidelines for attention to the puerperal pregnancy cycle in Brazil and Chile

Abstract

In order to know the guidelines of public policies on the pregnancy-puerperal cycle in Brazil and Chile, a documentary research was carried out. We analyzed 18 documents, 14 of them from Brazil and 4 from Chile. After an content analysis, 4 thematic categories were established for Brazilian documents: Information Registration Instruments, Technical-Scientific Knowledge, Humanization of Attention and Socioenvironmental Conditions. For the Chilean documents, 4 thematic

categories were established: Risk for Women's Health, Scientific Evidence, Equity-seeking and Medicalization. The results showed that public policies on the pregnancy-puerperal cycle have a strong biomedical model. In Brazil, the implementation of Humanization of Care is an important effort to integrate other visions. In Chile, policies focus on the concept of equity. Despite advances in both countries, attention in the pregnancy-puerperal cycle remains centered on women. An analysis of the relationship between maternal health, social inequalities and economic indicators was established.

Key words: public policies, pregnancy-puerperal cycle.

Sob a ótica de Bronfenbrenner (1996), quem entende o indivíduo como sendo parte de diferentes sistemas, poderia pensar a mulher e o casal que atravessam o ciclo gravídico-puerperal (CGP), sendo influenciados pelas políticas públicas que o enquadram. A atenção que esta mulher e este casal vão receber no momento do CGP pode favorecer ou obstaculizar o bom desenvolvimento deste processo, tão fundamental na vida da mulher e do casal.

Heise (1998), ancorado no modelo proposto por Bronfenbrenner, apresenta um modelo ecológico para a compreensão das origens da violência de gênero. A autora propõe quatro sistemas: história pessoal, microssistema, exossistema e macrossistema. No macrossistema, consideram-se entre outros os papéis rígidos de gênero, o que aumentaram a violência contra as mulheres (Heise, 1998). Nossa sociedade vem sofrendo transformações, mas ainda recai sobre a mulher a responsabilidade dos cuidados dos filhos. É possível considerar que estes papéis sociais tradicionais e rígidos aumentam a violência contra mulher, pois fica sobrecarregada muitas vezes ao trabalhar fora de casa e ao mesmo tempo por assumir a maior carga em relação aos cuidados dos filhos. Neste sentido, é fundamental considerar elementos de gênero na assistência no CGP.

O CGP está influenciado pelas políticas públicas, neste sentido, busca-se conhecer as diretrizes norteadoras das políticas públicas sobre o ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva documental com o objetivo de conhecer as diretrizes das políticas públicas sobre o ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile.

Os documentos foram selecionados a partir dos *sites* do Ministério da Saúde do Brasil (<http://portalsaude.saude.gov.br>), da

Comissão Nacional de incorporação de tecnologias no SUS (www.conitec.goc.br), do site da sede do poder executivo do Governo Federal do Brasil (www.planalto.gov.br). Do Ministério da Saúde do Chile (www.minsal.cl), do Ministério do Desenvolvimento do Chile (www.chilecrececontigo.cl) e da Biblioteca do Congresso Nacional do Chile BCN (www.leychile.cl) no período de abril a dezembro de 2017.

O corpus de análise ficou composto pelos seguintes documentos:

Brasil

Programa Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN, 2000) (Portaria GM/MS n. 569 de 1/06/00; Portaria GM/MS n. 570 de 1/06/00; Portaria GM/MS n. 571 de 1/06/00; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) (Plano de Ação 2004-2007; Princípios e Diretrizes); Rede Cegonha (2011) (Portaria n.1.459, de 21 de junho de 2011; Portaria n. 650, de 05 de outubro de 2011); Método Canguru (2007) (Portaria MS/GM n. 930, de 10/05/2012; Portaria n. 1.683, de 12 de julho de 2007); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Portaria MS/GM n. 1.130); Lei do acompanhante (Lei Federal n. 11.108, de 7 de abril de 2005; Portaria n. 2.418, de 02 de dezembro de 2005); Diretrizes para Parto Normal Resumida (2017); Portaria n. 353 de 14 de fevereiro de 2017.

Chile

Programa de Saúde da Mulher (1997); Programa Chile Crece contigo (2006); Lei 20379, que institui o programa Chile Crece contigo (2009); Guia perinatal (2016).

Após a seleção dos documentos, foi realizada uma análise de conteúdo (Bardin, 2011) com a utilização do *software* Atlas.ti 6.2 para organização do material. Com base em uma leitura flutuante, foram estabelecidas categorias, subcategorias e unidades de análise.

Síntese resultados

O corpo de análise foi composto por 18 documentos, dos quais 14 são documentos brasileiros e 4 são chilenos. Os documentos

brasileiros foram coletados no site do Ministério da Saúde (11), no site da Biblioteca Virtual em Saúde (1), no site da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (1) e no site da sede do poder executivo do Governo Federal do Brasil (1). Os documentos chilenos foram coletados no site do Ministério de Saúde (2), no site do Programa Chile Crece Contigo (1) e na Biblioteca do Congresso Nacional do Chile (1).

A seguir apresentar-se-á o sistema de categorias de análise dos documentos, subdivididas em subcategorias e unidades de análise.

