

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO - GIT

Samara Alves Avanzi

**TERRITORIALIDADES CONVERGENTES EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL**

Governador Valadares

2020

SAMARA ALVES AVANZI

**TERRITORIALIDADES CONVERGENTES EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Terezinha Bretas Vilarino

Governador Valadares

2020

A946t Avanzi, Samara Alves

Territorialidades convergentes em políticas públicas de
saúde materno-infantil / Samara Alves Avanzi. – 2020.

122 f.

Dissertação (mestrado em Gestão Integrada de Território) –
UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2020.

Orientação: Maria Terezinha Bretas Vilarino.

1. Assistência materno-infantil. 2. Políticas públicas de
saúde. 3. Territorialidade. I. Título.


CDD-614.253

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
SAMARA ALVES AVANZI

Matrícula Nº 69.102

Ao vigésimo dia do mês de abril de dois mil e vinte (20/04/2020), às 14 (quatorze) horas, por meio de tecnologias de reunião à distância, utilizando como recurso o Google Meet, sob a coordenação do Prof.^a Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino, Professora Orientadora, reuniram-se os membros efetivos da Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: "**Territorialidades convergentes em políticas públicas de saúde materno-infantil**", elaborada pela discente **Samara Alves Avanzi**, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território, da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Prof.^a Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino (GIT/Univale), Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva (GIT/Univale) e Dr.^a Maria Gabriela Parente Bicalho (Universidade Federal de Juiz de Fora, campus de Governador Valadares – UFJF/GV). A professora orientadora iniciou a sessão informando que a reunião seria gravada, depois fez a apresentação dos componentes da banca examinadora e informou que a discente atendeu as exigências do Art. 82, do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou a discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte da mestranda, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários, primeiro a avaliadora externa e, em seguida, o avaliadora interna. Em todos os momentos foi dado o direito à discente de responder aos questionamentos. Por fim, a banca se reuniu sem a participação da discente e do público, decidindo pela: (X) Aprovação; () Aprovação com solicitação das revisões, constantes nas "observações", no prazo máximo de 60 dias; () Reprovação. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Presidente da Comissão. **OBSERVAÇÕES:** a banca destacou a qualidade do trabalho e o diálogo apresentado entre questões históricas sobre políticas públicas de saúde materno-infantil e a abordagem territorial.

Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.


Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino
Professora Orientadora


Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Avaliador


Dr.^a Maria Gabriela Parente Bicalho
Avaliadora



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

SAMARA ALVES AVANZI

“Territorialidades convergentes em políticas públicas de saúde materno-infantil”

Dissertação aprovada em 20 de abril de 2020,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Prof.ª Dr.ª Maria Terezinha Bretas Vilarino
Orientadora – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Examinador – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof.ª Dr.ª Maria Gabriela Parenti Bicalho
Examinadora – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/GV

Dedico o presente trabalho às puérperas com quem tive o privilégio de conhecer as mais significativas experiências da maternidade e do processo de cuidado com a criança.

AGRADECIMENTO

A Deus pelo cuidado e por me proporcionar a oportunidade de conhecer pessoas que contribuíram com a minha trajetória acadêmica e profissional. A minha família, Wladimir, Washington, Sara, e em especial a minha mãe Virgília pelo apoio e incentivo.

Agradeço especialmente a minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. M^a Terezinha Bretas Vilarino “Tê” por ter aceitado a árdua tarefa de conduzir o término da escrita deste estudo, demonstrando empatia, disposição, competência, humildade em aceitar e dar continuidade as considerações realizadas anteriormente pelo prof. Dr. Carlos Alberto Dias e, por conduzir de maneira humanizada as orientações. Ao meu querido professor Dr. Carlos Alberto sou grata pela amizade, convivência, dedicação, paciência, conselhos, correções concisas, leituras em conjunto e, pelo incentivo em seguir a área acadêmica.

Ao Prof. Dr. Leonardo Leão, Prof^ª. Dr^ª. Marileny Boechat e Prof^ª. Dr^ª. Suely M^a Rodrigues do grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), pelas orientações e, que nos momentos de dúvidas e dificuldades, me ajudaram sem restrições. Ao Observatório Interdisciplinar do Território (OBIT), ambiente que se tornou o ponto de partida para minha história enquanto pesquisadora, agradeço ao Prof. Dr. Haruf Salmen, pelas orientações e acolhida. Ao Núcleo de Estudos Multidisciplinar Sobre Desenvolvimento Regional (NEDER) coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Sueli Siqueira, sou grata pelos conhecimentos transmitidos.

A banca de qualificação, Prof^ª. Dr^ª. M^a Gabriela Parenti Bicalho (UFJF), Prof^ª. Dr^ª. M^a Terezinha Bretas Vilarino (UNIVALE) e Prof^ª. Ms. Sônia Queiroz (UFJF), pelas contribuições e críticas construtivas ao trabalho. Aos demais professores do Programa, colegas de classe, funcionários, e as secretárias Adileia, Kamila e M^a Elizabeth, (APPG).

Aos amigos Aline Valéria, Edmara Carvalho, Débora Samara, Girlene Lopes, Geane Dutra, Diego Jeangregório, Janete Higino, Lorena Vitória, Marisa Coelho, Mariana Gomes, Michele Maurer, Osmar Souza, Sandra Nicoli, Valdinei Bernardo e a Psicóloga Valéria Cheque, agradeço pelas conversas de incentivo, escuta afetiva e apoio durante o mestrado.

Aos profissionais de saúde das ESFs e das UBSs de Governador Valadares/MG, em especial as enfermeiras Jardelly Teixeira e Sheila Andrade e, a Psicóloga Janiny Alves pelas contribuições na pesquisa de campo. Por fim, o Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que financiou meus estudos nestes 2 anos de mestrado.

“Nós fomos primeiro no [nome do hospital]. Aí eles furaram a bolsa dela. De lá nós fomos no [outro hospital] (...). Acompanhei o parto. Foi horrível (...) lá no hospital na hora que o neném nasceu... ela [falecida] falou: Eu não vou aguentar não, tá doendo demais. (...) Tá saindo meu sangue todo, doutor. Médico: Pera aí, espera aí que eu já tô indo. (...) E eu no corredor, falando: Ô gente, ajuda ela lá, ajuda ela lá, ela não vai aguentar não. (...) Ele [médico] foi lá e falou: É com elas [outros profissionais da saúde] aí, eu já fiz o meu trabalho (caso 1)” (RESENDE; RODRIGUES; FONSECA, 2015, p. 221).

RESUMO

No Brasil, a territorialização dos programas e políticas públicas de saúde materno-infantil foram se consolidando mediante interesses econômicos, políticos e sociais do país. A princípio a proteção à saúde deste grupo estava direcionada somente as demandas fisiológicas do período gravídico-puerperal, com o objetivo de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil. Posteriormente, especialmente com o movimento feminista (a partir da década de 1970) e, com as reflexões ofertadas pelas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as ações em saúde foram se reestruturando, os cuidados com este grupo começaram a ser efetivados compreendendo os aspectos biopsicossociais das mulheres, bem como a criação de programa de nível nacional, a saber, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) para o combate das morbimortalidade materno-infantil. O presente estudo se propõe a identificar a convergência entre as territorialidades sobre a saúde materno-infantil implícitas nas políticas implementadas ainda no início do século XX e décadas seguintes, nos indicativos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e na assistência a puérperas assistidas pelo Programa no município de Governador Valadares/MG. Trata-se de uma pesquisa de método misto (qualiquantitativa). Participaram deste estudo 155 puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família e assistidas pelo PHPN no município de Governador Valadares. A análise dos dados quantitativos foi realizada mediante a utilização o software Microsoft Office Excel®, versão 2010 e, os dados qualitativos foram analisados segundo a Análise Temática, a partir de uma seleção aleatória de um número menor participantes. Como resultado qualitativo, observamos que a saúde materno-infantil desde o período colonial até a atualidade é marcadas por territorialidades religiosas, políticas, econômicas, sociais e, culturais. Tais territorialidades também estão relacionadas com práticas de saúde predominantemente biomédicas, centralizadas nos cuidados básicos com o recém-nascido como “higienização”; e ações educativas para as mães através da visita domiciliar e consultas no puerpério; embora os avanços em políticas públicas que consideram os fatores biopsicossociais. Em comum permanece o objetivo de atenuar os elevados índices de morbimortalidade materno-infantil; problema que vem de longa data. Em termos quantitativos os resultados deste estudo evidenciaram a efetividade do PHPN para o grupo pesquisado. A maioria (85%) das entrevistadas está na faixa etária de 20 a 35 anos e, em relação à escolaridade, há predomínio (56%) do ensino médio. No que se refere aos dados assistenciais, a maior parte (62%) das puérperas não receberam visita domiciliar pelo profissional de saúde nos primeiros 42 dias de vida do bebê. Apesar disso, um número significativo (71%) de puérperas foi orientado e levou (75%) o bebê na unidade de saúde neste período (42 dias). Quanto às consultas na unidade de saúde, a maioria (59%) dos atendimentos foi realizada pelo enfermeiro/a, tendo a segunda consulta agendada (88%) na unidade e no prazo de 30 dias (88%). Em relação aos cuidados básicos com o recém-nascido grande parte (79%) recebeu orientações, durante e após a gestação (64%). Apesar da assistência materno-infantil ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde e nas discussões e indicativos das CNS, ainda permanecem questões-problemas que devem ser discutidas, como a efetividade, acesso, humanização e qualidade da atenção prestada em referência aos indicadores e diretrizes do PHPN.

Palavras-chave: Assistência materno-infantil. Políticas públicas. Conferências de saúde. PHPN. Territorialidade.

ABSTRACT

In Brazil, the territorialization of public maternal and child health programs and policies has been consolidated through the country's economic, political and social interests. At first, the health protection of this group was directed only at the physiological demands of the pregnancy-puerperal period, with the objective of reducing the high rates of maternal and child mortality. Subsequently, especially with the feminist movement (from the 1970s) and, with the reflections offered by the National Health Conferences (CNS), health actions were restructured, care with this group began to be carried out, understanding the aspects biopsychosocial aspects of women, as well as the creation of a national level program, namely, the Humanization Program in Prenatal and Birth (PHPN) to combat maternal and child morbidity and mortality. The present study proposes to identify the convergence between the territorialities on maternal and child health implicit in the policies implemented still in the beginning of the 20th century and following decades, in the indications of the National Health Conferences (CNS), in the Humanization Program in the Pre-natal and Nascimento (PHPN) and in the assistance to puerperal women assisted by the Program in the municipality of Governador Valadares / MG. It is a mixed method research (qualitative and quantitative). 155 mothers participated in this study, aged 18 years or over, registered in the Family Health Strategy and assisted by PHPN in the municipality of Governador Valadares. The analysis of the quantitative data was performed using the Microsoft Office Excel® software, version 2010, and the qualitative data were analyzed according to the Thematic Analysis, based on a random selection of a smaller number of participants. As a qualitative result, we observed that maternal and child health from the colonial period to the present are marked by religious, political, economic, social and cultural territorialities. Such territorialities are also related to predominantly biomedical health practices, centered on basic care for the newborn as “hygiene”; and educational actions for mothers through home visits and postpartum consultations; although advances in public policies that consider biopsychosocial factors. What remains in common is the objective of mitigating the high rates of maternal and child morbidity and mortality; long-standing problem. In quantitative terms, the results of this study showed the effectiveness of PHPN to the researched group. The majority (85%) of the interviewees are in the age group of 20 to 35 years and, in relation to education, there is a predominance (56%) of high school. With regard to assistance data, most (62%) of the puerperal women did not receive a home visit by the health professional in the first 42 days of the baby's life. Despite this, a significant number (71%) of puerperal women were guided and took (75%) the baby to the health unit during this period (42 days). As for consultations at the health unit, the majority (59%) of the consultations were performed by the nurse, with the second appointment scheduled (88%) at the unit and within 30 days (88%). Regarding basic care for the newborn, a large part (79%) received guidance during and after pregnancy (64%). Although maternal and child care has always been present in the scope of the actions carried out by the health services and in the discussions and indications of the CNS, there are still issues-problems that must be discussed, such as the effectiveness, access, humanization and quality of care provided in reference to PHPN indicators and guidelines.

Keywords: Maternal and child care. Public policy. Health conferences. PHPN. Territoriality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil das puérperas participantes da pesquisa GV/MG, 2018/2019.....	70
Tabela 2 - Assistência puerperal, cuidados básicos com o RN GV/MG, 2018/2019	75
Tabela 3 - Assistência puerperal, visita domiciliar GV/MG, 2018/2019.....	79
Tabela 4 - Assistência puerperal, orientação GV/MG, 2018/2019.....	86
Tabela 5 - Assistência puerperal, agendamento de consulta GV/MG, 2018/2019.....	88
Tabela 6 - Reprodução, pretende ter mais filhos GV/MG, 2018/2019	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Análise Temática
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
BENFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar
BLH	Banco de Leite Humano
CEE	Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz
CEPAIMC	Centro de Assistência Integrada à mulher e à Infância
CF	Constituição Federal
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHI	Inspetoria de Higiene Infantil
INAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
IPAI	Instituto de Proteção e Assistência à Infância
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBCMI	Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil

MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAF	Programa de Anemia Falciforme
PAISC	Programa de Assistência Integral à Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
SCMRJ	Santa Casa da Misericórdia Carioca
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SHI	Serviço de Higiene Infantil
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NO BRASIL	27
2 DAS CNS AO PHPN	45
2.1 Políticas públicas de assistência materno-infantil resultantes das Conferências.....	58
2.1.1 Configuração das territorialidades do PHPN diretrizes da organização da assistência ..	61
3 O PHPN NO TERRITÓRIO DE GOVERNADOR VALADARES/MG	68
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	100
6 ANEXOS	117

INTRODUÇÃO¹

“Quando, em simples números, nos dá conta do índice de mortalidade infantil nas capitais do Brasil, e assinala aquelas em que esse índice é mais alto (Aracaju, com 457 por mil; Maceió, com 443; Natal, com 352), a gente vê logo o morticínio desadorado das criancinhas pobres que se acabam como pinto quando dá um ar na criadeira. A frutificação inútil das mulheres, os penosos meses de gestação sofridos à-toa, as dores do parto, as noites de insônia com o menino doente que chora, a caminhada sem fim para os raros ambulatórios de socorro - e tudo isso só para dar de comer à terra do cemitério. Há dessas cidades em que as meninas já têm um vestido branco separado para acompanharem enterro de anjinho. E uma senhora conheci-também numa cidade dessas - que fizera promessa aos Santos Inocentes de só usar flores do seu grande jardim para enfeitar caixão de anjo. Não havia rosa Paul - Néron-ou antes Palmeron - que chegasse, nem rosa-jasmim, nem margarida, nem crisálida arrepiada. Contou-me a dama que era raro o dia em que não batia uma pessoa à porta (porque toda a cidade já sabia da promessa) pedindo flor para um anjo. E tinha dia de virem duas e três” (RACHEL DE QUEIROZ, 1946, s/p)².

“O “Livro de Registros de Sepultamentos” do Cemitério Santo Antônio, de Governador Valadares, para os meses de outubro a dezembro de 1960, registra o nome de 958 crianças sepultadas, enquanto o número de adultos é de 106, para o mesmo período. Até o mês de maio de 1964, o número de crianças sepultadas manteve-se maior que o de adultos” (VILARINO, 2015, p. 69)³.

"aí, ele [o enfermeiro] chegou e falou assim: 'oh, seu menino morreu'. Eu falei assim: 'uai, mas como que ele morreu? O médico falou comigo hoje de manhã que ele tava bom, que ele tava melhorando! Como que ele morreu?' Me deu aquele trem assim, sabe? Eu assustei mais com o homem do que com a morte do menino, porque ele não tinha coração nenhum pra dar a gente uma notícia dessa..." (GOULART; SOMARRIBA; XAVIER, 2005, p. 720 - *entrevista anônima*).

“Quem sabe a próxima vez não possa acontecer tudo de uma maneira diferente, né? Eu poder até gerar um filho de maneira mais calma, porque talvez tenha sido... por tanta coisa turbulenta que eu estava passando em questão de trabalho, relacionamento, acho que também pode ter sido por isso que... né?... eu não tenha conseguido (PAUSA) gerar bem, né?” (Ester, 23 anos, primigesta/primeira perda gestacional) (LEMOS; CUNHA, 2015, p. 1127).

As epígrafes acima remetem cronologicamente a episódios ligados ao tema dessa dissertação. A questão do elevado índice de morbimortalidade materno-infantil em nosso país vem de longa data e ainda hoje é uma das preocupações da sociedade civil, que reivindica melhores condições de saúde para todos, e do Estado que tem a responsabilidade de responder por esse direito garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988. Essas epígrafes são partes de textos que lemos ao longo de nosso estudo, que nos impactaram pela dimensão trágica que

¹ Esta pesquisa é um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares”, executado em parceria com a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVJM e Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE (FAPEMIG, PROCESSO N. CHE - APQ-02524-14; UFMG; UNIVALE).

² Apresentação da escritora à obra de Josué de Castro, Geografia da fome. No Diário de Notícias (Rio de Janeiro), 22 de dezembro de 1946.

³ O Livro de Registros de Sepultamentos não especifica a causa nem o período/idade das crianças (natimorto, neomorto, perinatal, morte infantil). Documento do Arquivo Público Municipal de Governador Valadares/MG.

acompanha os índices e as vidas das famílias atendidas (e não) pelas políticas de saúde pública. Por seu impacto é que optamos por sua inclusão, e porque se relacionam especialmente com nosso problema de pesquisa que será apresentado mais adiante.

No Brasil, no período de 2015 para 2016, houve aumento significativo do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) em praticamente em todas as regiões do Brasil (com exceção da região Sul), conforme registrado no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS). O CMI aumentou em 2,4% (12,4 para 12,7 por 1000 nascidos vivos-NV); em relação aos óbitos no período neonatal (0-27 dias de vida) mantiveram-se estáveis; em contrapartida, os óbitos pós-neonatal (28-364 dias de vida) aumentaram, passando de 3,8 em 2015 para 4,2 por 1000 NV em 2016. Quanto aos óbitos por causas definidas, as mortes por diarreia aumentaram em 2016 (causa esta, que vinha progressivamente reduzindo entre os anos de 2010 a 2015). Por fim, o óbito infantil sem definição das causas básicas variou de 2,2% para 2,6% (CEE, 2018).

Observa-se que no município de Governador Valadares/MG, foram notificados (por residência), 56 óbitos fetais; 52 óbitos por causas evitáveis (0 a 4 anos) e, 47 óbitos infantis. Em relação à mulher, foi notificado 5 óbitos materno; 1 óbito materno tardio; e, 98 óbitos de mulheres em idade fértil (TABNET/DATASUS, 2008)

Conforme o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEE) a mortalidade materna também vem apresentando aumento. O país está acompanhando a crescente mortalidade materno-infantil e à diminuição na cobertura de imunizações, elevando o risco do (re) aparecimento de epidemias de doenças já controladas e/ou atenuadas no passado (CEE, 2018).

Nesse contexto, dentre os variados aspectos relacionados à saúde materno-infantil destacam-se neste estudo as questões ligadas à assistência gestacional e puerperal. Atenção especial deve ser direcionada a este grupo, uma vez que apresenta indicadores preocupantes no que concerne aos índices de óbitos materno-infantil. Verifica-se que as razões de mortalidade materna (RMM)⁴ estão associadas tanto a condições socioeconômicas, perfil demográfico, estrutura de serviços públicos quanto à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar até a assistência gravídico-puerperal (OPAS, 2008).⁵

⁴ Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (OPAS, 2008, p. 33).

⁵ Estima-se que aproximadamente 2,7 milhões de RN morreram em 2015 e houve outros 2,6 milhões de natimortos. É importante que todos os partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados, uma vez que o tratamento oportuno pode trazer diferença entre a vida e a morte da mãe e do bebê (OPAS 2018).

A literatura especializada aponta que todos os anos aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo devido a complicações relacionadas à maternidade. Este número revela a existência de uma crise na saúde materna e infantil em âmbito global estando mulheres e crianças mais expostas ao risco de adoecer e de morrer (ANDRADE; LIMA, 2014).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a mortalidade neste grupo é inaceitavelmente alta. Aproximadamente 830 mulheres vêm a óbito todos os dias por alguma complicação relacionada ora na gestação ora no parto em todo mundo. Em 2015, estima-se que cerca de 303 mil mulheres morreram durante a gestação, parto e/ou no pós-parto, por causas que poderiam ter sido evitadas (OPAS, 2018).

A maioria das mortes maternas (99%) ocorre em países em desenvolvimento, em territórios de vulnerabilidade e em contexto de crises humanitárias. Em 2015 a taxa de mortalidade maternas nos países em desenvolvimento foi de 239 por 100 mil NV, enquanto em países desenvolvidos o índice foi de 12 por 100 mil NV (OPAS, 2018).

As complicações que representam a maioria (75%) dos óbitos maternos são: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias graves (sobretudo pós-parto); infecções (normalmente após o parto); e, complicações no parto e abortos inseguros. As outras mortes estão relacionadas a outros fatores como as infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante a gestação ou malária (OPAS, 2018).