Tabela 1. Categorias, subcategorias e unidades de análise dos documentos brasileiros

Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
1.Instrumentos de Registro das informações	1.1 Caderneta de saúde da criança	Crescimento e do desenvolvimento integral da criança (P. N. 1.130).
	1.2 Cartão da gestante	Registro de dados que possibilitam o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (P. N. 569)
	1.3 Ficha perinatal	
	1.4 Ficha de registro de procedimentos e atividades	Instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta (P. N. 569) Procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal (P. N. 569)
2.Conhecimento Técnico-científico	2.1 Evidências científicas	Estudos da medicina baseados em evidências científicas (P. N. 2.418).
	2.2 Protocolo	Organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal (P. N. 569).
	2.3 Higiene	
	2.4 Segurança	Ações educativas (P. N. 1683).

	<p>2.5 Tecnologia</p> <p>2.6 Técnica</p> <p>2.7 Treinamento</p> <p>2.8 Prevenção de Risco</p>	<p>Segurança do manuseio da criança (P. N. 1683).</p> <p>Diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte (P. MS/GM n. 930).</p> <p>Manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele (P.N. 1683).</p> <p>Condição básica para garantir a qualidade da atenção” (P. N. 1683).</p> <p>Cientificação da gestante, ou de seu responsável legal (P. N. 353).</p>
3. Humanização da Atenção	<p>3.1 Cuidados humanizados</p> <p>3.2 Dignidade</p> <p>3.3 Liberdade</p>	<p>Atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família (P. N. 1.683).</p> <p>Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. (P. N. 1.683).</p> <p>Admitir a visita do pai sem restrição de horário (P. N. 569).</p>
4. Condições sócio-ambientais	<p>4.1 Especificidades loco-regionais</p> <p>4.2 Perfil epidemiológico</p> <p>4.3 Segmentos sociais excluídos</p>	<p>Implementação da PNAISC no âmbito do seu território, (P. N. 1.130).</p> <p>Implementação da PNAISC no âmbito do seu território (P. N. 1.130).</p> <p>Mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, as que fazem sexo com mulheres, as no climatério/menopausa e na terceira idade (PNAISM, Plano de Ação 2004-2007).</p>

A partir das categorias e subcategorias estabelecidas, pode-se pensar que as diretrizes das políticas públicas do ciclo gravídico-puerperal no Brasil são o controle através dos registros, o modelo biomédico sustentado em ações técnico-científicas, a humanização que preconiza a dignidade e a liberdade como valores, e a consideração de condições socioambientais, no que diz respeito à saúde no ciclo gravídico-puerperal. Estas diretrizes dão conta de uma multiplicidade de paradigmas que podem ir de um polo mais técnico-científico, baseados no controle, a um pólo mais humanizado.

Tabela 2. Categorias e subcategorias e unidades de análise dos documentos chilenos

Categoria	Subcategorias	Unidade de análise
1. Risco para a saúde da mulher	1.1 Fatores de risco reprodutivo perinatal 1.2 Risco de morrer 1.3 Risco biopsicossocial	Objetivo de garantir o início da gravidez em condições de saúde favoráveis (Guia Perinatal, 2015). Risco de morrer durante o parto ou no puerpério supera 12 e 18 vezes o dos países desenvolvidos (Guia Perinatal, 2015). Detectar fatores de risco psicossocial (Guia Perinatal, 2015).
2. Evidência científica	-----	Estabelecer um diagnóstico e ações oportunas pelos profissionais de saúde (Guia Perinatal, 2015).
3. Busca da Equidade	3.1 Iniquidades	Ferramentas necessárias para abordar as iniquidades sociais desde a gestação (Guia Perinatal, 2015).
4. Medicalização	4.1 Opção pela Cesárea	Aumento da taxa de parto por cesárea (Guia Perinatal, 2015).

No que concerne aos documentos chilenos analisados, pode-se pensar que as diretrizes das políticas públicas no ciclo gravídico-puerperal no Brasil e no Chile são o risco para a saúde da mulher, a evidência científica, a busca da equidade e a medicalização.

Dos documentos analisados depreende-se que tanto as políticas públicas da atenção ao CGP do Brasil como do Chile têm uma forte marca de um modelo biomédico, mas com as preocupações de se contrapor ao que se tem de tecnocrático no modelo médico em uma tentativa de humanizar as práticas e de considerar as condições socioambientais que incidem no CGP.

6. Discussão integrada

Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar as políticas públicas e programas sobre a atenção ao ciclo gravídico-puerperal, no Brasil e no Chile.

O primeiro estudo teve como objetivo analisar a produção científica sobre as políticas públicas e o ciclo gravídico-puerperal. Dos artigos selecionados, 14 foram pesquisas sobre o Brasil e 2 sobre o Chile. Assim, teve-se acesso a informações mais detalhadas sobre o Brasil. Foi constatado que o Brasil e o Chile aderiram aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, dentro dos quais são ressaltados os objetivos 4 e 5, que dizem respeito a diminuir a taxa de mortalidade infantil e melhorar a saúde materna. Os artigos apontam que as políticas públicas efetuadas no Brasil têm alcançado o quarto objetivo, a redução da taxa de mortalidade infantil, porém aumentou a porcentagem de mortes de crianças entre 0 e 6 dias de idade. No que diz respeito à saúde materna, o objetivo 5, diminuir a taxa de mortalidade materna, não foi alcançado. No Chile, as políticas públicas operacionalizadas têm alcançado os Objetivos Desenvolvimento Milênio, porém, a taxa de mortalidade materna não apresentou redução nos últimos 10 anos e as crianças apresentam uma desigualdade no desenvolvimento posterior em função da condição socioeconômica.