Diversos motivos estão relacionados à mortalidade materna, podendo ocorrer tanto na gestação quanto no parto e pós-parto. A maioria das complicações emerge durante a gestação e podem ser evitadas e tratadas ainda neste período. Verifica-se que outros problemas de saúde também acometem a mulher antes mesmo de ela engravidar, porém por falta de recursos e/ou acesso ao serviço de saúde público não são tratadas, o que pode agravar no desenvolvimento da gestação (OPAS, 2018).

Especificamente no Brasil, a assistência pré-natal e puerperal ainda não é uma realidade para todas as mulheres. Apesar das diversas políticas e programas implementados é grande o número de gestantes e puérperas que vivem em situação socioeconômica precária, possuem baixa escolaridade, pouca ou nenhuma autonomia reprodutiva, ausência de métodos contraceptivos, restrição de medicamentos, histórico de aborto, de violência e gestação indesejada. Nestas condições de menor assistência à saúde se tornam mais vulneráveis a contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST), a desenvolverem doenças de origem

fisiológica ou psicológica, a reproduzir comportamentos disfuncionais diante de filhos (gravidez não desejada/planejada) tornando-se mais susceptíveis à ocorrência de óbito materno e infantil (OLIVEIRA et al., 2014).

Ainda na década de 1990, com base nos elevados índices de morbimortalidade por causas obstétricas no Brasil, problema que se mantinha por décadas, foi evidenciado a necessidade de atenção específica à gestante, ao recém-nascido (RN) e à mulher no período pós-parto. Complementarmente a programas de assistência anteriores, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal, sobretudo no momento do parto, puerpério e nos cuidados com o bebê (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BRASIL, 2002a; COSTA et al., 2013; DUARTE, 2012; LOPES et al., 2011).

Múltiplos fatores justificaram a criação do PHPN, dentre eles cabe citar: 1) reduzido acesso a assistência pré-natal, até a criação do Programa; 2) elevada proporção de óbitos neonatais (até 27 dias) e, pós-neonatais (de 28 a 364 dias) nos anos de 1984, 1990, 1993 e 2000; e, 3) altas taxas de mortalidade materna por falta de assistência de qualidade durante a gestação com ocorrência de 75 mortes maternas para cada 100 mil NV quando o aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 20 mortes (UNICEF, 2005).

Portanto, para mudar esse quadro, o MS instituiu o PHPN em 2000, cuja diretriz é a normatização técnica do processo de atenção à gestante e à puérpera, englobando os momentos de pré-natal, parto e puerpério. Esse Programa estabelece com clareza os passos administrativos e técnicos para o envolvimento dos distintos níveis do sistema local de saúde (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2010a). Ressalve-se que a implementação de tal Programa vinha sendo recomendado por diversas iniciativas de base territorial preconizada pelo SUS.

Nesse âmbito do SUS o território é caracterizado a partir de uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos. O reconhecimento desse território é fundamental para a caracterização da população e seus problemas de saúde, bem como para avaliar o vínculo entre serviços, população e seus efeitos sobre os níveis de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Na esfera da saúde pública o conceito de território se apresenta em diferentes dimensões e sentidos, estando presente desde o planejamento até a execução de políticas e programas. Esse

conceito pode ser identificado nos manuais (normatizações, princípios, diretrizes) como o território normado; e no planejamento e na execução das ações locais, especialmente nas políticas voltadas à atenção primária (cartografia, relação entre equipe de saúde e usuários, registro de áreas de risco) como o território vivido (LIMA; YASUI, 2014).

De modo geral, os aspectos epidemiológicos do território, bem como o processo de saúde/doença dos indivíduos, estão intimamente relacionados com o meio, condições de trabalho, moradia, lazer, alimentação e recursos financeiros. Além disso, considerando os determinantes sociais devemos levar em conta as variáveis: etnia, raça, pobreza e baixa escolaridade. No que concerne ao adoecimento, o mesmo tende a ser potencializado na população feminina em decorrência da sobrecarga de cuidados com os filhos, trabalhos domésticos e discriminações nas relações de trabalho. Apesar de as mulheres gozarem de maior expectativa de vida em comparação com os homens⁶, é notório identificar que as mesmas são mais susceptíveis ao adoecimento (ALVES; GUIMARÃES, 2009; BRASIL, 2004a).

A vulnerabilidade⁷ das mulheres está mais direcionada a situações de discriminações presentes na sociedade e na cultura do que em relação aos aspectos biológicos. Estudos mais atuais, ligados à vertente feminista dos estudos sobre o gênero, e críticos à supremacia do modelo biológico de saúde, apontam para implicações ainda mais profundas ligadas à cultura patriarcal como condicionante para muitos dos adoecimentos de mulheres (ALVES; GUIMARÃES, 2009; BRASIL, 2004a).

De acordo com o MS, a implementação do PHPN contribuiu para que ocorresse nas duas últimas décadas uma ampliação na cobertura do pré-natal. Contudo, a qualidade da assistência permanece como desafio a ser superado. É imprescindível que sejam levadas em consideração as vivências e experiências das gestantes e puérperas a partir das quais se torna possível identificar as singularidades de sua vida social, seus problemas e necessidades de saúde. Ou seja, no processo de atenção à saúde das gestantes e puérperas não basta somente o olhar biomédico, mas deve-se atentar para os usos e as diferentes apropriações do espaço vivido, uma vez que esse é um território a partir do qual orientam suas ações e também é o território

⁶ De acordo com dados da PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) 2018, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,3% de homens e 51,7% de mulheres (IBGE, 2018).

⁷ A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 2).

preconizado pela política pública e pelo SUS (BRASIL, 2005; MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A atenção à saúde materno-infantil não é uma preocupação recente nos processos de institucionalização da assistência à saúde no Brasil. Em nível nacional, foi no governo de Getúlio Vargas entre 1930 e 1945, no período denominado Estado Novo, que pela primeira vez a proteção à saúde materno-infantil foi pensada como Programa de saúde compreendendo o processo de cuidado tanto da mulher (gestante-puérpera) quanto da criança. Esse primeiro programa realizado pelo Departamento Nacional de Saúde da Criança (DNCr) do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES)⁸ não tinha outra preocupação senão normatizar o atendimento da gestante e criança e combater a mortalidade infantil, sem qualquer outra preocupação, como por exemplo assuntos relacionados à reprodução, de certa forma um tabu para aqueles anos (CASSIANO et al., 2014; FONSECA, 2007).

A problemática envolvendo a saúde materno-infantil também já aparecia como preocupação das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), desde a realização da 1ª Conferência (1941) que já questionava os elevados índices de morbimortalidade de mulher e de crianças, e pontuava principalmente as questões voltadas à bioestatística e proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1941). Em 2019, na 16ª Conferência, a saúde da mulher continua sendo pauta e preocupação dos órgãos de saúde, de especialistas e da população civil, principalmente as questões relacionadas à mortalidade materna e infantil, violência obstétrica e humanização em situação de abortamento (BRASIL, 2019).

Verifica-se que a persistência de índices desfavoráveis de mortalidade materno-infantil tem motivado o surgimento de políticas voltadas ao ciclo gestacional e puerperal. Esse agravo é influenciado, sobretudo por fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos, que contribuem para os altos índices de morbidade e mortalidade (DUARTE, 2012; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; LOPES et al., 2011).

A reversão desse quadro passa pelo desenvolvimento de estratégias capazes de reduzir danos, adaptando as políticas públicas e realizando intervenções de acordo com cada realidade social. O acesso e a qualidade da atenção contextualizada ofertada pelos serviços de saúde

⁸ O Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) foi criado em novembro de 1930, no início do governo de Getúlio Vargas, incluindo os dois setores. Em 1937, com Gustavo Capanema, uma reforma mudava o nome do Ministério da Educação e da Saúde Pública para Ministério da Educação e Saúde (MES) e em 1953 as pastas foram separadas em dois ministérios: da Educação e da Saúde (FONSECA, 2007).

direcionados especificamente ao parto e puerpério são essenciais para o controle da mortalidade. Neste sentido, para o sucesso do PHPN os sistemas locais de saúde devem reconhecer seus territórios de inserção e contextos de uso, uma vez que esses materializam diferentemente as interações humanas e os problemas de saúde (DUARTE, 2012; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; LOPES et al., 2011).

Percurso metodológico

“Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2001, p. 16). A partir deste entendimento, iniciamos este tópico apontando que o percurso metodológico deste estudo foi marcado por circunstâncias que compreendemos como desafiadoras e positivas, pois possibilitaram uma análise ampla a respeito do objeto aqui investigado.

Inicialmente, as orientações deste estudo foram conduzidas de tal forma que pudéssemos verificar o entendimento sobre família entre mães assistidas pelo PHPN. Assim, a escolha pelo método de pesquisa e a elaboração das questões propostas seguiram no sentido de alcançar resultados quantificáveis, buscando responder à questão e ao objetivo anteriormente propostos⁹. Para que isso fosse possível, utilizaríamos o estudo de levantamento de campo denominado survey¹⁰.

Posteriormente, com a designação de nova orientação para este estudo outros caminhos foram propostos e trilhados. Inclusive com uma readequação da questão norteadora e do objetivo geral, que serão apresentados mais adiante. Ressalvamos que essa readequação partiu de uma provocação teórico-histórica da nova orientadora sobre a origem das políticas de saúde materno-infantil, sob qual concepção e suas adequações ao longo do tempo. Compreendemos que para o alcance dos novos objetivos propostos, bem como na possibilidade de uma resposta ao problema de pesquisa levantado, fez-se necessário um redesenho do percurso metodológico que até então já havia sido executado.

⁹ A questão norteadora seria: “Como se articula o entendimento de família para as mães assistidas pelo PHPN considerando que no contexto da territorialidade este fenômeno pode ser entendido tanto sob a perspectiva culturalista quanto sob a perspectiva jurídico-política?”

¹⁰ A pesquisa survey caracteriza-se por aquisição de informações (opinião) e/ou dados de um determinado grupo de pessoas indicadas como representantes de uma população-alvo (FONSECA, 2002). Expõe como vantagens o conhecimento direto da realidade dos sujeitos, é econômica, rápida e possui um caráter quantificável. Os levantamentos buscam ser representativos de um universo definido, aponta resultados precisos (estatística) de um determinado grupo, além de caracterizá-los (dados sociodemográficos) (GIL, 2008).

Nessa perspectiva, entendendo a importância de analisar os dados utilizando uma abordagem tanto quantitativo quanto qualitativo (como realizado), porém sem a “obrigação” de ser uma pesquisa “representativa” e/ou ter um número “determinado” de participantes, recorreremos ao método misto. Conforme Santos et al. (2017) as pesquisas que utilizam o método misto (quantiqualitativa¹¹) permitem uma compreensão ampliada a respeito do fenômeno pesquisado, o que não seria possível com a utilização de somente uma das abordagens. Das estratégias gerais apontadas por Creswell (2010, p. 39) para os procedimentos da pesquisa mista, e como já tínhamos os dados coletados, optamos pelo método misto concomitante, onde “o investigador coleta as duas formas de dados ao mesmo tempo e depois integra as informações na interpretação dos resultados”.

Ainda conforme Creswell (2007) este método é aquele

Em que o pesquisador tende a basear as alegações de conhecimento em elementos pragmáticos (por exemplo, orientado para consequência, centrado no problema e pluralista). Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultânea ou sequencial para melhor entender os problemas de pesquisa. A coleta de dados também envolve a obtenção tanto de informações numéricas (por exemplo, em instrumentos) como de informações de texto (por exemplo, em entrevistas), de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas (CRESWELL, 2007, p. 35).

Ressaltamos, conforme Paschoarelli, Medola e Bonfim (2015, p. 70-71) que embora as pesquisas quantitativas e qualitativas impliquem abordagens e características diferentes, elas não são incompatíveis. “Na verdade, o seu uso conjunto tem demonstrado resultados confiáveis, que minimizam a subjetividade e que respondem às principais críticas das estratégias de abordagens isoladamente: qualitativas ou quantitativas”.

Portanto, em relação à perspectiva qualitativa realizamos revisão bibliográfica (histórica e documental) sobre a temática de fundo dessa pesquisa consultando historiadores e sociólogos que pesquisam sobre saúde pública¹² e utilizamos a Análise Temática (AT) para reflexão sobre os depoimentos coletados a partir de uma seleção aleatória de um número menor de

¹¹ Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reproduzíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável. Em relação à pesquisa qualitativa, a mesma analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada, são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis (SERAPIONI, 2000).

¹² Gisele SANGLARD; Edson Theodoro dos SANTOS NETO (et al); Ana Carolina Carvalho VIOTTI; Renato Pinto VENÂNCIO; Ana Paula Vosne MARTINS; M^a Martha de Luna FREIRE; Luiz Otávio FERREIRA; Madel Terezinha LUZ; Ismael Gonçalves ALVES; Vinícius da Silva LEONY; Nilo Chaves de Brito BASTOS; Cristina M. Oliveira FONSECA; e, M^a Terezinha Bretas VILARINO.

participantes¹³. Este método de análise qualitativa possibilita identificar no depoimento dos sujeitos de um grupo social, o universo vocabular do grupo, bem como seu entendimento a respeito de um determinado fenômeno (SOUZA, 2019). Assim, a AT,

Pode ser utilizada tanto através de uma abordagem indutiva e baseada nos dados - ou seja, que não pretende partir de uma grade pronta de categorias ou temas para analisar os dados, bem como dedutiva ou teórica - a qual parte de um conjunto preestabelecido de categorias ou temas bem definidos. Seja qual for a abordagem, a AT contribui pela sua praticidade e ampla aplicabilidade, pois pode ser utilizada em quase qualquer tipo de análise qualitativa (SOUZA, 2019, p. 53).

A análise dos dados quantitativos foi realizada mediante a utilização do Microsoft Office Excel 2010¹⁴. A pesquisa foi executada na cidade de Governador Valadares, constituindo-se o universo deste estudo. O município é localizado no leste do estado de Minas Gerais, na mesorregião do Vale do Rio Doce, sendo constituída por 14 distritos¹⁵ (PMGV, 2015). Possui 263.689 habitantes, cuja maioria (96,06%) vive em perímetro urbano. A população feminina gira em torno de 138.452 habitantes (52,51%), superando, em número, a população masculina (47,49%) (IBGE, 2010; PNUD; IPEA; FJP, 2013). O público-alvo deste estudo foi constituído por puérperas cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Governador Valadares no período da puericultura, e a coleta de dados foi realizada entre 2018 e 2019.

Este estudo considera uma amostra não-probabilística¹⁶, ou seja, a escolha das participantes foi realizada de forma não-aleatória e intencional, considerando as características específicas do grupo estudado (GROVES et al., 2009). A amostra¹⁷ do estudo foi por adesão, constituída por 155 puérperas, com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independentes, (que não necessitavam de acompanhamento nas idas à Unidade de Saúde), cadastradas na ESF, que possuíam função cognitiva preservada para participar da pesquisa e, que assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO).

¹³ Foram selecionadas 19 entrevistas de modo aleatório para a Análise Temática.

¹⁴ O Excel é uma ferramenta de maior acessibilidade em comparação aos softwares estatísticos, e possui diversas funções para cálculo de testes estatísticos (BIBLIOTECA CENTRAL UFRGS, 2017). O Excel é utilizado como base para banco de dados, sendo possível adicionar um banco de dados a partir de uma planilha e com a disposição das mesmas funções de um banco de dados: consultar, buscar, ordenar, filtrar, calcular.

¹⁵ Distritos ligados ao município: Alto de Santa Helena, Baguari, Brejaubinha, Xonin de Cima, Xonin de Baixo, Derribadinha, Nova Brasília, Vila Nova Floresta, São José do Goiabal, Penha do Cassiano, Santo Antônio do Pontal, Santo Antônio do Porto, São José do Itapinoã e São Vítor (PMGV, 2015).

¹⁶ A coleta de dados (entrevistas) foi realizado em dois anos, compreendendo os anos de 2018 e 2019.

¹⁷ A pesquisa foi realizada nos seguintes bairros: Altinópolis, Atalaia, Betel, Carapina, Cidade Jardim, Cidade Nova, Conjunto Sir, Esperança, Floresta, Fraternidade, Grã Duquesa, Interlago, Jardim Alice, Jardim Atalaia, Jardim do Trevo, Jardim Pérola, JK 1, JK 3, Lourdes, Mãe de Deus, Maria Eugênia, Morada do Vale, Nossa Senhora de Fátima, Nova Vila Bretas, Palmeiras, Planalto, Santa Efigênia, Santa Helena, Santa Helena, Santa Rita, Santa Terezinha, Santos Dumont I, São Cristóvão, São Paulo, São Pedro, São Raimundo, Sertão do Rio Doce, Tiradentes, Turmalina, Vale Pastoril, Vale Verde, Vila Isa, Vila Rica.

No que se refere à Rede de Assistência à Saúde o município conta com 465 estabelecimentos de saúde, dos quais 83 pertencem à rede pública, 381 instituições privadas e 01 filantrópico. Possui equipes de ESF; Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Constituindo 41 ESF (37 PSF e 4 PACS), sendo 39 atuantes na zona urbana (36 PSF e 3 PACS) e 02, na zona rural (1 PSF e 1 PACS). O segmento urbano do município é subdividido em 19 regiões que atendem às áreas geográficas estratégicas, envolvendo 62 bairros (DATASUS, 2010).

As datas e horários das entrevistas¹⁸ junto às puérperas foram definidos de acordo com a sua conveniência e dos profissionais das Unidades de Saúde levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde. Objetivando um adequado clima para realização das coletas, procurou-se um local que permitisse, sobretudo, reduzir a interferência de terceiros.

Para apreender de maneira autêntica o discurso das puérperas, as entrevistas foram gravadas, respeitando a linguagem utilizada pelas mesmas, sem corrigi-las ou interferir/interrromper durante a sua fala, bem como realizar comentários ou pressionar para que forneça as informações. A pesquisadora se apresentou à puérpera com clareza, objetividade e com linguagem de fácil entendimento.

O roteiro de entrevista¹⁹ continha 78 perguntas com questões fechadas e abertas, que possibilitassem a obtenção de informações a respeito do que a pessoa sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, dentre outros. Foram agrupadas nos seguintes temas: identificação da entrevistada; grau de escolaridade; assistência pré-natal; informações sobre a assistência ao RN; informações sobre a assistência à mãe; complicações durante

¹⁸ A entrevista realizada na dependência da ESF foi efetivada em uma sala disponibilizada pela enfermeira chefe no qual só tinha acesso naquele momento a pesquisadora e a entrevistada. Sendo realizada após a puericultura, não interferindo no atendimento da mesma com o profissional. Nos dias de grupo de mães (atendimento coletivo, momento de tirar dúvidas e abordar sobre um tema específico sobre o período puerperal) as entrevistas seguiram o mesmo critério. Quanto àquelas (puérperas) que escolheram ser entrevistadas no ambiente domiciliar, sugeriu-se que a entrevista sucedesse em um local tranquilo e com pouca e/ou nenhuma interferência de terceiros e, em horário que a mesma não precisasse interromper a entrevista para o cumprimento de alguma atividade do cotidiano (horário de almoço, momento de levar ou buscar o filho/a na escola, horário de ir à puericultura, dentre outros).

¹⁹ Embora a pesquisa contemple todos estes tópicos, para este estudo foram analisados somente os seguintes itens: 1) identificação da entrevistada; 2) grau de escolaridade; 3) assistência pré-natal; 4) informações sobre a assistência ao RN; 5) informações sobre a assistência à mãe; e, 6) Fecundidade. A escolha por estes tópicos (questões) se deu em função do objetivo proposto neste estudo. Assim, para melhor discutir sobre como a assistência materno-infantil se configura no município de Governador Valadares foram selecionadas questões que permitissem analisar especificamente a territorialização (e as territorialidades) referentes ao PHPN e se suas orientações estão sendo efetivadas.

gestação, parto, puerpério; fecundidade; representação social sobre família; conhecimento sobre o Zika vírus; conhecimento sobre o teste ANTI-HIV.

O registro das informações coletadas nas entrevistas foi realizado com o auxílio de um gravador de voz digital e com o dispositivo Tablet contendo o Roteiro de Entrevista. Tal procedimento visou obter o registro de todo o material fornecido pelas informantes, apresentando fidelidade quanto à fala e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Em todas as entrevistas foi mantido o caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado.

Por fim, evidenciamos a abordagem territorial que sustenta a discussão proposta, a partir de conceitos próprios da Geografia cultural: território, territorialização e territorialidades. Como referência para essa discussão, tomamos os geógrafos: Milton Santos, Rogério Haesbaert e Marcos Aurélio Saquet. Também utilizamos pesquisadores que utilizam essa terminologia para pesquisas em saúde: Mauricio Monken, Christovam Barcellos e Grácia Gondim.

A partir do exposto, compreendemos que a metodologia de um estudo assume um lugar fundamental para obtenção de respostas às questões levantadas. Sua estrutura se dá em função do que se pretende pesquisar, de quais resultados se almejam alcançar; bem como está relacionada com as áreas de formação/estudo de cada pesquisador ou da junção de áreas numa perspectiva interdisciplinar. Ressalta-se que o pesquisador precisa estar aberto e atento às novas possibilidades e mudanças que o objeto “demanda” (MINAYO, 2001), e entendemos que foi esse o nosso caso.

Problema de Pesquisa

Como relatamos anteriormente redesenhamos o percurso metodológico em função de nova problematização, mas mantendo o mesmo pano de fundo, ou seja, a temática de interesse. Tendo como referência o exposto inicialmente nessa introdução é que emergiu a questão que norteia a presente pesquisa: Como se convergem as territorialidades sobre a saúde materno-infantil implícitas nas políticas implementadas ainda no início do século XX e décadas seguintes, nos indicativos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e na assistência a puérperas assistidas pelo Programa no município de Governador Valadares/MG?

Descrição dos capítulos

Chegar ao final dessa caminhada no mestrado em Gestão Integrada do Território (GIT) não foi tarefa simples. Buscamos realizar um trabalho que respondesse ao nosso propósito de amadurecimento pessoal e profissional. E que também fosse de acordo com os objetivos do GIT. Para isso, apesar dos contratempos da caminhada, chegamos a este resultado que agora apresentamos. Depois das mudanças definidas tanto em relação à pergunta norteadora da pesquisa quanto ao percurso metodológico, optamos pela divisão do texto da dissertação em três capítulos descritos a seguir.

O primeiro capítulo *História da Assistência Materno-infantil no Brasil* apresenta de maneira breve, mas contextualizada e reflexiva os principais programas e políticas públicas de saúde destinadas às gestantes/puérperas e à infância idealizadas e materializadas no Brasil; bem como o processo de territorialização dessas ações e, o conceito de saúde materno-infantil construído historicamente. Observamos que as reflexões em torno da saúde tanto da mulher quanto da criança foram diversas, principalmente pela ressignificação conceitual e social pela qual passaram tanto a maternidade quanto a infância, sobretudo a partir da década de 1980, influenciadas pelo movimento feminista (campo social) e pelos debates realizados nas CNS.

O segundo capítulo *Das CNS ao PHPN* apresenta também um breve histórico sobre as CNS iniciadas em 1941, e os avanços nos programas e políticas direcionadas à saúde da mulher, especificamente as que se encontram no período gestacional e puerperal, levando-se em consideração os conceitos e territorialidades articuladores destas propostas. Posteriormente é apresentado um panorama do PHPN, implementado em junho de 2000 pelo MS através da Portaria/GM nº 569 em todo o território brasileiro. O capítulo apresenta também o modelo em saúde sob o qual a política se estrutura; os conceitos de gestação, parto e humanização, apontados no Programa e nas Conferências; e distingue territorialidades afins ao modelo e conceitos. Também relaciona essa política com as propostas preconizadas pelas CNS.

O terceiro capítulo *O PHPN no território de Governador Valadares/MG* apresenta os resultados obtidos a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas com as puérperas participantes do estudo. Com base nos fragmentos selecionados dos depoimentos foi verificado como a assistência materno-infantil se configura no território de Governador Valadares/MG e, se está em consonância com as propostas do PHPN; e levantadas evidências

ou inferências sobre as territorialidades implícitas nos cuidados em saúde para com a puérpera e com o bebê.

Nossa expectativa é que o trabalho finalizado possa contribuir com as reflexões sobre tão séria questão que é a saúde materno-infantil e a permanência dos altos índices de morbimortalidade entre esse grupo. Muitas questões ficaram em aberto, especialmente aquela sobre ‘família’ que inicialmente seria o foco desse estudo. Além de outras possíveis questões presentes no questionário proposto e aplicado pelo grupo de pesquisadores do SAIS/UNVALE. Como dissemos antes, daquele questionário não utilizamos todas as questões para este estudo, e outras pesquisas certamente poderão ser realizadas.

1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

A política de assistência materno-infantil no Brasil nem sempre existiu tal como a conhecemos hoje, mas foi configurando-se no decorrer de várias décadas mediante as mudanças históricas, políticas, econômicas e sociais do país. O cuidado direcionado a este grupo passou por vários governos com concepções político-ideológicas próprias, bem como recebeu diferentes nomenclaturas. Neste sentido, as reflexões em torno da saúde materno-infantil são diversas principalmente pela ressignificação social que atingiu a maternidade e a infância na sociedade e no campo da saúde (SANTOS NETO et al., 2008).

Historicamente, o conceito e a importância delegada aos cuidados e, sobretudo ao relacionamento do binômio mãe-bebê nem sempre foi o mesmo, uma vez que o período gravídico-puerperal e a maternidade são temas amplos, que dizem respeito a vários campos, ou seja, abarcam as discussões em torno da saúde pública, história política, organização social, cultura e a história das mulheres e do gênero²⁰ (COVA, 2011; KUSCHNIR, 2008).

Com será exposto ao longo deste capítulo, chamamos a atenção para o processo de territorialização das ações, programas e políticas públicas de assistência à mulher e à criança, consolidadas no Brasil desde o período Colonial até a atualidade. Ressalte-se que a territorialização significa a concretização de um determinado fenômeno, neste caso, a efetivação de políticas públicas de saúde materno-infantil no Brasil.

Para melhor compreender o processo de territorialização e como as políticas se territorializam recorremos a Saquet (2007, p. 69) que descreve a territorialização como “um movimento historicamente determinado; é um dos produtos socioespaciais do movimento e das contradições sociais, sob as forças econômicas, políticas e culturais, que determinam as diferentes territorialidades, no tempo e no espaço”. Assim, territorialidades podem ser consideradas todas as circunstâncias que ancoram esse determinado fenômeno ou fato ou que decorrem dele.

²⁰ A terminologia gênero se refere às relações sociais entre homens e mulheres, além de indicar as construções sociais, os papéis atribuídos a ambos e, os avanços nos estudos sobre sexo e sexualidade. É considerada uma terminologia particularmente importante, uma vez que oferece meios de discernir a prática sexual das funções atribuídas aos homens e às mulheres. Especificamente, o estudo de gênero deve ser visto como um campo de trabalho e questionamentos, principalmente dos estereótipos que perpassam as relações entre homens e mulheres (PRÁ; CARVALHO, 2004; SCOTT, 1989).

Portanto, as territorialidades são circunstâncias relacionais (sociais, econômicas, políticas, culturais, afetivas, materiais, subjetivas, burocráticas, dentre outros); e, definem um território e são por ele definidas, como descreve Saquet e Briskievicz (2009, p. 8), “a territorialidade corresponde às relações sociais e às atividades diárias que os homens têm com sua natureza exterior. É o resultado do processo de produção de cada território, sendo fundamental para a construção da identidade e para a reorganização da vida cotidiana”.

A territorialização se dá por meio das dimensões econômica, política ou jurídica-política, cultural ou simbólico-cultural e de natureza/ambiental (EPCN). Sucintamente, na dimensão econômica o território é abordado como produto da divisão territorial do trabalho. Na dimensão política ou jurídico-política entende-se o território como um espaço delimitado e controlado onde o exercício do poder está relacionado na maioria das vezes ao Estado. Na dimensão cultural ou simbólico-cultural, o território é visto como um produto de apropriação simbólica. Por fim, na abordagem natureza/ambiental as questões estão centralizadas na relação ambiente/homem (SAQUET, 2013).

Território abarca uma área delimitada, construída e desconstruída por relações de poder, envolvendo diversos atores sociais que territorializam suas ações com o decorrer do tempo. Para ser mais específico, o conceito de território considera tanto os objetos quanto as ações como sinônimo de “espaço humano”, “espaço habitado”, resultado da nova construção do espaço e do novo funcionamento do território por meio de horizontalidades e verticalidades. As horizontalidades dizem respeito aos lugares próximos (vizinhos) agrupados por uma continuidade territorial, já as verticalidades são constituídas por pontos distantes, conectados por todas as formas e processos sociais (GONDIM, 2011; SANTOS, 1978; SANTOS, 1998).

Ressalta-se que território vai além das questões geográficas (cartográficas), isto é, inclui um conjunto de relações sociais, psicológicas, comportamentais que o sujeito constrói com o decorrer do tempo e da convivência. Em outras palavras, é o espaço dinâmico e vivido, nele os sujeitos estudam, trabalham, estabelecem vínculos e exercem atividades e criam recursos bem como transmitem hábitos, costumes e crenças (BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva a territorialização dos serviços de saúde ocorre por meio da obtenção e análise de informações epidemiológicas a respeito das condições de vida e saúde de uma população específica, inserida em um território delimitado. De modo geral, no âmbito da saúde pública os espaços geográficos e o território se estruturam por meio de horizontalidades

que se constituem em uma rede de serviços. Tais formas de organização devem ser ofertadas pelo Estado ao cidadão, pautando-se em acordos federativos que assegurem os objetivos, princípios e diretrizes do SUS determinado em lei pela CF de 1988 (GONDIM; MONKEN, 2009).

Observa-se que na territorialização das políticas públicas em saúde estão implícitas territorialidades que aparecem em suas normativas, ou seja, na humanização do atendimento; vulnerabilidade, relação profissional-usuário; assistência integral; características sociais, econômicas, culturais, demográficas; e, epidemiológicas do território, dentre outras questões.

Embora essas territorialidades estejam implícitas ressalta-se que a visão de território que tem sido adotada no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil é fortemente influenciada pelo sentido cartográfico, administrativo e político-operativo. Sob essa perspectiva, as políticas estão focadas no perfil político, demográfico e epidemiológico de cada território. Trata-se, portanto de uma territorialização e de uma política ainda limitada, pois no que se refere à área de saúde não há como desconsiderar o território usado, as relações ali estabelecidas pelos sujeitos e o vínculo do serviço de saúde com a população (GONDIM, 2011; SANTOS, 1978; SANTOS, 1998).

Mediante o exposto, a fim de contextualizar a questão da assistência à saúde materno-infantil, fez-se necessário realizar um breve resgate de como a saúde das mulheres e das crianças, bem como a visão da maternidade foram se consolidando socialmente, suas territorialidades e os desdobramentos afins; e cuja discussão, não só no Brasil, mas no mundo todo, perpassa por sua conceitualização e conforme os interesses econômicos, políticos e sociais de cada época e lugar.

No caso do Brasil, no período colonial (1530-1822) e Imperial (1822-1889) a saúde das mulheres e das crianças não se constituía em preocupação do Estado nem da Igreja Católica (poderes intitulados). De acordo com Viotti (2012, p. 68),

[...] o corpo feminino parece ter sido colocado em segundo plano durante o período que aqui vislumbramos [...]. Não há, para se ter uma ideia, tratados entre os médicos portugueses ou naturais da terra que versem exclusivamente sobre cuidados específicos com a mulher [...]. Excetuam-se desta afirmação os cuidados com o parto, pois foi sobretudo na condição de mãe que as mulheres apareceram nos tratados [...].

Sobre cuidados infantis a principal preocupação não eram questões de saúde, mas a formação moral e cristã dos infantes, pois acreditava-se que “os insucessos vividos pelas crianças

sobrevinham ou de sua gestação, ou da hereditariedade [...] ou de sua criação” (VIOTTI, 2012, p. 78). Ou seja, a preocupação também aqui implícita é com a condição da mulher gerar bons filhos e bem criá-los. Ainda conforme a literatura, o abandono e conseqüentemente a mortalidade de crianças era considerado um fenômeno comum (SANGLARD; FERREIRA, 2018), com exceção para os filhos da elite colonial, embora o cuidado com os meninos fosse mais exigido do que para as meninas²¹.

O abandono de crianças estava relacionado a três fatores, sendo a 1) ilegitimidade das crianças; 2) precaução com a honra das mulheres; e, 3) a pobreza das famílias. O Estado e a Igreja Católica não se propuseram a coibir o abandono, mas sim de institucionalizá-lo. Para isto foram criadas as Rodas, prática conhecida também como Casa da Roda, Casa dos Expostos ou Roda dos Expostos²², que funcionou do início do século XVIII até a década de 1870. A primeira Roda instalada em 1726 na cidade de Salvador/BA tinha como um dos objetivos primordiais o batismo das crianças²³ e o anonimato dos abandonadores (SANGLARD; FERREIRA, 2018; VENÂNCIO, 1999).

Essas instituições (Rodas), inspiradas e consolidadas pelo sentimento piedoso e de caridade, visavam principalmente impedir e/ou atenuar práticas que infringissem princípios da moral cristã, ou seja, o infanticídio e o aborto. Observa-se que não havia uma preocupação com a saúde e com a higienização dessas crianças, logo, a mortalidade infantil nestas instituições era alta (MARTINS; FREIRE, 2018).

Com a elevada mortalidade infantil, as Rodas tornaram-se um dos assuntos mais questionados e discutidos entre os médicos, filantropos e funcionários públicos no período de sua consolidação. Conseqüentemente, “os serviços de assistência à criança deixam de ser

²¹ Conforme Viotti (2012, p. 75): Dito de outro modo, os grandes nomes do estudo da idade puerícia voltam seus olhares para os pequenos varões. Não é difícil inferir o porquê. A felicidade da sociedade, a riqueza, força e segurança dos Estados dependem do concurso das disposições da alma, e do corpo, e a criança, que passou a ser vista como uma espécie de “tábua de salvação” da humanidade, precisava ser observada de perto. A menina já estava com a vida determinada: para ser virtuosa, deveria se manter virgem até ser esposa e, conseqüentemente, mãe. O menino, ao contrário, teria de ocupar espaços de sociabilidade múltiplos, e tinha que estar saudável de alma e corpo para exercer essas plurais funções: senhor, trabalhador ou braço forte da lavoura, pai, chefe da família e das terras. Daí ser essencial tratar dos corpos dos infantes.

²² As rodas eram de forma cilíndrica e com uma divisória no meio, esse dispositivo era fixado no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior da parte externa, o expositor colocava a criança que enjeitava, girava a Roda e puxava um cordão com uma sineta para avisar à vigilante - ou Rodeira - que um bebê acabara de ser abandonado, retirando-se furtivamente do local, sem ser reconhecido (VENÂNCIO, 1999, s/p).

²³ Uma vez batizadas e registradas na instituição, as crianças eram deixadas aos cuidados de amas de leite contratadas com as quais permaneciam até complementarem três anos de idade. A seguir, as crianças eram entregues aos cuidados das amas-secas que se responsabilizavam pela sua criação até os sete anos de idade. Depois disso, o destino das crianças poderia ser a “colocação familiar” (SANGLARD; FERREIRA, 2018, 162).

concebidos como manifestações da caridade e são convertidos em espaços de aplicação prática do utilitarismo e da higiene”. Ressalta-se que os cuidados em saúde das crianças pobres e abandonadas tinham como base a saúde e educação para o exercício do trabalho (SANGLARD; FERREIRA, 2018, p. 163).

No final do século XIX os primeiros programas e serviços de saúde pública foram implementados em nível nacional, já no início da Primeira República, por meio da Diretoria Geral de Saúde Pública²⁴ (FUNASA, 2017).

Em relação à atuação do Estado, a Primeira República (1889-1930) é um período marcado por significativas mudanças no Brasil. Em relação às questões de saúde a atuação do Estado até a década de 1920 permanecia restrita, tomando providências em casos pontuais, especialmente naqueles que poderiam ameaçar o comércio e as relações internacionais, como o saneamento dos portos que eram entrada e saída de agentes patológicos (HOCHMAN, 1998). Em relação à saúde materno-infantil, Alves (2015) ressalta que

No entanto, apesar de recrudescer seu papel na organização de um sistema sanitário mais eficaz, o governo federal pouco fez pelas questões da maternidade e infância entre o final do século XIX e os primeiros anos do século XX e as escassas iniciativas tomadas nesta direção acabaram “letra morta” (ALVES, 2015, p. 9).

Entre 1910 e 1920 foram consolidadas instituições públicas de higiene e saúde, e simultaneamente foi adotado o modelo das campanhas sanitárias²⁵ com a finalidade de combater as epidemias urbanas e posteriormente as rurais. As estruturas administrativas de saúde consolidaram-se de maneira centralista, tecnoburocrática e corporativista (LUZ, 1991). No que diz respeito às políticas de saúde materno-infantil, algumas ações de cunho local foram assumidas pelos governos, mas de forma precária, com a finalidade de tratar de agravos mais pontuais, ressaltando-se que a preocupação com a mulher se relacionava com a sua função maternal (MARTINS, 2010).

Como indica a literatura apresentada, a questão da saúde das mulheres e das crianças na Primeira República foi articulada com interesses sociopolíticos e econômicos da nação, ou seja, para a construção de um país forte e desenvolvido conforme as ideologias do período, era necessário ter uma população com boas condições de saúde. Para isso, a saúde das

²⁴ A Diretoria Geral de Saúde Pública foi criada em 1987, portanto antes da Proclamação da República (MAPA, 2018). Ver informações sobre a Diretoria em: <http://mapa.an.gov.br/dicionario-primeira-republica/567-diretoria-geral-de-saude-publica-2.html>.

²⁵ Este modelo, [...] tomou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral [...] o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social (LUZ, 1991, p. 78).

mulheres e principalmente das crianças precisaria ser preservada (ALVES, 2015; SANTOS NETO et al., 2008). Assim, fica evidente que a saúde das crianças era o que o Estado possuía de maior valor, pois a mesma era compreendida como o futuro da nação, ou seja, um trabalhador para o país.

Na Primeira República, independente das ações oficiais, havia as práticas realizadas pelos médicos filantropos²⁶ destinadas a assistência infantil, destacando-se o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipai), fundado por Moncorvo Filho em 1899 no Rio de Janeiro. Esse instituto, além dos objetivos propostos²⁷ e da formulação de ações assistenciais, buscou estabelecer uma relação colaborativa e permanente com o Estado, favorecendo de fato, as crianças brasileiras. Conforme a literatura, o Ipai é considerado um marco na assistência à infância, uma vez que proporcionou uma consciência social, ou seja, uma nova forma de tratar e compreender a saúde da criança, distanciando-se das ações tradicionais de caridade (MARTINS; FREIRE, 2018; SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Mediante as diversas ações consolidadas pelo Ipai, destaca-se o serviço de Gotas de Leite instituído em 1901. Este serviço tinha como foco a realização de exames nas amas de leite, objetivando identificar doenças e evitar o contágio às crianças e, distribuir leite de vaca pasteurizado²⁸ (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

²⁶ A proteção à saúde da criança recebeu influência dos médicos e pediatras José Carlos Rodrigues (1844-1923) (Idealizador da Policlínica das Crianças da Santa Casa da Misericórdia Carioca-SCMRJ); Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901) (Considerado o pai da Pediatria Brasileira); Antônio Fernandes Figueira (1863-1928) (Responsável pelo primeiro hospital público voltado para a infância “Hospital Abrigo-Artur Bernardes”, atual Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz e da Policlínica da criança da Santa Casa da Misericórdia); Luiz Pedro Barbosa (1870-1949) (Idealizador da Policlínica de Botafogo); Carlos Arthur Moncorvo Filho (1871-1944) (Idealizador o Instituto de Proteção e Assistência à Infância-Ipai); Joaquim Martagão Gesteira (1884-1954) (Idealizador a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil- LBCMI) (FREIRE; LEONY, 2011; RIBEIRO, 2011; SANGLARD; FERREIRA, 2018).

²⁷ Os objetivos do Ipai [...] preencher a lacuna deixada pelo Estado, no âmbito da assistência à infância doente, abandonada e miserável; salvar a primeira infância, garantindo sobretudo a lactação dos pobres; levar às mães noções de higiene para melhorar a criação de seus filhos; combater doenças que atingiam a infância; realizar levantamentos detalhados sobre as condições em que viviam as crianças desfavorecidas; promover a regulamentação do trabalho feminino na indústria, com objetivo de favorecer indiretamente a infância; incentivar a criação de asilos de maternidade para abrigar mulheres nos últimos meses de gravidez; incentivar a criação de creches para crianças com menos de dois anos; estimular a criação de jardins de infância; lutar pela criação de hospícios e escolas para “imbecis e idiotas”; inspecionar escolas públicas e privadas; criar um dispensário central de moléstia de crianças; fundar um hospital da criança; efetuar vacinação das crianças matriculadas no Ipai; regulamentar o trabalho das crianças na indústria; incentivar e favorecer a criação de sociedades protetoras da infância; exercer tutela sobre as crianças maltratadas ou em perigo moral (FREIRE; LEONY, 2011, p. 213).

²⁸ A tecnologia da pasteurização (ferver) derivada dos estudos de Louis Pasteur sobre o fenômeno da fermentação microbológica. A vulgarização da técnica de pasteurizar (ferver) o leite de vaca viabilizou a alimentação artificial de crianças e acendeu a possibilidade de afastamento das “indesejadas” amas de leite (SANGLARD; FERREIRA, 2018, p. 163).

Além do Ipai, outros modelos institucionais de assistência a infância foram constituídos nas primeiras décadas do século XX. Em 1923 é criada a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI) em Salvador/BA, coordenado pelo médico Joaquim Martagão Gesteira. As ações da LBSMI tinham como base o desenvolvimento de campanhas sanitárias; educação materna; práticas de assistência; e, o monitoramento dos coeficientes de óbitos infantis (MARTINS; FREIRE, 2018).

Outro marco foi o Instituto Fernandes Figueira (IFF) criado em 1923 por Antônio Fernandes Figueira, com ações direcionadas à assistência à criança, à gestante e ao ensino da puericultura. No mesmo ano foi instituído a Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) primeiro órgão federal responsável pela assistência materno-infantil no Brasil, e simultaneamente foi implementado o Serviço de Higiene Infantil (SHI/1923) constituindo-se em um órgão fiscalizador e normativo dos serviços de assistência à infância. As atribuições da IHI e do SHI eram semelhantes e vinculadas ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP/1920) (FREIRE; LEONY, 2011; RIBEIRO, 2011; MARTINS; FREIRE, 2018; SANGLARD; FERREIRA, 2018).