Lansky et al. (2014) estabeleceram que 98,4% dos partos aconteceram em hospitais e em 88,7% dos casos eles foram assistidos por médicos. A taxa de cesariana foi de 52,8% no ano de 2014 (Mendonça Guimarães et al., 2017) o que ultrapassa largamente o preconizado pela OMS (10-15%). Isto evidencia a medicalização dos partos. Considerando que as principais causas de óbitos infantis foram o baixo peso ao nascer e a prematuridade (Lansky et al., 2014) e que aumentou a porcentagem de óbitos entre o 0 e os 6 dias de vida, representando 41% dos óbitos entre 0 e 5 anos de idade no ano de 2015 (Barbosa et al. 2017), considerando que a grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%) (Lansky et al. 2014), aparentemente a alta medicalização associa-se com estes indicadores. Vários autores estabelecem que em geral as mortes são preveníveis através de uma assistência de qualidade (Barbosa et al., 2017; Lansky et al., 2014). A partir da análise de conteúdo dos documentos brasileiros, no Estudo 2, pode-se pensar que as diretrizes das políticas públicas do CGP no Brasil são o controle através dos registros, o modelo biomédico sustentado em ações técnico-científicas, a humanização que preconiza a

dignidade e a liberdade como valores e as considerações de condições socioambientais. Estas diretrizes dão conta de uma multiplicidade de paradigmas que podem ir de um polo mais técnico-científico, baseado no controle, a um polo mais humanizado, baseado na liberdade.

Atualmente os indicadores de saúde materna não são satisfatórios (Ferreira et al., 2014 ; Vilela e Santos, 2014). Dentro dos aspectos levantados pela revisão integrativa, aparece a ideia do “paradoxo perinatal”, em que há altas taxas de medicalização, mas os resultados são ainda pouco satisfatórios. Ainda que o Brasil tenha desenvolvido variadas ações com o intuito de humanizar a assistência no CGP, os estudos revisados indicam que há dificuldades de implementação destas ações (Mendonça Guimarães et al., 2014).

Outro elemento que chama atenção é que através do Estudo 2 depreende-se que os documentos foram centrados na mulher. Porém, a partir do estudo 1, é estabelecido que na eleição da cesárea, no estudo de Da Silva et al. (2015) a escolha pela intervenção cirúrgica responde à conveniência do profissional médico. Outro elemento sublinhado pelo estudo de Beheregaray, Hiert e Pacheco (2013) em relação à avaliação das puérperas, sobre o atendimento pré-natal, é uma fragilidade com respeito às informações e orientações no pré-natal. Cabe a análise que ainda que as políticas sejam centradas na mulher, em alguns dos artigos selecionados no Estudo 1, o lugar do profissional de saúde é às vezes mais preponderante do que o da mulher (Rodriguez, et al, 2017; Da Silva et al, 2015; Vilela e Santos, 2015).

No que diz respeito a encontrar dois polos nos documentos brasileiros, que iriam de uma forte medicalização a uma humanização (Estudo 2) em várias pesquisas se destaca o papel do profissional como sendo, em alguns casos, mais preponderante do que o da mulher. Por exemplo, o estudo de Da Silva et al. (2015) evidenciou que a mulher e o acompanhante, frente à utilização de tecnologias de avaliação da vitalidade fetal, muitas vezes sentem-se intimidados pelo poder apresentado na figura do médico. Assim, mesmo que as políticas estão centradas na mulher (Estudo 2), na prática às vezes o profissional torna-se mais central para a toma de decisões no CGP.

Dentro das práticas que são destacadas como uma aproximação à humanização é identificada a participação do companheiro no pré-natal (Nunes et al., 2015). O estudo de Rodríguez et al. (2017) indica que 24,5% das mulheres não foram acompanhadas durante o parto e nascimento no Brasil no ano de 2014. Os autores encontraram um desconhecimento do teor da lei por parte das mulheres e dos

profissionais. Nos casos em que a mulher conhecia seu direito, mas o profissional o desconhecia, prevalecia à decisão do profissional.

O estudo de Lansky et al. (2014) indica que as taxas de mortalidade neonatal foram elevadas para as mães que tiveram atenção inadequada no pré-natal durante o trabalho de parto e no parto. Para 0,2% das gestantes foram utilizadas práticas adequadas na assistência durante o trabalho de parto e para 0,4% no parto. Ao contrário, práticas não recomendadas foram utilizadas em 36,5% dos partos vaginais. Nos casos de óbitos neonatais, 23,3% das mães tiveram um pré-natal inadequado, com um risco de morte neonatal 4 vezes maior. A não utilização de boas práticas no trabalho de parto e no parto foi igualmente elevado entre os nascidos vivos e os óbitos.