A partir da década de 1930 se intensificou a transição de uma sociedade de base agrário-exportadora para uma sociedade urbano-industrial. Nesse contexto o Estado vai estabelecendo maior presença política na sociedade, bem como maior preocupação com a assistência à saúde, embora concentrando atenção aos espaços urbanos. Os cuidados não se restringem apenas nos casos de doenças contagiosas, epidemias e a higienização das residências/cidades como antes era a prioridade (SANGLARD; FERREIRA, 2018).

Alves (2015) e Santos Neto et al. (2008) concordam que com o processo de industrialização e urbanização (a partir da década de 1930) a saúde materno-infantil passou a ter mais atenção dos serviços de saúde pública. Apesar das diversas ações consolidadas permaneciam elevados índices de mortalidade materna e infantil. A problemática envolvendo este grupo carecia de um reordenamento sociocultural que abrangesse desde as populações mais pobres até os órgãos públicos.

Em termos socioculturais, para os demógrafos, médicos e higienistas²⁹ os óbitos infantis estavam relacionados a ignorância das mães, o desleixo com os filhos, o trabalho exercido

²⁹ No cenário impregnado pelo ideário higienista, o “problema da infância”, representado principalmente pela elevada mortalidade infantil - supostamente resultado da falta de cuidados adequados com as crianças - associou-se ao “problema da mulher” (MARTINS; FREIRE, 2018, p. 190).

fora do ambiente doméstico e, o neomalthusianismo³⁰. Especificamente, “a ignorância das mães era apontada como fator de preponderante para a causa de tantas mortes de recém-nascidos e bebês até o primeiro ano de vida. A batalha contra a “ignorância” materna seria travada por médicos, jornalistas, voluntários da assistência social” (ALVES, 2015; SANTOS NETO et al., 2008; SILVA, 2018, p. 1023).

Embora a saúde materno-infantil já viesse sendo preocupação dos médicos e higienistas (como apontado até o momento) as intervenções, programas e políticas públicas começaram a ter ênfase e serem realizados de maneira mais sistematizada no governo de Getúlio Vargas (1930-1945)³¹. Conhecido também como um governo paternalista, sobre a saúde materno-infantil pautava-se pelo discurso conservador, sobretudo invocando a família e valorizando a proteção da maternidade e da infância (BRASIL, 2011a; CASSIANO et al., 2014; FUNASA, 2017; MARTINS; FREIRE, 2018). Como apontado no discurso pronunciado no palácio Guanabara, em comemoração ao Natal, a 24 de dezembro de 1939 (BRASIL, 1939, s/p).

Alimento a esperança, tenho mesmo a certeza de que dentro em pouco, de todo os recantos do nosso território se levantarão vozes de apoio e se organizarão esforços, formando um movimento de edificante solidariedade capaz de assegurar completo êxito à campanha destinada a amparar a maternidade e a oferecer à Pátria gerações vigorosas.

Percebe-se que a proteção do Estado à família e principalmente à criança perpassava por interesses políticos marcado pelas condições socioeconômica do país e pelas questões de gênero, ou seja, competia ao homem ser o provedor e o trabalhador, enquanto a mulher realizava com a função de cuidadora (doméstica) do lar e dos filhos. Este ideal “modelo” de família carecia não só de proteção do Estado, mas, sobretudo ser divulgada pelos agentes políticos, públicos e os médicos, para que assim, fossem criados e implementados programas às gestantes, às puérperas e às crianças, tendo como referência as atribuições delegadas a cada membro da família (MARTINS; FREIRE, 2018).

³⁰ O malthusianismo, teoria demográfica conceituada pelo economista britânico Thomas Robert Malthus (1766-1834) no final do século XVIII e início do século XIX, visava controlar o aumento populacional na medida em que esse aumento era considerado um fator prejudicial ao melhoramento futuro da sociedade e à felicidade humana. Sob a justificativa de incompatibilidade entre crescimento econômico e disponibilidade de recursos, [...] o neomalthusianismo se diferencia por atrelar ao controle de natalidade a questão do cuidado de si e da saúde de cada um [...] (CABELEIRA; 2013, p. 83). Mais tarde, o movimento chegou também ao Brasil, país que trouxe à tona tal discussão ao exibir a peça teatral Greve de Ventres! inspirada na obra de Luís Bulffi de mesmo título cuja publicação em brochura data 1906 (CABELEIRA; 2013, p. 84).

³¹ Dentre os diversos programas, ações e políticas públicas de saúde consolidadas no período Vargas, destacam-se o Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública criado em 1930; a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância fundada em 1934; o Conselho Nacional de Saúde (CNS) consolidado em 1937; o Departamento Nacional da Criança (DNCr) implementado em 1940; e, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) constituído em 1942 (FGV, 2017; MARTINS; FREIRE, 2018).

Em 1930, no início do primeiro governo de Getúlio Vargas, os serviços de saúde pública passaram a ser responsabilidade do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, através do Decreto nº 19.402, de 14 de outubro 1930. Este Ministério tratou de todos os assuntos concernentes ao ensino, a assistência hospitalar e a saúde pública (BRASIL, 1930). Posteriormente, em 1953 foi criado o MS que assume as responsabilidades relacionadas à saúde humana em todas as dimensões e ciclos (BRASIL, 1953).

Com a implementação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância em 1934, por meio do Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934, é atribuído a esta diretoria a função de preservar a vida; a saúde; a assistência; a proteção; e, o desenvolvimento adequado da maternidade e da infância (BRASIL, 1934). Além disso, competia à Diretoria elaborar, executar e fiscalizar as atividades direcionadas ao bem-estar materno e, sobretudo infantil, em todo o território nacional (MARTINS; FREIRE, 2018).

Posteriormente, em 1937 foi criado o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que tem por finalidade monitorar, acompanhar e fiscalizar as políticas públicas de saúde, bem como identificar as demandas da população e levá-las ao poder público. Esse Conselho ainda faz parte da estrutura organizacional do MS e atualmente é considerado uma instância organizativa, deliberativa e definitiva do SUS (CNS, 2019).

Segundo Martins e Freire (2018, p. 210) “com o Estado Novo e o realinhamento político conservador e personalista, se estabeleceu a partir de 1938 e 1939 um cenário bastante favorável aos projetos de assistência e proteção à maternidade e à infância”. Evidenciado nos discursos de Vargas e, principalmente na orientação de políticas de assistência à família³².

Em 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCr) que desenvolveu atividades de cuidados com as gestantes, crianças e adolescentes, com o objetivo de regularizar o atendimento ao binômio mãe-bebê e diminuir com a mortalidade infantil (BRASIL, 2011a; CASSIANO et al., 2014; SANTOS NETO et al., 2008). Previsto em Lei - Decreto nº 2.024 de 17 de fevereiro de 1940 - fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país (BRASIL, 1940). Embora as ações do DNCr estivessem mais direcionadas à criança, foram enfatizados também os cuidados com a mulher no momento de lactação (SANTOS NETO et al., 2008).

³² Proteção especial à família com a formulação do Estatuto da Família por Gustavo Capanema em 1938 e a publicação do decreto Lei 3.200 de 1941 que dispõe sobre a organização e a proteção da família (MARTINS; FREIRE, 2018, p. 210).

Art. 1º Será organizada, em todo o país, a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Buscar-se-á, de modo sistemático e permanente, criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida (BRASIL, 1940).

Em seguida (1942) é criado o Serviço Especial de Saúde Pública³³ (SESP) com ações direcionadas as regiões que não recebia cobertura pelos serviços tradicionais de saúde da época. A assistência básica em muitas comunidades era escassa, o que potencializava os problemas de saúde gerando altos índices de morbimortalidades materna e infantil. A mortalidade³⁴ deste grupo se configurava em um grave problema de saúde, e ainda permaneciam no Brasil doenças erradicadas que causavam preocupação social e afetava o desenvolvimento econômico e o seu progresso (BASTOS, 1993; VILARINO, 2015).

Conforme a literatura sobre o período varguista a saúde materno-infantil, especialmente após 1942, com a atuação do SESP, era rotulada de “Higiene Materna” ou “Higiene Pré-Natal”. As ações eram centradas em três objetivos “I. manter e melhorar o estado de saúde da gestante e prevenir transtornos e as complicações da gravidez, do parto e do puerpério; II. assegurar o crescimento e desenvolvimento do feto; III. levar à mulher grávida conceitos de higiene e de saúde de modo que posteriormente ela os transmita à criança” (BASTOS, 1993, p. 176; VILARINO, 2015).

Os cuidados com a saúde do binômio mãe-bebê eram realizados nos Serviços de Enfermagem ou nas Unidades Sanitárias, e buscava-se atrair a mulher à unidade logo no início da gestação, sendo que o primeiro contato ocorria em sua maioria no 3º ou 4º mês da gravidez. Na unidade a gestante era atendida pelo médico que realizava exame clínico e obstétrico e solicitava os exames complementares de rotina³⁵. Nas consultas posteriores (uma consulta por mês) realizavam-se os procedimentos rotineiros (BASTOS, 1993; VILARINO, 2015).

³³ O SESP foi criado em meio a 2ª Guerra Mundial, tendo a árdua tarefa de defender a saúde do homem, uma vez que ele precisa estar bem e com boa saúde para produzir. O SESP era um órgão com total autonomia, tendo orçamento próprio para executar os programas, e não fazia parte da estrutura do Ministério da Educação e Saúde. Em 1960 o SESP deixa de ser um Serviço Especial, autônomo em relação ao MS, e passa a ser a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública vinculada ao MS, com jurisdição em nível nacional (BASTOS, 1993, VILARINO, 2015). No governo Collor foi incorporado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

³⁴ Em 1938, 2.543 em 6.228 óbitos de crianças de menos de 1 ano de idade foram causados por diarreia e/ou enterite. Em 1942 a cada cinco NV, um morria no seu primeiro dia de vida, os óbitos ocorriam em sua maioria nas regiões com desfavoráveis condições de vida, saúde e educação (BASTOS, 1993).

³⁵ Pesquisa de albumina na urina, sorologia para sífilis, parasitológico das fezes, dosagem de hemoglobina, imunização contra tétano néo-natorum, inscrição no lactário, quando indicada (BASTOS, 1993, p. 177).

Além dos procedimentos realizados na Unidade Sanitária, preconizavam-se também as atividades educativas³⁶. Tais atividades configuravam-se em visita domiciliar (à gestante) pelas visitadoras sanitárias, que com elas abordavam os seguintes temas: parto, escolha da parteira curiosa³⁷, cuidados com o corpo, alimentação e preparo para o nascimento do bebê (BASTOS, 1993; VILARINO, 2015).

Vale ressaltar que o contato inicial com as gestantes e a ocorrência de exames regulares foi um desafio para os profissionais de saúde, devido ao receio das gestantes pelo desconhecido, apego as crenças, costumes e tradições locais. Tais aspectos se apresentavam como um fator de recusa ao atendimento e assistência no pré-natal. Não obstante, com o passar do tempo com o auxílio das parteiras curiosas (pessoa de confiança); qualidade da assistência prestada; ações educativas realizadas com a gestante e família; e, mudança nas atitudes da equipe de trabalho; os atendimentos foram sendo mais bem aceitos, diminuindo significativamente os agravos em saúde materno-infantil (BASTOS, 1993; VILARINO, 2015).

Entretanto, embora os avanços indicados, Fonseca (2007, p. 49) chama atenção para o fato de que em todo o período do governo varguista (1930-1945) os projetos em saúde foram mecanismos importantes de fortalecimento do poder público do governo central em todo o país. E “nesta lógica uma parcela da população recebeu atenção especial no âmbito da saúde: as mulheres e as crianças, que se destacaram como foco de atenção na política social de Vargas e constituíram elementos-chave do projeto político-ideológico de construção nacional”.

As ações voltadas à proteção da saúde tanto da criança quanto da mulher, entre as décadas de 1950 e 1960, seguiram no sentido de impulsionar os programas e políticas de saúde materno-infantil já implementados (em execução). Observe-se que o marco na saúde, neste período, foi o desmembramento (em 1953) do Ministério da Educação e Saúde (BRASIL, 2011a).

³⁶ O atendimento às gestantes era no sentido de aconselhamento quanto aos cuidados no período da gravidez. Depois que o bebê nascia, as visitadoras visitavam mãe e filho/a em suas casas, verificando os cuidados com a higiene e saúde de ambos, e principalmente se as mães seguiam a orientação dada na Unidade de Saúde (VILARINO, 2015, p. 179)

³⁷ As parteiras curiosas eram membros da comunidade local e, obviamente, não faziam parte do quadro de funcionários do Sesp (SILVA; FERREIRA, 2011, p. 106). Ao atuar diretamente junto às parteiras curiosas, o Sesp pretendia não apenas lhes impor seus rigorosos padrões higiênicos para a execução dos partos e dos cuidados com os recém-nascidos, como também, e sobretudo, utilizar sua influência e prestígio nas comunidades rurais, para, com sua ajuda, popularizar as ações de saneamento junto às populações Sesp (SILVA; FERREIRA, 2011, p. 96). De acordo com Vilarino (2015, p. 185) as parteiras eram respeitadas em suas comunidades, eram líderes, eram quase como ‘chefe do bairro’. Cada parteira tinha as suas clientes que, logo que engravidavam, procuravam por ela e combinavam o acompanhamento do parto.

Especificamente, no que se refere à reprodução humana, a mesma começa a ser discutida no Brasil, a partir da década de 1960 (MARTINS; FREIRE, 2018). Embora essa seja uma questão que está diretamente ligada à saúde reprodutiva da mulher, bem como ao índice de mortalidade materno-infantil (desde o Brasil Colônia); até a década de 1960 nenhuma ação específica tinha sido desenvolvida, deixando as mulheres mais expostas ao risco de adoecer e vir a óbito por causas obstétricas. Conforme Martins e Freire (2018, p. 214) a,

[...] ausência de políticas públicas, a saúde reprodutiva das mulheres, especialmente as das classes populares, ficou restrita ao atendimento da Benfam³⁸ e do Cepaimc³⁹, francamente controlistas, disseminando o uso de contraceptivos orais (pílula) e dos dispositivos intrauterino (DIU). Cabe destacar o papel importante desenvolvido pelo movimento de mulheres que desde meados da década de 1970 vinha denunciando esse tipo de prática pelo seu descomprometimento com a informação, as escolhas e o controle que as próprias mulheres deveriam ter sobre seu corpo.

Na década seguinte (1970) foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) vinculada à Secretaria de Assistência Médica. Era competência da CPMI “planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (BRASIL, 2011a, p. 12).

Também se registrou a efetivação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975), com a finalidade de reduzir a morbimortalidade deste grupo. Além de investir recursos financeiros na infraestrutura de saúde, proporcionar mais informação, incentivar o aleitamento materno, expandir e aprimorar as atividades direcionada à gestante no momento do parto, no puerpério e, às crianças menores de cinco anos, dentre outros. A implementação deste programa proporcionou maior cobertura, acesso ao atendimento à saúde materno-infantil (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte (1976) a CPMI passou a ser nomeada como Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). A DINSAMI era o órgão responsável, pelos cuidados à saúde da mulher, criança e adolescente, e suas ações eram vinculadas à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Posteriormente, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), pelo MS, através do DINSAMI, cujo objetivo central era de aumentar a cobertura da assistência e diminuir a mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011a).

³⁸ Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (Benfam)

³⁹ Centro de Assistência Integrada à mulher e à Infância (Cepaimc)

Apesar das diversas ações realizadas pelo PAISMC, ainda permaneciam agravos à saúde materno-infantil. Pensando nisso, viu-se a necessidade de ofertar assistência à mulher e à criança em programas diferentes (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM⁴⁰ e Programa de Assistência Integral à Criança-PAISC⁴¹, implementados em 1984), porém de maneira integrada. Ambos com a finalidade de “diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011a, p. 13).

Concomitantemente aos programas implementados após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a proteção à saúde materno-infantil vinha sendo discutida também entre os participantes das CNS, propondo ações que envolviam a mulher em todas as dimensões (biopsicossocial) e fases da vida (infância, adolescência, idade adulta, velhice) para além de atitudes fragmentadas e reducionistas sobre a questão. Essas propostas considerando fatores biopsicossociais ganharam maior visibilidade e foram reforçadas após a 9ª Conferência, realizada em 1992, após a criação do SUS (SUS/1990) (BRASIL, 1992).

Na década de 1980 houve uma ruptura conceitual sobre a maneira como as políticas de saúde direcionadas às mulheres eram pensadas e consolidadas, e sempre marcadas por tensões. De um lado, a consolidação de políticas com ações pautadas em interesses individuais, estatais, políticos, econômicos e/ou internacionais. Por outro lado, observa-se o crescente movimento feminista no Brasil, que desde meados da década de 1970 vinha denunciando⁴² o descomprometimento das políticas com a saúde integral das mulheres numa perspectiva humanizada e ética, com ações voltadas apenas aos aspectos fisiológicos do binômio mãe-bebê (BRASIL, 2011a; MARTINS; FREIRE, 2018; SANTOS NETO et al., 2008).

Em 1980, na efervescência dos movimentos feministas no Brasil, diversos programas destinados às mulheres são questionados, visto que pouco era o acesso aos serviços de saúde em relação aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal, além de ficar sem assistência a maior

⁴⁰PAISM: assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; promoção ao parto normal (BRASIL, 2011a, p. 13).

⁴¹PAISC: crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2011a, p. 14).

⁴²Essas denúncias reportavam desde problemas mais gerais, como falta de água, saneamento básico, escolas e creches e postos de saúde, a problemas mais específicos do gênero feminino, como o direito à creche, saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher (SANTOS NETO et al., 2008, p. 110).

parte de sua vida. Outro aspecto criticado foi a posição em que a mulher continuava a ser vista e entendida, ou seja, como a única responsável pelas tarefas domésticas, cuidados com os filhos e posta diante da obrigação da maternidade (MARTINS; FREIRE, 2018; UNASUS/UFMA, 2013).

Neste contexto, a atuação política do movimento feminista junto aos profissionais de saúde acarretou o processo de reestruturação das políticas públicas materno-infantil. Dentre as diversas conquistas deste movimento, destaca-se a formulação das diretrizes e princípios básicos do PAISM⁴³ implementado pelo MS em 1984. Verifica-se que este Programa trouxe uma proposta inédita até então, voltado à assistência à saúde da mulher em sua integralidade, e foi a partir deste programa que de fato as mulheres começaram a ser vistas e compreendidas pelas políticas como sujeitos de desejos, voz e autonomia (MARTINS; FREIRE, 2018; SANTOS NETO et al., 2008).

Mesmo com a implementação do PAISM, ainda persistiram elevados índices de morbimortalidade neste grupo por causas que poderiam ter sido evitadas. Isto justificou a criação e consolidação de outras ações/departamentos de proteção à saúde da mulher e da criança. A saber, em 1990, a DINSAMI passou a ser nomeada de Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI)⁴⁴. Dentre as diversas atribuições desta Coordenação, destaca-se a normatização da proteção à saúde da mulher e da criança, a ser realizada pelo SUS em diversas instâncias e, em nível nacional. Posteriormente (em 1996), a CORSAMI deu lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e a Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do MS (BRASIL, 2011a).

As Coordenações foram substituídas (em 1998) pelas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Neste mesmo período (1998) o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (INAM) foi encerrado, porém suas ações foram agrupadas pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) (BRASIL, 2011a).

⁴³Compete ao Programa realizar atividades educativas, preventivas, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, bem como ofertar atendimento integral à mulher, ou seja, aquelas que se encontram no período gestacional (parto e puerpério), no climatério, com diagnóstico de DST, câncer de colo de útero e/ou de mama e, outras demandas presentes no grupo de mulheres (BRASIL, 2011a).

⁴⁴O objetivo era garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. Tal assistência compreendia ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos [...]. A CORSAMI era subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério, e estavam hierarquicamente ligados a ela dois serviços de atenção a esses grupos populacionais: Serviços de Assistência à Saúde da Mulher e Serviço de Assistência à Saúde da Criança (BRASIL, 2011a, p. 14).

Posteriormente (em 2000), foi constituído o PHPN e, outras ações/programas em nível nacional, com o objetivo de reduzir o elevado índice de óbitos materno-infantil que, apesar de todas as ações consolidadas, ainda persistia em todo território brasileiro (BRASIL, 2002a).

Todavia, ainda há um longo caminho a ser percorrido, para que de fato, ocorra uma redução dos óbitos no período gravídico-puerperal e infantil; acesso aos serviços de saúde pública; qualidade no atendimento; e, autonomia da mulher e direito sobre seu corpo, principalmente no que se refere à escolha em dar ou não continuidade a uma gestação. Estas são questões que já se encontram em pauta nos debates ofertados pelas CNS (BRASIL, 2019) e nas reivindicações do movimento feminista.

Após este breve resgate histórico sobre as circunstâncias sociopolíticas e econômicas que tangenciaram a implementação de políticas públicas de assistência à saúde materno-infantil no Brasil, buscamos retomar a questão a partir de uma perspectiva territorial. Ou seja, apesar de os conceitos de território, territorialização e de territorialidades não estarem sequer mencionados em discussões sobre saúde pública antes da década de 1990 (com a organização do SUS) podemos fazer algumas inferências. Para isto partimos do significado de territorialização em saúde, evidenciando nas políticas, com o objetivo de verificar em que bases ela aconteceu em diferentes momentos da história do Brasil.