Assim, parece que há uma dificuldade na operacionalização das políticas de humanização prevalecendo na prática uma assistência baseada no modelo biomédico. Uma das ações tomadas pelo MS frente a esta situação é a Guia de Diretrizes para o Parto Normal (2017), o qual reconhece o excesso de intervenções no parto.

No caso do Chile, os objetivos 4 e 5 do ODM foram alcançados. Porém, a busca empreendida evidencia poucos estudos que vincularam as políticas públicas e o ciclo gravídico-puerperal. Atalah et al. (2013) apontaram que há uma limitada avaliação do processo de implementação e do eventual impacto do programa Chile Crece Contigo.

Este programa tem como um dos princípios, evidenciado a partir do Estudo 2, a equidade. Um dos objetivos do programa é contribuir para a diminuição das desigualdades sociais. Porém, o estudo de Atalah et al. (2013) destacou que há uma prevalência de déficits do desenvolvimento em função de variáveis sociodemográficas.

Tanto no Brasil quanto no Chile, a partir do estudo 1, entendemos que há diferenças na saúde perinatal em função de condições socioeconômicas; ainda que não haja consenso em alguns estudos, este fator parece ser primordial para melhorar a saúde perinatal.

No que concerne à distribuição geográfica dos óbitos infantis no Brasil, o estudo de Barbosa et al. (2017), como o estudo de Lansky et al. (2014), apontaram que a taxa de mortalidade infantil é mais elevada no Nordeste, esta é uma das regiões mais pobres do Brasil. No que concerne às diferenças pela cor de pele, no estudo de Nyarko et al. (2014) foi estabelecido que as mães brancas assistem a mais consultas pré-natais e de melhor qualidade, sendo que a diferença no número de consulta pode ser, às vezes, de apenas uma. A partir deste estudo, pode-

se pensar que a diferença na qualidade da atenção não depende essencialmente do número de consultas, isto é não é necessariamente uma diferença quantitativa, mas qualitativa. No sul do Brasil, a taxa de mortalidade infantil é maior do que o dobro para os bebês negros, da mesma forma o baixo peso e a prematuridade (principais causas de óbitos infantis). Os autores estabelecem que 45% das disparidades de baixo peso ao nascer e 64% da prematuridade podem ser explicadas a partir dos efeitos socioeconômicos, demográficos e geográficos. Isto aponta a importância do conceito de interseccionalidade no momento de analisar a saúde materno-infantil. A mulher em nossa sociedade encontra-se numa posição desprivilegiada em comparação a posição do homem. As mulheres negras e pobres têm ainda menos benefícios que as mulheres brancas de classe média ou classe alta. No que concerne à saúde materna e infantil, o conceito de interseccionalidade, nos permite entender as discriminações de gênero, raça e etnia, por isso é fundamental ser considerado no momento de analisar os dados das pesquisas, como no momento de criação das políticas públicas sobre a assistência no CGP.

Parece que a responsabilidade pelos piores índices dos fatores econômicos recai sobre a mulher. É assumido que, quanto melhor for a saúde materna, melhores serão os indicadores econômicos. O Programa Chile Crece Contigo busca diminuir as desigualdades sociais, mas as diferenças persistem no desenvolvimento posterior das crianças. No Brasil, o estudo de Nyarko et al. (2014) apontou que as disparidades raciais no que concerne à saúde infantil derivam fundamentalmente de fatores sociais e econômicos. Pensar que a saúde materna vai resolver as desigualdades sociais é deixar de considerar que a saúde da mulher depende de fatores econômicos, como a distribuição da renda, do acesso à educação, à alimentação, entre muitos outros fatores sociais, ambientais, geográficos. Então, para melhorar a saúde materna, é necessário a melhora dos indicadores socioeconômicos em um primeiro momento. O risco de considerar a saúde materna – centrada na mulher — como um indicador econômico cria a possibilidade de responsabilizar as mulheres pelas desigualdades sociais. Porém, é evidente que há muitas diferenças de gênero no que concerne ao acesso ao trabalho e à remuneração, onde a mulher é claramente desfavorecida. As diferenças sociais não podem ser reduzidas e explicadas a partir da saúde materna.

As políticas públicas sobre saúde materna não deveriam estar centradas única e exclusivamente na mulher, ainda que ela tenha um papel central na decisão no seu processo de tornar-se mãe. O lugar do pai, do companheiro ou da outra mãe tem que ser repensado, não como

um auxiliar no processo, mas como alguém que tem as mesmas responsabilidades, ainda que tenha funções diferentes. Esta reflexão também aponta para a necessidade de se evitar centrar nas mulheres, ou na saúde materna, as explicações sobre as desigualdades sociais e não perder de vista a importância de outros fatores, aqui já relatados. As condições de vida devem ser melhoradas para que aconteça a melhora da saúde materna e infantil.

7. Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar as políticas públicas no Brasil e no Chile, com vistas a compreender como se processa a atenção ao CGP em ambos os países. Os resultados mostraram que a atenção ao CGP é preponderante em ambos os países. O primeiro estudo mostrou que a literatura científica entre os anos de 2012 e de 2017, sobre políticas públicas e os períodos do CGP pré-natal, parto e pós parto refletiram os Objetivos de Desenvolvimento Mundial (ODM). A revisão integrativa, permitiu evidenciar que dos ODM, o Brasil alcançou o 4º objetivo que diz relação à diminuição da taxa mortalidade infantil e ainda não alcançou o 5º que diz relação à saúde materna. O Chile alcançou o 4º e 5º ODM.

Ambos os países têm feito esforços por melhorar a atenção no CGP. As políticas públicas do Brasil têm avançando na humanização da atenção e o Chile na busca de equidade. As políticas dos dois países são caracterizadas como altamente medicalizadas. Esta medicalização não está associada a resultados de saúde satisfatórios nem para o Brasil, nem para o Chile. No Brasil, aumentou a porcentagem de mortes recém nascidos entre 0 e 6 dias de vida, e no Chile, a taxa de maternidade encontra-se estacionada há dez anos.

No que concerne o gênero, as políticas têm integrado este conceito dentro de suas diretrizes, mas nos documentos analisados ainda, são centrados na mulher, deixando o pai e a família em um lugar secundário ou auxiliar. Desta maneira, é considerado que a gestação e o cuidado dos filhos recaem principalmente sobre a mulher. Como estabeleceu Heise (1998) os papéis rígidos de gênero estão associados com maior violência contra a mulher. Mesmo que o pai demonstre cada vez mais participação nos cuidados dos filhos (Viera et al, 2014), as políticas públicas do CGP, parecem não acompanhar esta mudança e não integram-no como um ator principal do CGP, assim esta consideração de papéis tradicionais e rígidos de gênero, pode associar se com maior violência contra a mulher, o que pode ter consequências no desenvolvimento do bebê.

Outro elemento relevante dos resultados são as desigualdades que existem no CGP, tanto entre gestantes, como entre os bebês, como no desenvolvimento posterior das crianças. Há muitas desigualdades sociais ainda por resolver.

Considerando as desigualdades de gênero e as desigualdades sociais, parece fundamental considerar tanto as teorias de gênero como o conceito de interseccionalidade no momento de analisar e de conceber

as políticas públicas da atenção ao CGP. Bronfenbrenner (1996), propõem um modelo interessante para pensar a relação do indivíduo com os diferentes ambientes no qual está inserido. Mas este indivíduo, quando é a mulher, tem que ser pensado com elementos de gênero e interseccionalidade, porque é diferente ser homem do que ser mulher, em nossa sociedade onde ainda os homens têm benefícios em comparação com as mulheres, e as mulheres brancas têm benefícios em comparação as mulheres negras, como foi evidenciado no Estudo 1. A saúde deve ser pensada considerando elementos de gênero e interseccionalidade e em particular o CGP, pois se há um risco da mulher ser sobre-responsabilizada, isto pode aumentar sua fragilidade e as dificuldades neste ciclo, levando a consequências negativas no desenvolvimento do bebê.

No que concerne às limitações da pesquisa, foi compreendido que seria importante integrar políticas sobre aleitamento e sobre o homem, abraçando mais elementos para a discussão. Outro elemento que pode ser considerado como limitação do estudo é o fato de trabalhar com fontes secundárias, com os documentos, que não permite aprofundar alguns aspectos, ficando apenas como uma aproximação exploratória.

REFERÊNCIAS

- Atalah, E., Cordero M., Quezada S., Carrasco, X. Romo, M., Guerra, M.E. (2013).
Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 – 2011. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78 (4), pp. 310-316.
- Aubert-Marson, D. (2011). L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique.
Dossier thématique : au risque de l'eugénisme 2. *Éthique et santé* (8), pp. 140-152.
- Barbosa, E., Lansky, S., Santiago, M.A., Carvalho, D., Santiago, J., Texeira, R.,
Porto, D., Furquim de Almeida, M., Marinho de Souza, M., Landman, C.,
Mooney, M., Naghavi, M. E Nogales, A.M. (2017). Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de epidemiologia* 20, 1, pp. 46-60.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barker, K. (1998). A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy.
Social Science & Medicine, 47 (8), pp. 1067-1076.
- Barros da Cunha, A. C. e Benevides, J. (2012). Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 17 (1), pp. 111-119.
- Beheregaray, F., Hirt, L. e Pacheco, I. (2013). Atendimento pré-natal na ótica de puerperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Revista Escola Enfermagem USP*, 47 (2), pp. 281-287.
- Boing, E. (2014). Relações entre coparentalidade, funcionamento familiar e estilos parentais em uma perspectiva intergeracional. Tese submetida ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Medicas.