Dos tempos coloniais (1530/1822) até o império (1822/1889) vimos que a saúde materno-infantil não se configurava como preocupação dos poderes instituídos (Estado e Igreja Católica), principalmente os óbitos maternos. A mortalidade infantil era considerada um fenômeno “comum”, não recebendo nenhum tipo de atenção até a década de 1870, quando é implementada a primeira Roda dos Expostos no Brasil. As ações realizadas nestas Rodas foram movidas por valores morais e cristãos (que seriam territorialidades) e identificadas, sobretudo pelos objetivos dessas instituições, como apontado nos estudos de Sanglard e Ferreira (2018) e, Venâncio (1999): o que importava de fato era garantir que essas crianças abandonadas fossem batizadas, preservando-se a imagem “honrada” das mulheres da elite por acaso envolvidas e, atender em nome da caridade as precárias condições sociais (pobreza) das famílias desprovidas de recursos para cuidar da criança. As crianças que vinham a óbito eram denominadas de “anjinhos”, uma vez que a infância “esteve associada aos atributos de pureza e inocência” (VAILATI, 2006, p. 60).

Nesse contexto, podemos considerar as territorialidades, aqui chamadas de cristãs, como “uma “abstração” também no sentido ontológico de que, enquanto “imagem” ou símbolo de um território, existe e pode inserir-se eficazmente como uma estratégia político-cultural, mesmo que o território ao qual se refira não esteja concretamente manifestado”, como por exemplo, o batismo das crianças; os funerais dos “anjinhos”; e, as ações de “caridade” realizadas pelas Rodas. Em outras palavras, é a manifestação do poder, porém em seu sentido simbólico, como forma de controle do comportamento e, modo de viver de uma comunidade e/ou sujeito (HAESBAERT, 2004, s/p).

Já na Primeira República (1889/1930), as preocupações a respeito da saúde materno-infantil, na maior parte do tempo, permaneceram escassas. Conforme Martins (2010) foi no final deste período (décadas de 1910/1920) que as instituições públicas de higiene e saúde começaram a ser efetivamente implementadas, porém ainda restritas às questões de epidemias urbanas e rurais. A partir da década de 1930, com o processo de industrialização e urbanização foi que a saúde materno-infantil passou a receber mais atenção dos serviços de saúde pública. Observe-se que essa ‘territorialização’ foi motivada por interesses sociopolíticos e econômicos da nação, e evidenciada na ideologia de que para a construção de um país forte e desenvolvido fazia-se necessário ter uma população (mulheres para gerar filhos saudáveis) com boas condições de saúde (ALVES, 2015; SANTOS NETO et al., 2008).

Neste sentido, embora pensado para outro contexto, podemos dizer, conforme Gondim, Monken (2009) que a territorialização de medidas para saúde materno-infantil foi um instrumento capaz de gerar mudanças nas ações sanitárias vigentes, bem como no modelo assistencial.

No governo Vargas, a partir de 1930, e especialmente entre as décadas de 1940/1950 com a atuação do SESP, e também valendo para os governos seguintes, observamos que os cuidados em saúde foram se reestruturando, as práticas dos profissionais passaram a ser realizadas levando em consideração novas circunstâncias (territorialidades) como visita domiciliar (à gestante), conscientização sobre os procedimentos clínicos das gestantes e puérperas; bem como no incremento de investimentos e serviços destinados a este grupo.

Entretanto, como observa Marinho (2013), a concepção sobre a maternidade e a infância, no Estado Novo, ligava-se à ideia de um desenvolvimento para o Brasil, em que a infância era

“recurso importante para a nação”, e “imprescindível a doação das mulheres no cumprimento de suas funções maternas”. Nas palavras da autora:

O papel feminino foi reabilitado pelos médicos, a sua condição social foi elevada, passando a ter relevância para o desenvolvimento do país, sendo que o ideário da maternidade científica tornou-se um apelo para que as mulheres continuassem exercendo suas funções tradicionais de mães, só que resignificadas de acordo com as ideias modernas, ou seja, a função da maternidade estava sendo redefinida sob novos moldes e as mulheres deveriam ser adequadas à essa situação original (MARINHO, 2013, p. 72-73).

As ações em saúde materno-infantil nas décadas de 1950 a 1960 seguiram no sentido de validar programas e departamentos até então idealizados e implementados. Após o governo varguista o esforço dos representantes políticos até o início da década de 1960 concentrou-se na manutenção dos programas já em andamento com uma ou outra alteração mais pontual. Martins e Freire (2018) registram que a partir da década de 1960 emergem novas possibilidades no campo da saúde da mulher, a saber, os estudos/pesquisas em torno da reprodução humana⁴⁵, embora ainda com muita rejeição por parte da Igreja Católica e setores mais conservadores da sociedade. Ainda assim observa-se um progresso nos recursos tecnológicos aplicados no campo da saúde (profissionais da saúde, unidades de saúde, leitos hospitalares, enfermeiras, dentre outros) o que vem acompanhando também a evolução do entendimento/conceito do que venha a ser saúde/assistência materno-infantil.

Sobre a questão da reprodução humana, Martins e Freire (2018) apontam que as pesquisas voltadas a este campo resultaram em métodos contraceptivos orais (pílulas⁴⁶) e o DIU, difundidos, principalmente entre as classes mais populares. Tais procedimentos acarretaram uma maior autonomia da mulher frente ao período gravídico, bem como na escolha pela maternidade.

A partir da década de 1970 até a contemporaneidade, verifica-se a ampliação dos programas, coordenações, departamentos e políticas públicas destinadas à saúde tanto da mulher quanto da criança (BRASIL, 2011a). A territorialização dessas ações, diferentemente das anteriores,

⁴⁵ Médicos e ginecologistas brasileiros passaram a ter acesso às pesquisas sobre hormônio sintético em franco desenvolvimento nos Estados Unidos, Reino Unido e em alguns países europeus, como a França, bem como a participar em congressos internacionais e redes de pesquisa, boa parte financiada pelos laboratórios farmacêuticos e centro de pesquisa sobre crescimento populacional e suas interfaces com o desenvolvimento econômico nos países (MARTINS; FREIRE, 2018, p. 213).

⁴⁶ Se antes as mulheres não tinham autonomia sobre seu corpo para decidir sobre ter ou não filhos que era destinado pelo casamento, bem como a quantidade, tal situação se inverteu com o surgimento da pílula anticoncepcional. As mulheres passaram a ter autonomia, principalmente do seu desejo em detrimento ao desejo do homem, além de viverem a sexualidade sem a obrigação e o dever de procriar (TEIXEIRA; PARENTE; BORIS, 2009).

busca atenuar o adoecimento/mortalidade da mulher/criança, levando em consideração as dimensões biológica, psicológica, social e cultural, ou seja, compreendendo e, levando em consideração seu território vivido. Assim, nesse período a territorialização da saúde,

[...] consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença - como o próprio contexto histórico e cultural da região (GIOVANELLA et al., 2012, p. 840).

Em síntese, observamos que várias circunstâncias socioculturais, econômicas e políticas, podem ser entendidas como territorialidades que circundaram a implementação das primeiras ações públicas de saúde para a mulher e a criança do Brasil colônia até o Estado Novo. Que ao longo do tempo houve progressos, especialmente técnicos, nos programas e políticas públicas de assistência materno-infantil criados e efetivados, porém sem, contudo, resolver a questão do alto índice de morbimortalidade de mulheres (no período gravídico-puerperal) e de crianças, sempre mencionados na abertura de novos programas.

Que esses índices estão relacionados e/ou potencializadas pelas desigualdades sociais; ausência e/ou precariedade da atenção à saúde materno-infantil; questões relacionadas à cultura patriarcal que ainda é forte e evidenciada nos casos de violência e abandono.

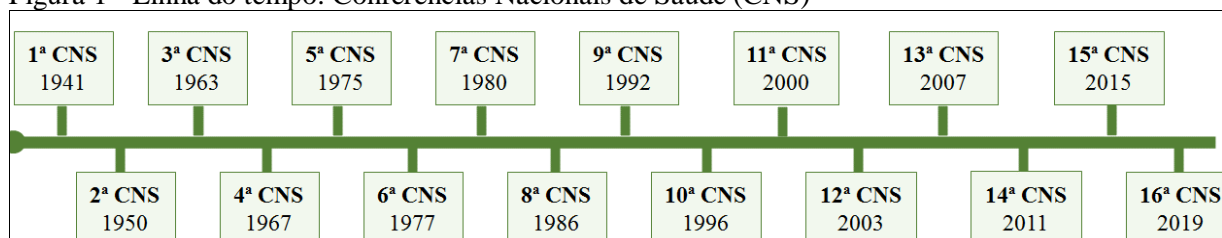
Em todo esse longo período até a década de 1980 o sentido de território para as políticas é o território cartografado, delimitado legalmente. Somente a partir da implementação do SUS é que o conceito de território ganhou a dimensão cultural do território vivido que hoje perpassa as propostas e implementação de muitas políticas públicas para esse grupo. Essa concepção foi tomando consistência a partir das discussões e indicativos de políticas pelas Conferências Nacionais de Saúde, como veremos no capítulo seguinte.

2 DAS CNS AO PHPN

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) no Brasil vêm de longa data. Foram instituídas em 1941, pelo governo de Getúlio Vargas, como instrumento de conhecimento e controle das ações estaduais sobre a área da saúde. Foram estabelecidas por indicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), recém-criado (1937) sendo inicialmente espaços exclusivamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais. As temáticas eram definidas previamente e sempre estavam relacionadas a temas emergentes ou urgentes no campo da saúde, porém vinculados aos interesses políticos nacionais e internacionais dos vários períodos de sua realização (BRASIL, 2009).

Com o passar do tempo transformaram-se em espaços democráticos de mobilização social, tendo atuação importante nas conquistas em relação à saúde pública no país (CCMS, 2016), embora não tenham papel executivo. Atualmente, as Conferências contam com a participação dos representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Até a 8ª Conferência foi variado o espaço de tempo transcorrido entre uma e outra e desde 1992 (Figura-1) elas são realizadas a cada quatro anos, como previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Figura 1 - Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde (CNS)



Fonte: Ministério da Saúde⁴⁷

A 1ª CNS tendo como tema a “Situação Sanitária e Assistencial dos Estados” foi realizada em 1941, juntamente com a Primeira Conferência Nacional de Educação⁴⁸, prevista no art. 90 da lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937. Os temas centrais discutidos foram a organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a

⁴⁷ Linha do tempo: Conferências Nacionais de Saúde adaptado do site da Fundação Fio Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 29 fev. 2020.

⁴⁸ O Ministério da Educação foi criado no Brasil em 14 de novembro de 1930 como o nome de Ministério da Educação e Saúde Pública. Sua criação foi um dos primeiros atos do Governo Provisório de Getúlio Vargas (FGV, 2017).

lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e, plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

A realização da primeira Conferência apresentou um olhar exploratório, tendo como objetivo mapear as ações assistenciais em saúde desenvolvidas até então. De modo geral, atenção à maternidade, infância e adolescência, não ocuparam espaços de destaque, porém algumas propostas foram apresentadas e aprovadas. Durante a Conferência foram levantados questionamentos a respeito da saúde materno-infantil que seriam realizados nas unidades federativas para que posteriormente se conduzisse a discussão e consolidação de ações específicas. Os questionamentos levantados tinham como foco a Bioestatística e Proteção à Maternidade e à Infância, destacados abaixo (BRASIL, 1941, p. 6).

BIO-ESTATÍSTICA

Qual o coeficiente médio de natalidade no último quinquênio?

Qual o coeficiente médio de mortalidade geral no último quinquênio?

Quais no último quinquênio os coeficientes médios específicos de mortalidade por: a) febres tifoide e paratífoides; b) disenterias; c) tuberculose (todas as formas); d) difteria; e) sarampo; f) malária; g) varíola e alastrim; h) câncer; l) doenças do coração?

Qual o coeficiente médio de mortalidade infantil no último quinquênio?

Qual a percentagem de atestados de óbitos firmados por médico?

Qual a percentagem de óbitos devido a causa desconhecida ou mal definida?

PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA

Dispõe o Estado de um órgão especial destinado à direção dos serviços de proteção à maternidade e à infância?

Quantas maternidades existem no Estado? (Precisar o número dos oficiais e das particulares e dar o total de leitos destinados, em cada município, à proteção à maternidade, computados os existentes em hospitais gerais).

Quantos hospitais para criança existem no Estado? (Precisar criar o total de leitos destinados, em cada município, a crianças doentes, computados os existentes em hospitais gerais).

Quantos dispensários de higiene pré-natal e infantil, quantos lactários, creches, ambulatórios de pediatria e outras instituições de assistência à maternidade e à infância existem em cada município?

Os questionamentos levantados indicam que a assistência e os cuidados no período gestacional e puerperal estavam centrados em uma concepção curativa e não preventiva, bem como em uma atenção voltada a questões da bioestatística sobre proteção materno-infantil. O questionário desenvolvido procurava mapear os serviços e/ou registros por acaso existentes nos estados. Assim, o relatório final da 1ª Conferência propõe a realização de dois programas nacionais, sendo um voltado à saúde materna e outro à proteção da infância (BRASIL, 1941). A primeira epígrafe que apresentamos em nossa introdução, o trecho de Raquel de Queiroz

apresentando a obra *Geografia da Fome* (de Josué de Castro), trata desse período e das condições desfavoráveis de saúde para a população, especialmente para esse grupo.

A 2ª CNS, realizada em 1950, teve como tema a “Legislação referente à Higiene e à Segurança do Trabalho” e “como objetivo central pensar as questões sanitárias do Brasil, apresentando como temas adjacentes: malária; segurança do trabalho; condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes” (CABRAL; FRANCISCHINI, 2016, p. 1038). Não tendo sido encontrado documento disponível que permitisse sua análise fica aqui uma lacuna sobre os questionamentos nela levantado⁴⁹.

A 3ª CNS, realizada em 1963, convocada pelo presidente João Goulart, teve “caráter avaliativo quanto ao cenário da saúde pública que se desenhava até então” (CABRAL; FRANCISCHINI, 2016, p. 1038) e abrangeu como temas a “Situação sanitária da população brasileira”; “Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal”; “Municipalização dos serviços de saúde”; e, “Fixação de um plano nacional de saúde”. Considerada a primeira conferência realizada após a criação do MS (1953) propôs a descentralização da saúde, com a definição das atribuições dos governos federal, estaduais e municipais no campo das atividades médico-sanitárias e da descentralização executiva dos serviços, com a efetiva participação dos municípios na solução dos problemas de Saúde Pública (BRASIL, 1963).

No que diz respeito às discussões envolvendo o ciclo gravídico-puerperal esta Conferência preocupou-se com a mortalidade materno-infantil cada vez mais recorrente, sendo este tema também considerado prioritário nos trabalhos elaborados por demógrafos das Nações Unidas naquele período. Segundo estimativas do Laboratório de Estatística, no Brasil, entre 1940/1950 a proporção de óbitos no primeiro ano de vida foi de 170 por 1000 NV (BRASIL, 1963). Nossa segunda epígrafe na introdução, sobre o número de enterros de crianças em Governador Valadares no início dos anos 1960, nos dá uma medida da gravidade do problema.

Os estudos realizados apontavam as condições ambientais desfavoráveis, a desnutrição e as doenças infecciosas, resultantes do atraso e subdesenvolvimento do país, como as principais

⁴⁹ De acordo com Cabral e Francischini (2016, p. 1038) a 2ª CNS não apresenta registro oficial como relatórios ou atas de reunião. Todavia, embora haja essa lacuna documental, importantes acontecimentos ocorreram em decorrência, direta ou indireta, desse evento, como a criação do Ministério da Saúde ao se separar o Ministério de Educação e Saúde.

causas responsáveis pela persistência dos altos índices de mortalidade entre menores de 5 anos. Em relação à saúde materno-infantil foi apontado que o DNCr vinha dando prosseguimento às diferentes atividades de estímulo, orientação e cooperação às iniciativas públicas e privadas que objetivavam proteger a maternidade e a infância em todo o território nacional (BRASIL, 1963).

Em 1960 o programa alimentar do DNCr realizou a distribuição de leite em pó desnatado e cápsulas de vitamina A-D, favorecendo gestantes, lactantes, nutrízes e pré-escolares; e em 1961 desenvolveu diversas ações para atendimento à saúde materno-infantil criando 126 maternidades; 191 postos de puericultura; 39 hospitais infantis; 59 creches; 70 serviços de reidratação e, 96 outras ações, contabilizando 581 serviços (BRASIL, 1963).

Além de ações voltadas às questões nutricionais, o programa de imunização, também no ano de 1961 distribuiu 139.800 doses de vacinas diftérica-pertussis no Nordeste e, em 1962, foram vacinados contra a poliomielite 5.566.439 crianças (BRASIL, 1963).

A 4ª CNS realizada em 1967, sob governo militar, teve como tema “Recursos humanos para as atividades em saúde”. Nesta, as discussões foram direcionadas aos recursos humanos nas atividades e demandas na saúde no Brasil, bem como na responsabilização do MS na formação e capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 1967).

Especificamente no que se reporta a saúde materno-infantil, a 4ª Conferência indicava que competia aos estudos da medicina e suas disciplinas assegurarem que uma criança se desenvolveria e cresceria normalmente. Para sua efetivação se fazia necessário que o profissional de saúde além de possuir formação cultural devesse estar atento às especificidades, diversidade e variáveis presentes no território brasileiro (BRASIL, 1967).

Para a 5ª CNS realizada em 1975 os temas foram a “Implementação do Sistema Nacional de Saúde”; “Programa de Saúde Materno-Infantil”; “Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”; “Programa de Controle das Grandes Endemias”; e, “Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais” (BRASIL, 1975).

Em relação a saúde materno-infantil, os dados sobre mortalidade materna indicavam a necessidade de aprimorar as condições de atendimento adequado no decorrer da gestação, parto e puerpério reduzindo as complicações, agravos e morte materna (BRASIL, 1975).

Nesta Conferência ganhou destaque o Programa de Saúde Materno-Infantil cuja problemática estava voltada à alimentação e nutrição; doenças transmissíveis; cobertura insuficiente de gestantes e puérperas pelos serviços de assistência; áreas rurais; fatores sociais; e, má distribuição da renda per capita. Estes fatores foram considerados relevantes, pois ao serem negligenciados favorecia-se a disseminação de doenças transmissíveis bem como o aumento das chances da mulher, criança ou ambos adoecerem ou morrerem por causas evitáveis (BRASIL, 1975).

Em 1977 a 6ª CNS realizada teve como temas a “Situação (atual) do controle das grandes endemias”; “Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde”; “Interiorização dos serviços de saúde”; e, “Política Nacional de Saúde”. Questões relacionadas a saúde materno-infantil não foram aqui foco de discussões (BRASIL, 1977).

Na 7ª CNS realizada em 1980 que teve como tema “Extensão das Ações de Saúde por meio dos Serviços Básicos”, as reflexões voltaram-se sobre implementação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (BRASIL, 1980). Nesta Conferência abordou-se como subtema a alimentação, nutrição e os Serviços Básicos de Saúde e suas implicações à saúde da criança relativa aos hábitos alimentares. Atentos aos investimentos em publicidade sobre alimentos voltados à infância os participantes preocuparam-se com o aleitamento materno fazendo a recomendação abaixo indicada (BRASIL, 1980).

A influência da publicidade de produtos alimentícios faz-se sentir de maneira especial na mudança de comportamento quanto ao processo de aleitamento. É constatado o incremento do aleitamento artificial e as repercussões negativas deste processo na nutrição da criança. Sugere-se o aumento do período legal da licença para o aleitamento materno. O respeito à legislação de obrigatoriedade de creches nos locais de trabalho, e a desativação de berçário nas maternidades (BRASIL, 1980, p. 175).

A 8ª CNS realizada em 1986 teve como temas “Saúde como direito”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e, “Financiamento setorial”. Teve como pauta questões sob reforma sanitária; saúde como direito inerente à cidadania e ao indivíduo. Esta foi considerada um marco na história das CNS por contar com a participação da população civil nas discussões, bem como por contemplar suas propostas tanto no texto da CF de 1988, quanto nas leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 que dispõem sobre o regulamento do

SUS. Especificamente, no que tange a saúde materno-infantil apontou o direito de acompanhante a doente internados, principalmente crianças (BRASIL, 1986).

Em 1992, a 9ª CNS teve como tema “Municipalização é o Caminho”. Os assuntos discutidos nesta conferência que diziam respeito à saúde materno-infantil enfocavam o desrespeito à vida evidenciado pelos inaceitáveis indicadores de saúde como baixa expectativa da vida, alta mortalidade infantil e materna e, elevado grau de desnutrição infantil. Estas ocorrências indicaram a necessidade de implementar e consolidar na rede de serviços públicos de saúde um Programa de “Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente” que contemplasse todos os aspectos epidemiológicos e as especificidades de gênero da população feminina (BRASIL, 1992).

“Saúde, cidadania e políticas públicas”; “Gestão e organização dos serviços de saúde”; “Controle social na saúde”; “Financiamento da saúde”; “Recursos humanos para a saúde”; e, “Atenção integral à saúde”, foram os temas da 10ª CNS realizada em 1996. As reflexões apresentadas nesta Conferência estavam direcionadas a discussão sobre atenção integral à saúde (BRASIL, 1996a).