- Butler, J. (2006). Regulaciones de género. *Revista de Estudios de Género La Ventana*, 23, p. 7-35.
- Cahill, H. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Philosophical and ethical issues*. pp. 334-342.
- Campbell, M. (2015). Cedaw women's intersecting identities. A pioneering new approach to intersectional discrimination. *Revista Direito GV* 11(2), pp. 279-504.
- Carreno, I., de Lourenzi, A.L. e Soares, J. (2014). Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. *Revista Saúde Pública*, 48 (4), pp. 662-670.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Reviews Sociology* (18). pp. 209-232.
- Conrad, P. & Bergey, M. (2015). Medicalization: Sociological and Anthropological Perspectives. *International Encyclopedia of the Social & Behavior Sciences*, 2nd edition, (15), pp. 105-109.
- Cova, A. (2007). Ou en est l'histoire de la maternité?. *Clio, Histoire, femmes et sociétés*. On line, pp. 189-211.
- Costa, S., Kale, P.L. e Silveira da Silva, K. (2015). Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 15 (2), pp. 209-217.
- Da Silva, F., Rocha, L., Mota, M., Petters, V. e De Oliveira, Z. (2015). Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto, Contexto Enfermagem*, 24 (2), pp. 336-343.
- Delassus, J.M. (2007). *Le sens de la maternité*. Paris: Dunod.
- Delassus, J.M., Carlier, L. E Boureau-Louvet, V. (2010). *L'aide mémoire de Maternologie*. Paris: Dunod.
- Ferreira, M., Dos Santos, L., Souza, A., Paulino, A., Paulino, M. De Oliveira, C.,

- Fernandes, M.A. (2016). Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 21, (1), pp. 243-252.
- Figuroa-Perea, J. G. (2016). Algunas reflexiones para dialogar sobre el patriarcado desde el estudio y el trabajo con varones y masculinidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 22, pp.221-248.
- Freire, M.L. (2008). « Ser mãe é uma ciência » : mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde* (15), pp.153-171.
- Freire, M.L. (2009). *Mulheres mães e médicos, discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV.
- Freitas, G. (2016). Contribuições do software atlas-ti para análise de conteúdo dos saberes docentes. Reunião Científica Regional da ANPED. Educação, movimentos sociais e políticas governamentais. 24 a 27 de Julho 2016. UFPR- Curitiba/Paraná.
- González, R. Koch, E., Poblete J.A. ,Vera, C., Muñoz, H., Carroli, G., Abalos, E., Lalonde,A., Oyarzún, E., Germain, A., Schnapp,C., Neira, J., Hasbun,J. Carvajal, J., Theodor, M., Vargas, P., Insunza, A. Kusanovic, J., Gómez, R., González, M., Guzmán, E., Pablo, M., Burgos, S., Clavero, M., Klasse, F. (2013). Consenso salud materna para Chile en el nuevo milenio. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78 (2), pp. 142-147.
- Gerhardt, T.E. e Silveira, D.T. (2009) *Métodos de pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Heise, L. (1998). An integrated, ecological framework. *Violence against women* 4, pp. 262-290.
- Knibiehler, Y. (2007). Féminisme et maternité. *La revue lacanienne* 2 (2), p. 11-17.

- Knibiehler, Y. (2012). *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Paris : PUF.
- Lansky, S., De Lima, A., Moura, A., Campos, D., Duarte, S., Lazaro, M., Germano, P., Silva, R. E Ledo, A. (2014). Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno Saúde Pública*, 30, pp. 192-207.
- Macêdo, V. (2016). *Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal, versão resumida.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria n. 353 de 14 de fevereiro de 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Portaria MS/GM n. 1.130
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Portaria MS/GM n. 930, de 10 de maio de 2012
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº. 650, de 05 de outubro de 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº. 1.459, de 21 de junho de 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde e UNICEF (2011). Guia dos direitos da gestante e do bebê. São Paulo: Globo.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Portaria n. 1.683, de 12 de julho de 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Portaria n. 2.418, de 02 de dezembro de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Programa de Humanização do parto no pré-natal e no nascimento.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Portaria GM/MS nº. 569 de 1 de junho de 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Portaria GM/MS nº. 570 de 1 de junho de 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Portaria GM/MS nº. 571 de 1 de junho de 2000.
- Brasil. Poder executivo do governo federal do Brasil. Lei Federal n. 11.108, de 7 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, (2013) Folheto Política Nacional de Humanização.
- Chile. Biblioteca Do Congresso Nacional do Chile. BCN. (2009). Lei 20379, que institui o programa Chile Crece Contigo.
- Chile. Ministério da Saúde (2016). Guia perinatal.
- Chile. Ministério da saúde Chile (1997). Programa Saúde da mulher.
- Chile. Programa Chile Contigo (2015). O que é o Chile Crece Contigo.
- Nyarko, K., López-Camelo, J., Castilla, E. e Wehby, G. (2014). Explicación de las disparidades raciales en la salud neonatal en Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), pp.305–316.
- Nunes, C., Antunes, L., Cruz da Silva, S., Neumaier, C., Cremonese, L. e Ressel, L.B. (2015). “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 36, pp. 168-176.
- Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. (2013). Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), pp. 1-8.
- Pimentel, A. (2001). O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, 114, pp. 179-195.
- Prosen, M. e Tavcar Krajnc, M. (2013). Sociological conceptualization of the

- médicalization of pregnancy and childbirth : the implications in Slovenia. *Revija za sociologiju* 43 (3). pp. 251-272.
- Pizzo, L., Andrade, S., Rigo Silva, A., Melchior, R. e González, A. (2014)
Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde : determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, 23, 3, pp. 908-918.
- Rodriguez, D.P., Alves, V.H., Penna, L.H.G., Perreira, A.V., Branco M.B.L.R., de Souza, R.M.P. (2017). O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enfermagem*, 26 (3), pp. 2-10.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidade. *Clepsydra* 7, pp. 169-183.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. e Lúcio, P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ªed.). Porto Alegre: McGraw-Hill.
- Scavone, L.(2001)/1. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface _ Comunicação, Saúde, Educação* 5(8). p.47-59.
- Scavone, L. (2001)/2. A maternidade e o feminismo: dialogo com as ciências sociais. *Cadernos pagu* (16), pp. 137-150.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), p. 71-99.
- Souza, R.M.P. (2017). O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enfermagem*, 26 (3), pp. 2-10.
- Vilela, F. e Santos, P. (2015). Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 36, pp. 262-266.
- Vieira, M., Nunes, C., Beltrão Gomes, L., Bolze, S., Crepaldi, M. A., Piccinini, C.A. (2014). Paternidade no Brasil: revisão sistemática de artigos empíricos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66, (2), pp. 36-52.

Vives, C. (2011). Un modelo ecológico para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismo/s 18*, pp. 291-299.

Winkler, M.I. (2007). *Pioneras sin monumentos*. LOM:Santiago.

Sites eletrônicos:

<http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-672.html>
odmbrasil.gov.br

Assuntos

Atenção básica

Política de Atenção básica

Promoção da saúde

Plataforma saúde Brasil

Aleitamento até os dois anos ou mais traz muitos benefícios à mãe e ao bebê

Saúde para você

Saúde da criança

Sobre a área

Política Nacional de Atenção a saúde integral da criança

Pré-Natal e Parto

Iniciativa Hospital Amigo da criança

Método Canguru

Estatuto da criança e do adolescente

Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012

Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007

Portaria Nº 1.300, de 23 de novembro de 2012

Legislação

Portaria GM nº 693

Portaria GM nº 1.683, de 12/07/2007

Portaria GM nº 930

Portaria GM nº 1.300, de 23 de novembro de 2012

Exame de triagem neonatal

Caderneta de saúde da criança

Menino

Menina

Aleitamento materno

Dicas sobre amamentação

Apoio amamentação
Banco de Leite Humano Doação
Restrições ao aleitamento Materno
Dez passos para o Aleitamento
Materno

Alimentação infantil

Acompanhando a saúde da criança

Ações e programas

Método Canguru

Estratégia alimenta e amamenta Brasil

Desenvolvimento da primeira infância

AIDPI Neonatal

Nas ondas do rádio

Ampliação e qualificação dos leitos de
internação neonatal

Linha de cuidado de prevenção de
violências e Promoção da cultura de
Paz

Central de conteúdos

Campanhas publicitárias

Doação de Leite humano

Semana Mundial de Amamentação

Vídeos

Publicações

Legislação

Saúde do adolescente e do jovem

Informações sobre Gravidez na
Adolescência

Saúde da Mulher

Legislação

Leis

LEI N° 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.

LEI N° 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005

Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

LEI N° 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Regula o § 7° do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Decretos

Portarias

Contatos

Sobre a área

Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Mulher- Princípios e Diretrizes

Caderneta da gestante

Rede cegonha

Conferencia Nacional de saúde das mulheres

Portaria n° 1.016 de 2016

Publicações

Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana

Manual Técnico de Gestação de Alto Risco

Protocolo da Atenção Básica – Saúde das Mulheres

Saúde do Homem

Mês de valorização da paternidade
Política Nacional de Atenção Integral a saúde
da Homem (PNAISH)

Perfil de Saúde

Os cuidados masculinos voltados para
a saúde sexual, a reprodução e a
paternidade a partir da perspectiva
relacional de gênero

Sobre a área

Publicações

Materiais Gráficos e Educativos

Pai uma nova vida precisa de
você

Folder Lei do Acompanhante
"Amigo, gravidez, parto e
cuidado também são coisas de
homem. Seja pai, esteja
presente!"

Cartaz Lei do
Acompanhante 1 "Seja pai,
seja parceiro, Pré-natal, parto
e pós-parto também são coisas
de homem"

Cartaz Lei do
Acompanhante 2 "Pai, uma
nova vida precisa de você."

Cartaz Lei do
Acompanhante 2 "Tem
momentos na vida que você
tem todo o direito de ter
alguém especial ao seu lado.
Peça a companhia do seu
parceiro"

Logo "Pai Presente:
Cuidado e Compromisso"

Artigos científicos sobre
saúde dos homens

Acceso e acolhimento

Saúde sexual e reprodutiva

Paternidade e cuidado

Série Trabalhando
com Homens Jovens:
Paternidade e
Cuidado

Pelo fim dos castigos
físicos e humilhantes
manual para
sensibilização de pais,
mães e cuidadores de
crianças

Homens também
cuidam! Diálogos
sobre direitos, saúde
sexual e reprodutiva,
paternidade e relações
de cuidado

Links relacionados a saúde do homem

ReHuNa – Rede de
Humanização do
Parto e do
Nascimento

MenCare

Material de Apoio

Cadernos

HumizaSUS –

Volume 4 –

Humanização do

Parto e do

Nascimento

Lei do Acompanhante

Folder – Pai presente,
cuidado e
compromisso

Legislação
Contato

Saúde da pessoa com deficiência
Diretrizes de Atenção à Triagem
Auditiva Neonatal