Em relação aos critérios para a distribuição dos recursos da saúde direcionados a assistência materno-infantil a 10ª Conferência apresentou dois tópicos. O primeiro apontou para o desenvolvimento nos municípios de políticas de suplementação e estímulo à alimentação para gestantes e crianças desnutridas. O segundo se referiu ao PAISM, conforme deliberado na 9ª conferência (BRASIL, 1996a).

Especificamente, a saúde da mulher no período gravídico-puerperal deveria abranger diversas ações, tais como acesso facilitado ao planejamento familiar, ações educativas e informativas em reprodução humana e aos métodos anticoncepcionais nos serviços de saúde; pré-natal acessível em todos os municípios; atendimento a todas as mães e aos RNs, com a criação de bancos de leite humano nos hospitais do SUS, e implantação de UTI neonatais; desenvolvimento de sistemas de Vigilância Epidemiológica e acompanhamento às causas de mortalidade materna; atendimento às mulheres portadoras do HIV, sobretudo as gestantes; atendimento aos casos de abortos permitidos em lei (BRASIL, 1996a).

Ademais, nesta Conferência foi descrita a necessidade imediata de ser constituído pelo MS um Programa Nacional de Partejas Tradicionais, assegurando sua capacitação/formação e remuneração, devendo ser implementado pelos gestores do SUS em todo o país, a partir das

deliberações do Conselho. É interessante observar que nos anos 1940 e 1950 o SESP realizou inúmeros cursos para parteiras (chamadas de ‘curiosas’) para divulgação de práticas da medicina científica, e para estímulo às consultas e acompanhamento de gestantes pelos médicos e enfermeiras; mas desestimulando o trabalho das curiosas. Esse novo formato tanto resgatava a confiança ‘controlada’ nas parteiras como supria a falta de profissionais de saúde em várias regiões, especialmente no norte e nordeste (BASTOS, 1993; VILARINO, 2015). Outro posicionamento foi em relação ao aborto. Neste a maioria dos participantes posicionaram contra sua legalização, entendendo que esta prática se configura em violência contra a vida (BRASIL, 1996a). Essa posição também remete à visão tradicional sobre família e sobre o comportamento das mulheres vigente.

Considerando que os agravos iniciados na gestação tendem a influenciar no nascimento e desenvolvimento da criança, foi sugerido ao MS e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a implementação da Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente em todas as unidades e serviços de saúde. Visando reduzir os índices de morbimortalidade neste grupo foram listadas as ações de prevenção e cuidados que deveriam ser implementados, a saber, (BRASIL, 1996a, p. 79):

[...] Programas de Saúde Coletiva em todos os municípios, voltados para os espaços onde convivem crianças e adolescentes (moradias, creches, escolas, locais de lazer e trabalho);

[...] vigilância e atenção sistemáticas aos recém-nascidos de risco, até completarem um ano de idade ou enquanto perdurarem os riscos à sua saúde;

[...] programas de saúde específicos para a faixa etária escolar devem ser garantidos mesmo àqueles que se encontrarem fora do sistema escolar;

[...] ações específicas que atendam às necessidades das crianças ou adolescentes com deficiência (física, auditiva, visual ou mental) ou com paralisia cerebral;

[...] o Teste do Pezinho em todos os municípios, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como as ações de assistência no caso dos distúrbios metabólicos e da diabetes na infância e adolescência;

[...] programas de proteção à criança ou adolescente vítima de maus-tratos, abuso sexual e demais formas de violência, bem como ações de prevenção e tratamento da dependência química, inclusive com o apoio à construção ou adequação de centros públicos de convivência para assistência a essas crianças ou adolescentes;

[...] ações de promoção da saúde voltadas às crianças e aos adolescentes que vivem na rua, bem como aos seus familiares.

Em síntese foi considerado que os direitos das mulheres, crianças e adolescentes garantidos em lei⁵⁰ deveriam ser cumpridos através das ações em saúde já implementadas e daquelas que deveriam ser consolidadas para uma efetiva redução dos agravos à saúde deste grupo. Neste

⁵⁰ Lembrando que o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA havia sido criado em 1990.

sentido, para o grupo de crianças e adolescentes caberia aos gestores do SUS apoiar as atividades de atenção à saúde de crianças, desenvolvidas principalmente pela Pastoral da Criança e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 1996a). E para as mulheres caberia o desenvolvimento de programas específicos.

A 11ª CNS realizada no ano 2000 teve como tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Seu objetivo foi discutir a consolidação do SUS e o seu controle pela sociedade através de conselhos e representantes públicos além da reflexão sobre a transição do sistema centralizado para a regionalização, via municipalização das ações em saúde pública. O subtítulo dessa Conferência reflete o objetivo de consolidação do SUS: “O Brasil falando como quer ser tratado” (BRASIL, 2000).

Em relação à assistência à saúde da mulher a 11ª Conferência apontou que persistiam ainda os agravos relacionados à elevada mortalidade materna; alta morbimortalidade por câncer ginecológico; ausência dos serviços de saúde na abordagem da violência doméstica e sexual; e, riscos à saúde da mulher relacionados ao aborto ilegal (BRASIL, 2000).

Mediante os agravos que vinham acompanhando este grupo, os participantes desta Conferência propuseram três ações: 1) consolidar as Políticas de Assistência à Saúde da Mulher e da Adolescente, abrangendo desde a atenção primária até a terciária; 2) realizar ações em saúde da mulher que contemplassem a atenção ao câncer ginecológico, saúde mental, anemia falciforme e outras patologias prevalentes em etnias específicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome de Imunodeficiência adquirida (AIDS), saúde da trabalhadora tanto urbana quanto rural; e, 3) descriminalizar o aborto (BRASIL, 2000).

Para garantir a qualidade da assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, com estímulo à humanização do parto são sugeridas as seguintes ações: priorização do parto normal, em detrimento das cesárias; cuidado especial à gravidez de alto risco; Programa de atenção à gravidez de alto risco para adolescente; capacitação e formação continuada para os profissionais com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da mulher; garantir acesso das mulheres em idade reprodutiva aos serviços de saúde de qualidade; implementar comitês de mortalidade materna com participação da sociedade civil; combate à mortalidade infantil; melhoria no registro de óbito materno; regulamentar as parteiras tradicionais e das/os ACSs, assegurando capacitação profissional e remuneração; estimular a implantação do programa Parto Seguro; fortalecer Políticas de Atenção ao Pré-natal, parto e puerpério; e, assegurar que

as maternidades em geral possam emitir Certidão de Nascimento e Cartão da Criança quando da alta do RN (BRASIL, 2000).

A 12ª CNS realizada em 2003⁵¹ teve como tema “Saúde: direito de todos, dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”. O tema sugere que as discussões da Conferência anterior sobre a consolidação do SUS continuariam em foco.

Dentre os vários eixos temáticos estão indicados abaixo aqueles cujas propostas estavam voltadas à saúde materno-infantil (BRASIL, 2003), a saber:

- ✓ *Eixo temático I – Direito à saúde:* garantir a regionalização do Programa de Anemia Falciforme (PAF) em todo território brasileiro, realizando o teste do pezinho, orelhinha e eletroforese de hemoglobina às crianças e gestantes.
- ✓ *Eixo temático III – A Intersetorialidade das Ações de Saúde:* ações em educação sexual, com atuação direcionada à gravidez precoce.
- ✓ *Eixo temático V – A Organização da Atenção à Saúde:* no tópico saúde e gênero é apontado o PAISM, sugerindo a inclusão de direitos reprodutivos e sexuais e considerando as especificidades (negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas) das mulheres.
- ✓ *Eixo temático VI – Controle Social e Gestão Participativa:* estimula a presença da sociedade civil, representantes dos movimentos sociais e conselheiros de saúde a participarem dos debates e dos estudos de prevenção da mortalidade materna.
- ✓ *Eixo temático VIII – Ciência e Tecnologia e a Saúde:* abordou a respeito da saúde reprodutiva da mulher, assim como as avaliações de práticas de atenção à mulher, mortalidade materna e abortamento.

A 13ª CNS realizada em 2007 teve como tema “Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento”. Nesta, as discussões recaíram sobre os desafios na efetivação dos direitos humanos à saúde no século XXI. No que se refere à saúde materno-infantil foram aprovadas as seguintes moções:

⁵¹ A posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de sua equipe em janeiro de 2003 marcou um novo momento histórico para o Brasil. A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta. Consoante com esse compromisso, o Ministério da Saúde propôs, ainda no início da gestão, antecipar a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde para aquele mesmo ano e, com isto, conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade (BRASIL, 2003, p. 13).

Moção nº 044 - Chega de ver crianças morrendo por falta de UTIs neonatais. Apoio à implantação e à aquisição de equipamentos para instalação de UTIs neonatais nas cidades onde o perfil epidemiológico indique altos índices de mortalidade infantil, como, por exemplo, o município de Mogi Mirim e região, que apresenta o segundo maior índice (27%) (BRASIL, 2007, p. 205).

Moção nº 046 - Moção de apoio à implantação de programa de acompanhamento do desenvolvimento de bebês de alto risco. Apoiamos a implantação de programas de acompanhamento do desenvolvimento infantil de bebês de alto risco, realizado por equipe multidisciplinar na atenção básica de saúde, com recursos das três esferas do governo, com o propósito de promoção de saúde e prevenção de deficiências (BRASIL, 2007, p. 206).

Moção nº 106 Repúdio ao PL no 1.135/91 (Projeto de Lei) que legaliza o aborto até o nono mês de gravidez. Repudiamos o Projeto de Lei 1.135/91, que está tramitando na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, porque, embora o texto limite a interrupção da gravidez até a 12ª semana, na realidade, eliminando os artigos 124, 126, 127 e 128 do Código Penal, este Projeto de Lei legaliza o aborto até o 9º (nono) mês de gestação (BRASIL, 2007, p. 219).

A 14ª CNS realizada em 2011 teve como tema “Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio do povo brasileiro”. As diretrizes e propostas debatidas durante a conferência resultaram em sugestões importantes nas mudanças no padrão de funcionamento do SUS. As propostas referentes à assistência materno-infantil aprovadas nesta Conferência foram:

Garantir em lei a licença maternidade de seis meses para todas as mães trabalhadoras, empregadas tanto no setor público quanto no setor privado. E às mães privadas de liberdade, o direito de amamentar por seis meses, criando estruturas adequadas à permanência dos bebês com as mães nas Unidades Prisionais e Delegacias (BRASIL, 2011b, p. 17).

Implementar ações na Atenção Básica visando orientar e tratar gestantes e adolescentes gestantes. Cumprir a Lei no 11.108, de 7/4/2005, que garante a presença de acompanhante no “Parto Humanizado” e incentivar a implantação de Casas da Gestante, visando otimizar seu acesso às maternidades, principalmente as de alto risco, e implantar a “Rede Amamenta Brasil”, credenciando as UBS na iniciativa “Unidade Básica Amiga da Amamentação”, com financiamento federal e estadual/DF (BRASIL, 2011b, p. 53).

Divulgar a Lei do Acompanhante (Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000) ao conjunto da população, implantá-la nos hospitais públicos estaduais e municipais, além de estimular e supervisionar sua implantação nos hospitais e maternidades conveniadas/contratadas ao SUS, capacitando a Vigilância Sanitária (Visa) de cada instância de gestão no conhecimento e implementação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sobre as condições para um parto de qualidade e humanizado (BRASIL, 2011b, p. 63).

Fortalecer a Política de Atenção à Saúde da Mulher com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, atendimento humanizado à mulher em situação de abortamento e de violência doméstica, sexual e de gênero, prevenção da mortalidade materna, garantindo a regionalização do Projeto Rede Cegonha, bem como ampliar a cobertura na prevenção e controle do câncer de colo de útero, garantindo o acesso a exame de citologia e colposcopia e prevenção e controle do câncer de mama,

garantindo o acesso a exame de imagem para rastreamento e diagnóstico, bem como implantar o exame de peniscopia como estratégia de prevenção no Programa de Saúde do Homem (BRASIL, 2011b, p. 64).

Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições seguras para mulheres e adolescentes e realizar a vigilância do óbito materno, neonatal e infantil, bem como descentralizar o programa aborto legal (BRASIL, 2011b, p. 70).

Reduzir a morbimortalidade infantil, através do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e da implementação do processo de acompanhamento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos; da implementação de protocolos clínicos de controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs); da implementação do processo de acompanhamento do baixo peso ao nascer e do controle da deficiência de ferro e de vitamina A (BRASIL, 2011b, p. 70).

A 15ª CNS realizada em 2015 teve como tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Nesta Conferência foram aprovadas as seguintes moções relacionadas à Saúde Materno-Infantil:

Direitos sexuais e planejamento reprodutivo das mulheres sobre sua saúde e sua vida, com o intuito de reduzir os índices de violência sexual, doméstica, mortalidade materna e infantil, assim como assegurando atendimento as mulheres lésbicas, negras, rurais, indígenas, com deficiência, patologias e as que estiverem em situação de aborto (BRASIL, 2015b).

Acesso (100%) das gestantes ao pré-natal tendo com referência à maternidade de alto risco ou risco habitual conforme suas demandas (BRASIL, 2015b).

Ampliação de recursos humanos (estrutura física e equipamentos) para efetivação do pré-natal, parto e puerpério adequado; formação continuada à equipe multidisciplinar visando o atendimento humanizado à gestantes e familiares e, construção de novos núcleos de parto normal pré-hospitalar aumentando o número de vagas com formação de enfermeiros obstétricos e doulas (BRASIL, 2015b).

Mudanças de paradigmas de cuidados à saúde sexual e reprodutiva da mulher, tendo como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Garantia de sua autonomia e respeito à sua identidade de gênero, orientação sexual envolvendo as mulheres que se encontram em privação de liberdade (BRASIL, 2015b).

Consolidar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Criança Indígena em parceira com os domínios competentes que fazem a gestão da saúde indígena nos Estados (BRASIL, 2015b).

Proporcionar campanhas de incentivo ao parto normal, enfrentamento ao câncer de boca, fumo e doenças periodontais em gestantes, levando em consideração as especificidades territoriais (BRASIL, 2015b).

A 16ª CNS realizada em 2019 teve como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Os Eixos temáticos foram: Saúde como direito; Consolidação dos princípios do SUS; e, Financiamento adequado e suficiente para o SUS (BRASIL, 2019).

No que se refere à saúde materno-infantil foi discutido sobre os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres sobre sua saúde e vida, com a finalidade de ofertar atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento; assegurar o planejamento reprodutivo; reduzir a mortalidade materna; diminuir com a violência obstétrica, doméstica e sexual; fortalecer as redes de atenção materno-infantil; e, consolidar políticas de saúde integradas com outras políticas públicas de promoção de saúde mental desde a primeira infância envolvendo o pré-natal, período de aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2019).

Juntando pontos e territorialidades convergentes nas Conferências

De modo geral, em relação às políticas de saúde pública, as três primeiras Conferências (1941, 1950 e 1963) iniciaram e favoreceram os debates sobre organização sanitária, municipalização e descentralização das ações em saúde. A partir de 1964, com o estabelecimento da ditadura militar, elas passaram a ter um caráter mais técnico. Após o término do regime militar (1985), foi realizada em 1986 a 8ª Conferência que representa um marco na história da saúde no país, e cujo relatório final serviu como base para a criação do SUS, instituído na CF de 1988. As demais conferências posteriores à 8ª seguiram no sentido de impulsionar ações para a consolidação e o aperfeiçoamento do SUS (CCMS, 2016). A última Conferência (2019) além da consolidação se posicionou pela defesa do SUS diante de riscos à sua manutenção.

Se nas primeiras conferências o entendimento sobre saúde estava restritamente ligado ao sentido de ausência de doenças, a partir da 8ª Conferência, em 1986, este conceito gradativamente é substituído por um mais amplo, compreendendo as questões sociais dos sujeitos, ou seja, alimentação, trabalho, habitação, renda, educação, lazer, moradia; bem como o acesso aos serviços de saúde⁵² (BRASIL, 1986). Podemos dizer que essas são circunstâncias territoriais que nortearam as reflexões e as sugestões e indicativos que as Conferências deixaram para os órgãos governamentais competentes para sua implementação e execução.

⁵² Esse novo conceito relaciona-se com o aceite dos determinantes sociais de saúde conforme preconizado atualmente pela OMS. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em consonância com a OMS, define saúde como um completo bem-estar físico, mental e social; embora este conceito receba diversas críticas pela sua amplitude, como aponta a posição de Segre e Ferraz (1997): “[...] trata-se de definição irreal por que, aludindo ao "perfeito bem-estar", coloca uma utopia. O que é "perfeito bem-estar?" É por acaso possível caracterizar-se a "perfeição"? (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Em relação à assistência materno-infantil e suas práxis, como indicado na apresentação das CNS, elas vêm sendo objeto de atenção ao longo da história da saúde pública no Brasil. Assim, observamos a partir das CNS, que as ações em saúde materno-infantil foram se estruturando conforme o entendimento do processo saúde/doença e dos significados dados à infância e à maternidade; bem como de acordo com os interesses políticos, sociais e econômicos da nação; e, por meio das demandas (fisiológicas) das gestantes, puérperas e crianças. Todas essas condições são também territorialidades que influenciam o modo como as políticas públicas em saúde materno-infantil serão concebidas e implementadas, ou seja, de como se territorializam.

A partir das reflexões apontadas ao longo deste capítulo, compreendemos que historicamente o cuidado com a saúde da mulher, no escopo das políticas de saúde, foi marcado por mudanças de paradigmas⁵³, assinaladas principalmente por dois momentos: o primeiro compreende da 1ª à 7ª Conferência; o segundo, da 8ª à 16ª Conferência.

A princípio (1ª à 7ª Conferência), a preocupação com a saúde das mulheres (e das crianças) estava centralizada somente em uma concepção curativa, pautada no modelo biomédico. Neste sentido, as ações sugeridas (mas nem sempre consolidadas) tinham como objetivo reduzir os elevados índices de mortalidade materno-infantil, tendo como referência as questões da bioestatística. Preocupou-se também, com a alimentação e imunização das crianças, principalmente dos RNs (BRASIL, 1941). Observamos que foi a partir da 5ª Conferência (1975) que se começou a pensar a saúde da mulher para além dos agravos relacionados à gestação, através do Programa de Saúde Materno-Infantil⁵⁴. Inferimos também que essas mudanças talvez estivessem relacionadas com reivindicações do movimento feminista no Brasil, que começava a questionar as ações em saúde direcionadas às mulheres (BRASIL, 1975). Uma nova territorialidade que vai ficar mais evidente com o tempo.

Posteriormente (8ª à 16ª Conferência), os debates envolvendo a saúde tanto da mulher quanto da criança foram se ampliando. Além dos procedimentos clínicos (consultas de pré-natal,

⁵³ Entende-se por paradigma um conjunto de saberes e fazeres que garantam a realização de uma pesquisa científica por uma comunidade, determinando até onde se pode pensar em um campo do saber, uma vez que dados e teorias, sempre que aplicados a uma pesquisa, irão confirmar a existência desse paradigma (KUHN, 1997). Paradigma pode ser também entendido como um padrão de conduta de um sujeito, grupo ou instituição que embora esteja sujeito a transformações ao longo do tempo tem por função orientar outros sujeitos para que se sintam pertencentes a uma dada realidade.

⁵⁴ O Programa de Saúde Materno-Infantil cuja problemática estava voltada à alimentação e nutrição; doenças transmissíveis; cobertura insuficiente de gestantes e puérperas pelos serviços de assistência; áreas rurais; fatores sociais; e, má distribuição da renda per capita (BRASIL, 1975).

puericultura, imunização, medicalização), começaram a se pensar em propostas de saúde integral ao binômio mãe-bebê, levando em consideração os aspectos ligados aos determinantes sociais de saúde. Observamos então que questões como abortamento, gênero, reprodução, sexualidade, violência, direitos, planejamento familiar, ações educativas, acesso aos métodos contraceptivos, humanização/valorização no atendimento, dentre outros, passaram a ser preocupação dos representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (população civil) nas Conferências (BRASIL, 2019).

Como já apontamos inicialmente, percebemos que para diferentes épocas foram também variadas as condições, relações ou circunstâncias territorializantes, que influenciaram e orientaram a concepção e a implementação de políticas de assistência à saúde materno-infantil. Nesse sentido é que percebemos muitas mudanças e avanços, mas também muitas permanências e desafios ainda a serem enfrentados.

2.1 Políticas públicas de assistência materno-infantil resultantes das Conferências

Entende-se por política pública as deliberações nacionais, estaduais ou municipais de cunho geral, tendo por objetivo tornar público e transparente o planejamento, as intenções e as práticas do governo. Tais ações permitem a redução da descontinuidade administrativa das políticas, além de potencializar os recursos disponíveis no território onde a mesma foi implementada (BRASIL, 1998; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Para que uma política se torne efetiva é necessário explicitar as bases legais e justificativas para o seu estabelecimento; delimitar o raio de ação da política e constituir a base para a avaliação do seu impacto; estabelecer diretrizes para o alcance de seu propósito; definir responsabilidades institucionais e parcerias a serem estabelecidas visando a intersectorialidade das ações e, estabelecer os parâmetros para sua avaliação (BRASIL, 1998).

Dentre as ações em saúde pública que devem ser conduzidas para toda a população, aqui colocamos em pauta especificidades relacionadas às políticas voltadas para a saúde da mulher e da infância, ressaltando-se particularmente a atenção ofertada às mulheres durante o período gestacional e puerperal e aos RNs.

Retornando ao histórico sobre políticas públicas de saúde e das CNS, verificamos que políticas nacionais de saúde da mulher foram implementadas ainda nas primeiras décadas do século XX, tendo suas ações voltadas às questões biológicas e com o foco no período

gestacional-puerperal. Os programas de assistência materno-infantis, discutidos e elaborados, apontavam para uma visão restrita a respeito da mulher, e na função social de ser mãe, educadora, cuidadora dos filhos e do lar (BASTOS, 1993; UNA-SUS/UFMA, 2013). Nas décadas de 1960 a 1970 avanços culturais ocorreram, como reflexos da atuação do movimento feminista que começava a constituir-se, mas sem rompimento de fato com as concepções tradicionalmente conservadoras (PINTO, 2010).

Tendo como referência esse entendimento sobre o papel social da mulher na sociedade, os programas de saúde implementados conduziam para ações tecnicistas e biologicistas, centradas na resolutividade de problemas sem considerar o contexto sociocultural em que as mulheres estavam inseridas. Constata-se, por exemplo, que ainda na década de 1940, diversas ações foram desenvolvidas para este grupo (gestante/puérpera), dentre elas a criação do Banco de Leite Humano (BLH/1943), no Instituto Nacional de Puericultura, atual IFF. A finalidade do BLH era a coleta e distribuição de leite para aqueles bebês que apresentavam casos considerados especiais, a saber: prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (aquelas produzidas em órgãos diferentes dos comuns) (BRASIL, 2008a).

Em 1950, as práticas em saúde foram influenciadas pelas ideias do “Estado de Bem-Estar” (Welfare State) provenientes da Europa. No Brasil, essas práticas estavam direcionadas à saúde da mulher pertencente aos grupos mais vulneráveis, tendo como objetivo “fazer das mulheres “melhores mães”. Este bordão indicava a maternidade como o papel mais importante da mulher na sociedade e sua dedicação à criação dos filhos mais relevante do que qualquer outra ação voltada ao desenvolvimento econômico (UNA-SUS/UFMA, 2013). Na década de 1960 as orientações não se diferenciaram muito dessas anteriores, embora os avanços científicos (pesquisas voltadas à reprodução humana, fertilidade/infertilidade), as preocupações ainda eram prioritariamente relacionadas ao combate aos índices altos de morbimortalidade materno-infantil (MARTINS; FREIRE, 2018).

Em função desses índices, posteriormente foram desenvolvidas medidas de combate à fome (desnutrição) e de estabelecimento do planejamento familiar. Conforme Santos Neto et al. (2008, p. 109), em meados da década de 1970 “alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil são implementados, a saber, o Programa de Saúde Materno-Infantil (Brasil, 1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (Brasil, 1978)”. Nessa época as políticas voltadas para a saúde reprodutiva abusaram das cesarianas e da esterilização como método contraceptivo (ALMEIDA, 2005).

Complementarmente, em 1976 foi instituído o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Este teve como finalidade ofertar assistência às gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos, além de apontar a importância da alimentação e nutrição de grupos biologicamente vulneráveis, como gestantes, puérperas e crianças (BRASIL, 1976). Em 1981 foi consolidado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), publicado pelas Portarias nº 42 e 198 que instituíram o Grupo Técnico Executivo do programa, com ações voltadas à promoção, à proteção e ao apoio à amamentação (BRASIL, 2017).

Um marco importante foi a criação do PAISM lançado em 1984. Esse programa apresentou uma reflexão ampla a respeito da saúde da mulher, comprometendo-se com práticas de saúde que visavam a garantia dos direitos humanos com especial foco nas mulheres no intuito de reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis. Especificamente, o programa teria como objetivo ofertar a assistência obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a atenção às mulheres e adolescentes em condições inseguras de abortamento (BRASIL, 2004a).

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis foi proposto e executado o Programa Nacional de DST e Aids em 1988. O programa apresentava diversas ações de controle e combate às DSTs, sendo destacados os cuidados e procedimentos a serem realizados por mulheres e homens infectados. Especificamente, as ações propostas às mulheres, sobretudo aquelas que desejavam engravidar e/ou estivessem grávidas, foram: teste rápido para o diagnóstico da sífilis; serviços de ginecologia e credenciamento de maternidades para assistência ao parto da gestante infectada, para os RNs expostos verticalmente ao HIV e/ou com sífilis congênita; prevenção da transmissão perinatal do HIV; credenciamento de maternidades para a assistência ao parto da gestante infectada e seu RN exposto verticalmente ao HIV e/ou a sífilis; aconselhamento das gestantes, portadoras de DST e de seus parceiros, dentre outros (BRASIL, 1999).

Quanto à redução de óbitos infantis, em 1995 foi elaborado o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI). O mesmo tinha como finalidade aumentar os cuidados e assistência às questões envolvendo saneamento básico, promoção do aleitamento materno, imunização, combate à desnutrição e doenças infecciosas, bem como reforçar os cuidados do pré-natal (BRASIL, 2010b).

No que se refere à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de 1999, a mesma integrava os esforços do Estado Brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propunha respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2013a).

Para reafirmar o compromisso do MS com as gestantes e puérperas, foi criado no ano 2000, o PHPN. Neste programa foram definidos os procedimentos (clínicos/educativos) que deveriam ser realizados para este grupo com a finalidade de reduzir os altos índices de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2002a).

Enfim, o levantamento nos relatórios das Conferências e o histórico sobre os principais programas em saúde materno-infantil até o PHPN, estabelecidos especialmente após a constituição do SUS, mostram que algumas políticas tiveram olhar mais multidisciplinar e ampliado a respeito da saúde da mulher. A partir da 9ª CNS (1992) começou-se a discutir, mesmo que aos poucos, questões de gênero, empoderamento feminino, visão sistêmica da saúde materno-infantil e a elaboração de leis que amparam aquelas que vivem situação de violência (obstétrica, doméstica, sexual, física, moral, psicológica). Aquelas novas territorialidades que somente se delineavam na 5ª Conferência (1975) começaram a tomar forma.

Também foi possível constatar, a partir da constituição do SUS, o estabelecimento de políticas públicas de base territorializada, isto é, levando-se em consideração que para o desenvolvimento efetivo de estratégias, programas e/ou políticas em saúde far-se-ia necessário o desenvolvimento de ações que levassem em consideração o território usado da população e, as territorialidades dos sujeitos atendidos pela política (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

2.1.1 Configuração das territorialidades do PHPN diretrizes da organização da assistência

Mediante o quadro continuado de necessidades de atenção específica à gestante, à puérpera e ao RN no período pós-parto e dos altos índices de morbimortalidade materna e infantil, o MS instituiu em todo território brasileiro o PHPN por meio da Portaria/GM nº 569 de 1/6/2000. (BRASIL, 2002a).

Em relação às causas de mortalidade materna prevalecem as obstétricas diretas⁵⁵, destacando-se as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que tem se mantido por décadas como as duas principais causas. Em seguida se destacam as infecções puerperais, aborto, doenças do aparelho cardiovascular agravadas pela gestação, parto ou puerpério (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BRASIL, 2004b; COSTA et al., 2013).

Quanto aos óbitos infantis, principalmente os pós-neonatais, são decorrentes em sua maioria por causas evitáveis como desnutrição, diarreia e pneumonia. Tais doenças estão relacionadas diretamente com a qualidade e acesso da população ao serviço de saúde e com as condições de vida (educação, saúde, trabalho, escolaridade, saneamento básico) (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BRASIL, 2004b; COSTA et al., 2013).

Em consonância com a proposta do SUS, o PHPN, ainda ativo, busca ofertar atendimento universal, com equidade e integralidade às gestantes e puérperas. Nessa perspectiva, o Programa 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” (BRASIL, 2002a, p. 5).

A meta proposta trouxe para os municípios brasileiros como desafio a realização do objetivo e dos quatro princípios básicos no qual o programa se estrutura, sendo eles direitos humanos inegociáveis da gestante e puérpera: 1) receber atendimento de qualidade no momento da gestação, parto e puerpério; 2) conhecimento e acesso à maternidade em que será realizado o parto; 3) receber assistência humanizada, segura e com base nos princípios da prática médica no parto, puerpério; e, 4) assistência neonatal humanizada e segura aos RNs (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BRASIL, 2002a; COSTA et al., 2013). Assim, as prioridades da política do PHPN são:

Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiros Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002a, p. 5).

⁵⁵ Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011, p. 143).

Tais objetivos, princípios, prioridades e componentes apresentados são diretrizes necessárias à implementação e consolidação do Programa, bem como se configuram em uma forma de normatizar o atendimento à população. Em linhas gerais, essa normatização apresenta aspectos positivos, ou seja, torna universal, obrigatório e permite o acesso ao serviço. Em contrapartida, faz com que as especificidades de cada território não sejam levadas em consideração (uma vez que as propostas são abrangentes e, não específicas à realidade social e/ou demanda de um determinado grupo), além de dificultar a realização de novas estratégias para atenuar as demandas específicas do território.

Entendendo que a problemática que envolve os altos índices de morbimortalidade neste grupo ultrapassa aspectos patológicos e epidemiológicos, o PHPN se orienta pelos preceitos da humanização da assistência obstétrica e neonatal, embora nossa terceira epígrafe apresente uma dificuldade vivenciada por uma mãe que perdeu seu bebê ao nascimento.

A ideia de humanização em saúde aparece formalmente pautada no tema da 9ª CNS (2000), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Entretanto, de acordo com Pereira e Barros (2009), desde a década de 1990 havia um movimento para que essa pauta fosse incluída nas agendas das políticas públicas de saúde “com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador” (PEREIRA; BARROS, 2009). Ainda segundo esses autores:

Na gênese do conceito de humanização há uma tomada de posição de que o homem para o qual as políticas de saúde são construídas deve ser o homem comum, o homem concreto. Deste modo, o humano é retirado de uma posição padrão, abstrata e distante das realidades concretas e é tomado em sua singularidade e complexidade. Há, portanto, na gênese do conceito, tal como ele se apresenta no campo das políticas de saúde, a fundação de uma concepção de humanização crítica à tradicional definição do humano como bondoso, humanitário (Dicionário Aurélio) (PEREIRA; BARROS, 2009, s/p).

Com efeito, essa proposta é incorporada em muitos Programas de saúde implementados à época de sua discussão⁵⁶, entre eles o PHPN. Nesse sentido este Programa se pauta em dois aspectos básicos que dizem respeito à qualidade da atenção à usuária gestante e puérpera, sendo eles: 1) compete os profissionais da saúde receber a gestante, familiares e o RN com

⁵⁶ Pereira e Barros (2008, s/p) destacam a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2000).

dignidade, de maneira ética e compreensiva, ofertando um ambiente acolhedor; 2) realização de procedimentos benéficos no momento do parto e nascimento, evitando o uso de métodos/procedimentos desnecessários (BRASIL, 2002a).

Mais especificamente, a Política Nacional de Humanização (PNH) aponta que para haver humanização na saúde pública é necessário melhorar as condições de atendimento; de trabalho; do ambiente; incentivar o trabalho em equipe multiprofissional; respeitar as singularidades das assistidas (gênero, raça, etnia, orientação sexual), bem como reconhecer e valorizar as populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados). Em contrapartida, atitudes como: atendimento precário ofertado pelo profissional de saúde; condições e ambiente de trabalho impróprios; poucos e/ou ausência de profissionais de saúde; discriminação de grupos minoritários; supervalorização de crenças pessoais por parte do profissional e desconsideração da cultura local e/ou crenças das usuárias são fatores sociais que vão em descontro à proposta de humanização na assistência obstétrica e que se encontra presente na realidade de muitas gestantes e puérperas dependentes do SUS cujos direitos tem sido negligenciados (GRAMACHO; SILVA, 2014).

O PHPN ainda tem como pressuposto que através de um atendimento humanizado a gestante passa a compreender a importância da assistência do pré-natal e posteriormente da realização das consultas de puericultura. Tais condutas tendem a interferir nos índices de adoecimento e mortes, sobretudo, daquelas decorrentes de causas evitáveis. Pela política de humanização devem-se respeitar as escolhas da mulher e o direito da mesma de conviver e ser atendida em um ambiente de respeito, digno e sem qualquer tipo de violência (física, psicológica, moral, institucional, intrafamiliar, sexual) nos espaços de assistência, ou seja, na unidade de saúde e no hospital (BRASIL, 2002a; XIMENES NETO et al., 2008).

Antes de qualquer procedimento o Programa preconiza o direito de a gestante ter acesso à maternidade de referência. Deste modo, é importante que a equipe de saúde informe e incentive as gestantes a conhecerem a maternidade onde será o nascimento do bebê. Tal postura permite um parto mais tranquilo, uma vez que a ansiedade pelo “lugar desconhecido” é amenizada. Consolida-se também como humanização a compreensão e atenção ofertada pela equipe de saúde à família e à gestante, sobretudo, no momento do parto e nos cuidados imediatos com o RN, reconhecendo o protagonismo da mulher no parto e cuidados com o filho/a (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; LYRA; CASTRO, 2014; MPPE, 2015).

Especificamente para o momento do parto, a humanização envolve atitudes profissionais mais compreensivas e estimulantes como: 1) Momento a sós da mãe com o acompanhante; 2) liberdade de se movimentar, caminhar e sentar; 3) se alimentar com líquidos ou alimentos leves; 4) acesso a massagens e ou analgésico para o alívio de dor; 5) escutar os batimentos cardíacos do bebê; 6) decidir a melhor posição para o parto; 7) caso a mãe deseje, realizar o contato imediato da criança com a mãe (sobre a sua barriga ou seios, de braços e coberto de forma seca e aquecida); 8) corte do cordão umbilical de 1 a 3 minutos após o nascimento (após parar as pulsações); 9) ensinar e estimular a amamentação na primeira hora de vida da criança; 10) executar os procedimentos no recém nascido, pesar, medir e vacinar; e, 11) estar atento caso a mulher for HIV positivo, para evitar a transmissão do vírus à criança (MPPE, 2015).

Em termos operacionais, quando da implementação do PHPN, a princípio houve grande adesão por parte dos municípios, porém o cumprimento dos objetivos ainda permanece como uma meta a ser alcançada. Mas é importante ressaltar que independente da existência de muitas demandas ainda a serem sanadas verificou-se uma melhora na assistência obstétrica e neonatal no setor público⁵⁷ (ALMEIDA; BARROS, 2005; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Em termos dos modelos de saúde, apesar dos avanços nas reflexões referentes ao processo de gestação, maternidade e cuidados humanizados, as evidências são de que predominam no PHPN práticas profissionais fundamentadas no modelo biomédico⁵⁸, cujas propostas por vezes estão distantes da real vivência simbólica/cultural das usuárias assistidas (SILVA et al., 2016; ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017; SCHMITT et al., 2018).

A exposição acima desenvolvida sobre o PHPN perpassa por territorialidades que permeiam sua implementação bem como as condições de sua territorialização como política pública. Observamos questões históricas, burocráticas, políticas, de interesses coletivos, de referências epidemiológicas e de modelos em saúde. Além daquelas situações que dizem respeito diretamente as gestante e puérperas que são o público-alvo do Programa. Cada uma dessas questões com suas especificidades, mas também correlacionadas.

⁵⁷ No município de Campinas, Estado de São Paulo. Disponível em: ALMEIDA, S. D. de M.; BARROS, M. B. de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, São Paulo, v. 1, n. 17, p. 15-25, 2005.

⁵⁸ O Modelo Biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização [...] (CUTOLO, 2006, p. 16).

Observe-se que a implementação, consolidação e, conseqüentemente o desfecho de uma gestação e nascimentos de qualidade, bem como de risco, estão diretamente relacionados a fatores biopsicossociais que afetam as mulheres gestantes e puérperas (ANDRADE, et al., 2015). Por este motivo, o Programa Nacional de Humanização recomenda que a implementação de políticas e programas, em especial, aqueles de cunho nacional, como o PHPN deve levar em consideração as especificidades de cada território (regiões) (BRASIL, 2010c).

Para isto, é necessário conhecer os espaços geográficos em que as mulheres atendidas estão inseridas, as relações estabelecidas, os costumes, os hábitos, a identidade cultural do espaço e a dinâmica social, permitindo identificar as vulnerabilidades e o perfil epidemiológico do território. É assumindo tal atitude que se torna possível o desenvolvimento de ações (educativas e clínicas) alinhadas às demandas regionais no espaço de vivências das mulheres.

Para melhor explicitar este entendimento é oportuno citar Monken et al. (2008, p. 25) ao considerar que “no processo de construção do espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a este. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais”.

De modo geral, no âmbito da saúde pública os espaços geográficos e o território se estruturam por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços. Tais formas de organização devem ser ofertadas pelo Estado ao cidadão, pautando-se em acordos federativos que assegurem os objetivos, princípios e diretrizes do SUS determinado em lei pela CF de 1988 (GONDIM; MONKEN, 2009).

No que se refere a territorialização em saúde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aponta que compete ao profissional da saúde participar do processo de territorialização e mapeamento da região de atuação da equipe, e neste momento deve-se fazer o levantamento dos grupos (crianças, adolescentes, adultos, idosos), famílias e os sujeitos expostos a situações de risco e/ou vulnerabilidades (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2018).

Neste contexto, Monken (2008) indica que o método cartográfico não deve ser visto simplesmente como descritivo. A cartografia, quando realizada de maneira adequada (vivência no território de atuação), permite realizar interpretações, identifica relacionamentos

(entre os sujeitos e/ou sujeitos e equipe de saúde) e torna visíveis as áreas que demandam mais atenção da equipe de saúde (MONKEN, 2008).

Levando em consideração as informações técnicas e operacionais sobre o PHPN, bem como sobre o processo de territorialização de políticas públicas em saúde materno-infantil que foram apresentadas e discutidas anteriormente e as territorialidades implícitas ou explicitamente verificáveis colocamos em evidência, no próximo capítulo, aspectos do Programa estabelecido no município de Governador Valadares/MG.

3 O PHPN NO TERRITÓRIO DE GOVERNADOR VALADARES/MG

A procura pelo serviço público de assistência à saúde materno-infantil, quando acontece, se dá geralmente no período em que a mulher já apresenta algumas reações/sintomas⁵⁹ quanto ao seu estado gravídico. Imagina-se que ao procurar atendimento na unidade de saúde a mesma já tenha noção que pode se tratar de uma gestação e, que tenha decidido (desejando ou não a criança) dar continuidade à gestação⁶⁰.

Conforme a literatura, querer ou não estar grávida, medo, insegurança, angústia em saber a reação do companheiro/família, recursos financeiros escassos, trabalho, dentre outros, são fatores que podem influenciar na adesão aos serviços de saúde e, na realização do pré-natal e da puericultura⁶¹. A partir das primeiras consultas, seja na gestação seja no puerpério, o profissional de saúde, por meio de conduta humanizada, consegue identificar fatores biopsicossociais que podem acarretar agravos à saúde tanto da mulher quanto da criança (BRASIL, 2010a).

Como dito, o ciclo gravídico-puerperal é marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais. Dada as intensas transformações que advém deste período, a mulher no pós-parto encontra-se vulnerável, expondo-se à maior chance de agravos que são causas específicas de morbimortalidade materna. A mesma, “necessita de ajuda dos familiares e dos profissionais da área da saúde, pois o cuidado deve ter continuidade e não terminar com o parto (CORRÊA et al., 2017; MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006, p. 776).

Assim, a puérpera que conta com o apoio dos profissionais da saúde, pessoas de sua confiança, suporte familiar, sobretudo com a participação do/a parceiro/a nas obrigações com a criança, tendem a vivenciar a maternidade e os cuidados com o RN de maneira menos árdua. Como resultado, as mesmas terão um puerpério com pouco ou nenhuma intervenção clínica, impactando no processo de recuperação da mãe, no momento da amamentação, bem

⁵⁹ Atraso menstrual, enjoo, pequeno sangramento, aumento abdominal, instabilidade emocional, dentre outros sintomas (BRASIL, 2010a).

⁶⁰ No Brasil, o Código Penal isenta de punição para a prática do aborto quando há risco de morte para a mulher ou quando a gravidez é decorrente de estupro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal incorporou a gravidez de feto com anencefalia como condição possível de interrupção da gestação. Apesar de a lei brasileira possibilitar a interrupção voluntária da gravidez decorrente de estupro desde a década de 1940, o acesso aos serviços de saúde não foi regulamentado por quase 50 anos (MADEIRO; DINIZ, 2016, p. 563).

⁶¹ A puericultura pode ser definida como a parte das ciências médicas que visa à manutenção da saúde física e emocional das crianças, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento. Diferentemente da pediatria, voltada para o corpo infantil doente, a puericultura se dirige ao corpo social, dialogando em particular com as mães visando transformar comportamento e atitudes em relação à criação dos filhos (MARTINS; FREIRE, 2018, p. 189).

como na maneira como desenvolverá os cuidados básicos em saúde para consigo e para com o bebê (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009).