ANEXO II. Ministerio Saúde Chile: www.minsal.cl

Ministerio de salud <http://www.minsal.cl>

Protección de Salud

Lactancia Materna

Manual de lactancia materna

Informe Técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria

Pauta de Autoevaluación y Monitoreo para Centro Amigo de la Madre y del Niño

Pauta de Autoevaluación y Monitoreo para Hospital Amigo de la Madre y del Niño

Salud de la Mujer

Norma Técnica N° 189 para la entrega de placenta

Decreto 208, del 05 de junio del 2017, que aprueba la Norma Técnica N° 189 para la entrega de placenta

Orientación técnica para la auditoría y vigilancia de la mortalidad materna

Guía Perinatal 2015

Norma General técnica para la atención integral en el puerperio

Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad

Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo

Agenda de salud de la mujer

Programa para evaluar servicios de obstetricia, ginecología y neonatología

Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología

Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (aps)

Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas

Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto final
 Programa de Salud de la Mujer (1997)
 Salud Infantil
 Lactancia
 Manual de Lactancia Materna
 Recién Nacido
 Guía nacional de neonatología
 Manual de Atención personalizada del proceso reproductivo
 Salud Sexual y reproductiva
 Orientaciones Técnicas Para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas
 Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo
 Planificación familiar
 Aportes a la elaboración de una Guía de Práctica Clínica para la atención de mujeres que han sufrido un aborto
 Informamos
 Guía de prácticas clínicas
 Guías de prácticas GES
 Parto, Prematurez y Enfermedades de Niños y Recién Nacidos
 Prevenición parto prematuro (Guías Clínicas de Prematurez)
 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
 Analgésia del parto
 Retinopatía del prematuro (Guías Clínicas de Prematurez)
 Displasia broncopulmonar del prematuro (Guías Clínicas de Prematurez)
 Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro (Guías Clínicas de Prematurez)
 Displasia luxante de Cadera

ANEXO III. Tabela documentos citados pelos artigos selecionados no Estudo 1.

Artigo	Documentos citados
<p>Atalah, E., Cordero M., Quezada S., Carrasco, X. Romo, M., Guerra, M.E. (2013). Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 – 201. Rev Chil Obstet Ginecol, 78 (4), pp. 310-316.</p>	<p>Programa Chile Crece contigo Programa de la mujer</p>
<p>Barros da Cunha, A. C. e Benevides, J. (2012). Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. Psicologia em Estudo, Maringá, 17 (1), pp. 111-119.</p>	<p>Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde Brasileiro Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2004) Método Canguru Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso no ano de 2000</p>
<p>Beheregaray, F., Hirt, L. e Pacheco, I. (2013). Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Revista Escola Enfermagem USP, 47 (2), pp. 281-287.</p>	<p>Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rede Cegonha</p>
<p>Da Silva, F., Rocha, L., Mota, M., Petters, V. e De Oliveira, Z. (2015). Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. Texto, Contexto Enfermagem, 24 (2), pp. 336-343.</p>	<p>PHPN PNAISM Pacto para redução da Mortalidade Materna e Neonatal Iniciativa Hospital Amigo da criança Rede Cegonha</p>
<p>Ferreira, M., Dos Santos, L., Souza, A., Paulino, A., Paulino, M. De Oliveira, C., Fernandes, M.A. (2016). Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio</p>	<p>Agenda de Atenção à Saúde da Criança6</p>

Grande do Norte, Brasil <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> 21, (1), pp. 243-252.	
Nunes, C., Antunes, L., Cruz da Silva, S., Neumaier, C., Cremonese, L. e Ressel, L.B. (2015). “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. <i>Revista Gaúcha Enfermagem</i> , 36, pp. 168-176.	Política Nacional de Humanização (PNH) (2003)
Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. (2013). Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> , 21(2), pp. 1-8.	Estrategia Salud de la Familia (ESF) (1994) Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer Programa de Humanización del Prenatal, Parto y Nacimiento (PHPN) Manual Técnico del Prenatal y Puerperio del Estado de São Paulo
Pizzo, L., Andrade, S., Rigo Silva, A., Melchior, R. e González, A. (2014) Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde : determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. <i>Saúde Soc</i> , 23, 3, pp. 908-918.	Licença-maternidade Bolsa Família Programas nacionais e estaduais de fornecimento de leite, nos anos 1980 e a ampliação dessas políticas nos anos 1990 e 2000 <i>assistência e proteção do aleitamento materno</i> , Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI)
Rodriguez, D.P., Alves, V.H., Penna, L.H.G., Perreira, A.V., Branco M.B.L.R., de Souza, R.M.P. (2017). O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. <i>Texto Contexto Enfermagem</i> , 26 (3), pp. 2-10.	Lei do Acompanhante (2005) PHPN (2000) RC (2011) Diretrizes das Políticas Públicas de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento e dos Direitos Reprodutivos
Vilela, F. e Santos, P. (2015). Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. <i>Revista Gaúcha Enfermagem</i> , 36, pp. 262-266.	Programa Nacional de saúde Materno-Infantil (1974) Programa de Assistência integral da Mulher (PAISM)

	<p>(1983) Política Nacional de Atención a Saúde da Mulher (2004) Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e néonatal Pacto pela ida Política de Atención básica Programa de Humanización ao pre-natal e nascimento (2000) Programa Rede Cegonha (2011)</p>
--	--