A chegada de uma criança sem procedimentos desnecessários permite melhores resultados maternos e perinatais. Entretanto, a falta de conhecimento de alguns profissionais de saúde e o uso excessivo de tecnologias duras⁶², induzem a procedimento que em muitos casos não trazem benefícios à saúde da mãe e filho, além de representar um descomprometimento com as dúvidas, queixas e anseios da mulher frente à gestação e o momento do parto e pós-parto (ANDRADE; LIMA, 2014).

Ressalta-se que os desfechos e as intercorrências relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal estão associados às territorialidades e as condições de vidas das mulheres. Aquelas que vivem ou vivenciaram situações de violência; residem distante ou não recebem atenção dos serviços de saúde; ausência e/ou poucos recursos para se proteger de DSTs; pouca e/ou nenhuma autonomia reprodutiva; ocorrência de aborto em condição precária e/ou em clínica clandestina; baixa renda; gestação indesejada; e, relações sociais fragilizadas, são apontados como fatores que contribuem e estão associados a ocorrência de morbimortalidade materno-infantil (OLIVEIRA et al., 2014; OPAS, 2018).

Outro fator sociodemográfico associado a morbimortalidade desse grupo é o nível de escolaridade e a idade materna. O MS aponta que dentre o grupo de mulheres em idade fértil (10-49 anos), atenção especial deve ser direcionada as adolescentes e àquelas com mais de 35 anos, sobretudo com baixo nível (in) formacional (menos de 5 anos de estudo regular). Dada a relevância que estes fatores assumem, presume-se que a extrema idade materna correlacionada com a baixa escolaridade eleva o risco de óbito neonatal para além do esperado (BRASIL, 2010a; FONSECA et al., 2017; OPAS, 2018).

As adolescentes e as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos têm maiores chances de enfrentar complicações, agravos e mortes maternas e neonatal como desfecho da gestação, quando comparado com as mulheres entre 20 e 30 anos. Aquelas que postergaram a gestação para depois dos 35 anos estão mais vulneráveis a desenvolverem doenças como diabetes, neoplastia malignas, hipertensão arterial, aumentando o risco de cromossomopatias fetais, sobretudo trissomia do cromossomo 21 (BRASIL, 2010a; FONSECA et al., 2017; OPAS, 2018).

⁶² Tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008, p. 292).

A adolescência⁶³ é marcada também pela busca de autonomia e a vivência mais intensa de sua identidade sexual e de gênero. Tal atitude tende a deixar as adolescentes mais expostas a situações e comportamentos de risco, tais como alcoolismo, uso de substância psicoativa, violência, DSTs e, em uma gestação indesejada o que pode gerar fragilidade e insegurança no ambiente familiar e social (EISENSTEIN, 2005; OPAS, 2017; SOUSA et al., 2018).

Embora se tenha tido uma redução tanto em nível mundial quanto em nível nacional de óbito neonatal, as mortes ainda acometem mães e crianças das populações mais carentes/vulneráveis marcadas pela baixa escolaridade e os grupos de risco (adolescente e acima de 35 anos) (FONSECA et al., 2017).

Perfil das participantes – idade/escolaridade

Neste estudo, a maioria (85%) das puérperas tem entre 20 e 34 anos o que segundo o MS encontra-se fora da faixa etária de risco. Em relação à escolaridade, há predomínio do ensino médio (56%) (Tabela-1).

Tabela 1 - Perfil das puérperas participantes da pesquisa GV/MG, 2018/2019		
Variáveis (n=155)	Frequência	Porcentagem
Idade		
18-19	10	6%
20-34	132	85%
Acima de 35	13	8%
Total	155	100%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto (1º ao 5º ano)	5	3%
Ensino fundamental completo (6º ao 9º ano)	37	24%
Ensino Médio (10º ao 13º ano)	87	56%
Superior Incompleto	13	8%
Superior Completo	13	8%
Total	155	100%

Fonte: Pesquisa de campo

Todavia, é importante destacar que estes indicadores (quantitativos), não possibilitam compreender a realidade social em que se situa estas puérperas, apenas permitem avaliar os resultados de maneira ampla e superficial. Assim, entendendo que estes fatores (idade materna e escolaridade) estão diretamente associadas aos índices de morbimortalidade materno-infantil, atenção especial deve ser direcionada mais aos motivos que levaram as puérperas a interromperem os estudos.

⁶³ De acordo com a OMS a adolescência compreende dos 10 aos 19 anos. Este é um período de transição (entre infância e vida adulta) marcada por mudanças fisiológica, psicológica, emocional, relacional, social e sexual (OPAS, 2017).

A evasão escolar no grupo entrevistado está relacionada tanto a fatores individuais (atitudes, comportamentos, desempenho e vivências anteriores) quanto a fatores contextuais (comunidade, família, escola) (FIGUEIREDO; SALLES, 2017). Neste estudo, por meio dos discursos das puérperas foi possível identificar que dentre os diversos fatores individuais que levaram ao abandono escolar, encontram-se o *desinteresse* e o *engravidamento*:

“Não gosto de estudar, safadeza, falta de interesse”. (Puérpera/57, 38 anos Ensino Fundamental Incompleto).

“Fiquei grávida”. (Puérpera/22, 31 anos Ensino Fundamental Incompleto).

“É porque eu engravidei dessa bencinha aí... Aí eu ganhei e depois voltei, aí eu parei de novo, aí eu falei, ah... não vou voltar mais não, aí eu desanimei...”. (Puérpera/92, 26 anos, Ensino Fundamental Completo).

Em relação aos fatores contextuais estão presentes aqueles que advêm do ambiente em que o sujeito se encontra, sobretudo na vivência no núcleo familiar e na comunidade. Observamos que o grupo de amigos e a escola, também se encontram como fatores que podem influenciar em sua permanência ou não (FIGUEIREDO; SALLES, 2017). Como apresentado na fala das puérperas:

"Financeiramente meus pais não teria condições de financiar e o lugar que os meus pais moravam. Porque a gente sempre morou na roça e não teria condições de vir para Valadares. Meus pais não gostam daqui, então eu não teria como vir pra cá para morar sozinha e eu sou a única filha mulher. Aí eles nunca deixariam eu vim para cá, para estudar". (Puérpera/81, 28 anos, Ensino Médio).

"Eu já tinha casado e engravidei e onde eu morava não deixava eu estudar (a escola). Não deixava estudar grávida, eu morava na roça, aí eu tive que parar e não voltei mais". (Puérpera/54, 26 anos, Ensino Fundamental Completo).

"Safadeza, quando a gente é novo a gente quer só ficar na rua, aí eu fui larguei, eu matava aula, aí foi minha mãe faleceu. Mas, aí foi quando minha mãe faleceu e eu comecei a ficar em depressão, aí parei de estudar eu tinha 16 anos [...]". (Puérpera/53, 24 anos, Ensino Médio).

Ressalta-se uma diversidade de fatores que estão correlacionados com o fenômeno do abandono escolar. São motivos que perpassam por questões tanto individuais quanto coletivas, impossibilitando apontar uma única relação causal do abandono (FIGUEIREDO; SALLES, 2017).

Nessa perspectiva, a chegada de uma criança em momento não oportuno, pode interromper importantes fases da vida da mulher e provocar desordem/sofrimento psíquico, distanciamento/isolamento social, depressão/psicose puerperal, evasão escolar e a entrada tardia no mercado de trabalho. Mesmo aquelas que desejam e/ou planejam ter um filho, estão expostas a vivenciar situações de angústia e sofrimento ora pela sobrecarga de funções ora

pela impotência frente aos cuidados básicos com o RN. Tais ocorrências tendem acarretar novas demandas e desafios para os profissionais da saúde, principalmente da atenção básica (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006; SOUSA et al., 2018).

A idade e a escolaridade da puérpera não estão consideradas no planejamento do PHPN porque este programa está projetado para atender as gestantes e puérperas, independente dessas condições em que chegam à ESF. No entanto entendemos que elas são circunstâncias que, por vezes, podem facilitar ou dificultar os atendimentos e orientações realizados pelos profissionais relacionados com o PHPN. Além do mais remetem à problemática do público-alvo comum dos programas e ações em assistência a de saúde materno-infantil que é um público socialmente menos favorecido.

A partir desta reflexão e, corroborando com os estudos territoriais, Bonnemaison (2002, p. 107) descreve que “a territorialidade é a expressão de um comportamento vivido”; neste caso, a vivência da maternidade em idade precoce atrelado ao abandono escolar. Ainda de acordo com o autor “toda análise de territorialidade se apoia sobre uma relação interna e sobre uma relação externa”; ou seja, nesse caso a vivência da gestação pode estar relacionada com o “desejo” (interno) ou com pressão, violência e/ou ausência de recursos para se proteger (externo). Por fim, “a territorialidade é uma oscilação contínua entre o fixo e o móvel, entre o território “que dá segurança”, símbolo de identidade, e o espaço que se abre para a liberdade, às vezes também para a alienação”. Isto justifica a territorialização de políticas tendo como base a vivência da usuária do serviço de saúde pública, principalmente aquelas que se encontram em grupo de risco/vulnerabilidade.

É sabido que os problemas de saúde que acometem as mulheres no período gestacional e puerperal estão relacionados especialmente com os aspectos biopsicossociais. Neste contexto, são necessárias estratégias que levem em consideração o território em que as mesmas estejam inseridas, uma vez que é neste ambiente que as relações são estabelecidas, bem como a construção do que venha a ser o entendimento e as práticas de cuidados em saúde, transmissão de crenças, valores e, a formação da identidade individual e de grupo.

Especificamente, no que se refere à saúde das puérperas, o MS aponta uma série de ações (observar o desenvolvimento do RN, acompanhar o calendário de vacina do bebê, verificar se os testes foram feitos, olho/orelhinha/pezinho, solicitar exames clínicos a puérpera/criança, quando necessário, sanar dúvidas, orientação, dentre outras) destinadas à mulher e à criança

no período da puericultura, incorporadas no PHPN. Tais procedimentos devem ser entendidos tanto pela equipe de saúde quanto pelas usuárias como uma continuidade do atendimento iniciado no período gestacional. Entende-se por puericultura os cuidados e assistência integral à saúde da criança por meio de um conjunto de ações relativas ao binômio mãe-bebê, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento e singular. As intervenções devem levar em consideração a criança, a família e o seu entorno, abrangendo também os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (BRASIL, 2015a).

Orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido

Entendendo a complexidade que envolve o período puerperal, compete aos profissionais que assistem a puérpera estarem atentos à maneira como a mesma lida com os cuidados em saúde para consigo e com o bebê e, como as informações em saúde são recebidas, vivenciadas e transmitidas. Pensando nisso, uma das diversas atribuições do profissional de saúde que acompanha a puérpera, ora na unidade de saúde ora no hospital (pós-parto), é orientá-la sobre os cuidados básicos ao RN (BRASIL, 2016).

Dentre as orientações que devem ser realizadas aos pais, familiares e/ou responsáveis pela criança, destaca-se o posicionamento do bebê⁶⁴ (momento de dormir, amamentação e na troca de fralda); controle da temperatura⁶⁵ (corporal e do ambiente); monitoramento das eliminações⁶⁶ (fezes e urinas); e, o momento do banho⁶⁷. Tais orientações e cuidados, quando realizados, conduzem ao bem-estar (desenvolvimento e crescimento) do RN, além de contribuir significativamente para a diminuição da mortalidade (BRASIL, 2016). As orientações envolvem também,

Evitar que o bebê fique com a pele molhada. Trocar imediatamente fraldas e roupas molhadas. Secar bem após o banho e, sempre que possível, colocá-lo em posição canguru. Evitar colocar o bebê em contato com objetos ou locais frios, como bancadas, balanças e mesas. Não tocá-lo com as mãos frias. Evitar expor o bebê a correntes de ar. Evitar expor o bebê em ambientes frios sem agasalho (ar-condicionado). Todos os bebês devem ser mantidos secos e agasalhados, de acordo com o clima de sua cidade. Cuidado para não agasalhar demais (BRASIL, 2016, p. 33-34).

⁶⁴ O bebê deve estar de barriguinha para cima. Esta recomendação é muito importante e pode prevenir a morte súbita do lactente (BRASIL, 2016, p. 32).

⁶⁵ A dificuldade em manter a temperatura ocorre porque ele não tem capacidade para produzir calor e isolamento térmico adequado. Lembrar que a temperatura normal do RN varia entre 36,5° C a 37,5° C (BRASIL, 2016, p. 33).

⁶⁶ Sempre devem ser investigadas como estão as eliminações do bebê, perguntando para a mãe sobre a urina e as fezes: quantidade, frequência, aspecto e cheiro (BRASIL, 2016, p. 34).

⁶⁷ O banho pode ser dado em qualquer horário do dia, de preferência antes de uma mamada. O local do banho deve ser fechado para evitar correntes de ar. A água deve ser aquecida em temperatura agradável e sempre testada previamente. Quando possível, recomende sabonete neutro (BRASIL, 2016, p. 35).

Ainda na maternidade as puérperas recebem diversas orientações, principalmente a não dar chupeta ao RN, uma vez que isto interfere diretamente no processo de aleitamento materno. Esta recomendação é uma prática recente nos serviços de saúde e vai de encontro aos costumes incorporados pela população de que a criança precisa da chupeta. Apesar disso, após a alta hospitalar, a puérpera e sua família tomam as decisões que lhes parecem adequadas, independente das orientações institucionais recebidas (MENDES, 2003).

Por isso, no momento das orientações é importante que o profissional esteja atento, e que leve em consideração os conhecimentos prévios e a vivência que a puérpera possui do processo de cuidado com a criança. Tal posicionamento se configura em atitudes de valorização dos saberes populares, além de estar em conformidade com atitudes de humanização preconizada pelo PHPN.

Ao indagar as puérperas participantes dessa pesquisa sobre as informações recebidas, destacam-se as orientações envolvendo a amamentação, momento da troca de fraldas, banho, cuidados com a roupa do bebê, dentre outros. Como apontado abaixo:

"Me orientaram em relação a amamentação, que não era para colocar o peito toda hora na boca do neném". (Puérpera/69, 30 anos).

"Pedi para observar na hora da troca, banho, se tem cólica, o choro, se é choro de fome se é choro de dor. E, por ele (bebê) ser prematuro, ter pouco contato com ele". (Puérpera/21, 25 anos).

"Ah, foi falado em lavar a mão, esterilizar as coisas dele, "roupas por exemplo", do jeito de colocar ele para dormir, quantidade de mamadeira que tinha que dar mais ou menos isso". (Puérpera/58, 31 anos).

"O jeito certo de lavar a cabecinha da bebê, de pegar na moleira na hora de dar banho". (Puérpera/65, 21 anos).

"Amamentar e colocar pra arrotar, colocar sempre de lado para não golfar. Fui orientada no Regional (hospital), eles (funcionários) dão uma lista". (Puérpera/49, 32 anos).

Observamos que tais orientações estão em conformidade com as propostas das políticas públicas de assistência materno-infantil (BRASIL, 2016). Ressalte-se que a maioria (79%) das puérperas deste estudo recebeu orientações e, as mesmas foram transmitidas tanto na gestação quanto no pós-parto (64%) (Tabela 2).

Variáveis (n=155)	Frequência	Porcentagem
Recebeu orientação		
Sim	122	79%
Não	33	21%
Total	155	100%
Período		
Durante a gestação	15	12%
Após a gestação	29	24%
Durante e após a gestação	78	64%
Total*	122	100%
*Total referente às puérperas que receberam orientação		

Fonte: Pesquisa de campo

As orientações se iniciam no pré-natal e têm continuidade com o nascimento do bebê. Esta é considerada uma das atividades realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem no decorrer do atendimento individualizado e/ou nos encontros coletivos (grupo de gestante/puérpera), são momentos de informação/educação para a promoção e prevenção da saúde da mulher e do bebê (MENDES, 2003).

Conforme os estudos de Mendes (2003) e Brasil (2016) os profissionais que acompanham a mulher no puerpério entendem que as orientações a respeito dos cuidados básicos com o RN são fundamentais para a redução dos elevados índices de morbimortalidade materno-infantil; inclusive é este o objetivo primordial do PHPN. Esse é um momento apropriado para orientar, conversar e compartilhar saberes. Em contrapartida, pelo menos os profissionais da pesquisa indicada (MENDES, 2003), expressaram sentimento de frustração por não dispor de tempo para dar mais assistência/atenção à puérpera em função das inúmeras demandas e tarefas executadas na unidade de saúde.

Esse tópico se conecta especialmente com as territorialidades que levantamos nos capítulos 1 e 2, relacionadas com as concepções socioculturais e científicas sobre saúde materno-infantil e com os direcionamentos epidemiológicos das políticas públicas de assistência materno-infantil. De um lado se mantém as preocupações e o foco nos índices de morbimortalidade entre esse público-alvo e a necessidade sociopolítica e biomédica de superá-los e de outro são evidenciadas as características culturais do mesmo grupo, cujas particularidades territoriais nem sempre são reconhecidas ou levadas em consideração.

Acolhimento e Assistência materno-infantil em domicílio

A literatura aponta que as orientações a respeito dos cuidados básicos com o RN, escuta efetiva das demandas, busca ativa das puérperas, acolhimento e visita domiciliar são

tecnologias leves em saúde. Tais tecnologias, quando utilizadas de maneira adequada, fazem com que a puérpera se sinta acolhida e motivada a realizar o acompanhamento e os procedimentos recomendados na puericultura (COSTA et al., 2013; DUARTE; ANDRADE, 2008).

O acolhimento é considerado um dos princípios de humanização preconizados pelo SUS e pelas políticas voltadas à assistência materno-infantil, revelando-se nas práticas de inclusão, na conduta ética, no acesso aos serviços de saúde e na integralidade da assistência. Nesse sentido, um puerpério de qualidade engloba a realização de consultas, exames clínicos, ações educativas, cuidados e atenção individualizada (LANSKY, FIGUEIREDO, 2014).

Ainda de acordo com as autoras Lansky e Figueiredo (2014, p. 159).

A garantia do acesso à informação correta e em linguagem adequada, aos serviços e aos insumos, a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, no parto, no puerpério e no acolhimento em rede além de compromisso ético do SUS, configuram-se como a concretização do acolhimento pleno, com a disponibilização da melhor tecnologia em saúde.

A ausência do acolhimento, tanto pela equipe de saúde quanto pela família, pode influenciar negativamente no surgimento de agravos à saúde da mãe e do bebê, assim como em um puerpério precário e uma vivência negativa dos cuidados com o RN (DUARTE, 2012). Averiguamos que para nossas entrevistadas o acolhimento está aquém do desejado, principalmente na prática dos profissionais de saúde, que com ações tecnicistas/clínicas não levam em consideração o contexto em que as usuárias estão inseridas e as suas vivências no momento das intervenções. Como apresentado nestes procedimentos:

"Só foi lá mesmo perguntar sobre o cadastro do cartão do SUS". (Puérpera/69, 30 anos).

"Só aferiu minha pressão e viu que tava muito alta, foi lá e chamou o SAMU". (Puérpera/85, 33 anos).

"Eu lembro que ela verificou os meus pontos da cirurgia". (Puérpera/45, 38 anos).

Através da observação em pesquisa de campo deste estudo e análise de programas de saúde materno-infantil, principalmente do PHPN, o que se percebe são ações centralizadas em procedimentos técnicos e clínicos, visão fragmentada da mulher e pautada em suas demandas fisiológicas. Tais condutas tendem a gerar distanciamento entre profissionais e usuárias, dificultando o diagnóstico de patologias, principalmente as de origem psicossomática.

É importante sinalizar que a assistência recebida no puerpério não deve ser reduzida somente à dimensão clínico-obstétrica, mas agregar as práticas de educação em saúde, com a finalidade de compreender as puérperas no ambiente em que transitam e as territorialidades circundantes. Além disso, a assistência integral envolve identificar as crenças, valores, demandas, expectativas a respeito da gestação, parto e puerpério, a maneira como a maternidade se configura para cada puérpera e, sobretudo com os aspectos culturais que orienta suas ações (ANDRADE; LIMA, 2014; DUARTE, 2012). Ressalve-se que a “cultura hoje tende a ser compreendida como [...] um sistema de representação simbólica existente em si mesmo [...] uma "visão de mundo" que tem sua coerência e seus próprios efeitos sobre a relação da sociedade com o espaço” (BONNEMAISON, 2002, p. 86).

Apesar disso, ainda é comum identificar práticas em saúde que levam em conta somente os fatores clínicos (exames, vacinas e o uso de medicamentos) desconsiderando aspectos psicológicos e sociais que orientam as vivências da usuária (ANDRADE; LIMA, 2014; DUARTE, 2012). O depoimento seguinte revela dificuldades quanto a essa situação:

"Elas (enfermeira e ACS) vieram aqui em casa, mas o meu bebê ainda não está registrado, elas vieram aqui e pediu para olhar isso com urgência. Depois que o bebê fosse registrado, era para levar ele lá no posto de saúde. Ela (enfermeira) falou lá o nome do negócio que tem que fazer (puericultura). Aí disseram que estavam muito apertados esse mês, e que ela ia voltar aqui para pegar os documentos dele (bebê) para fazer o cadastro lá no posto, elas vieram aqui para falar o dia da consulta. Mas, quando elas vieram, ainda não tinha pegado o registro. Ela (enfermeira) foi embora e nem me falou nada e nem pegou nada. Aí ficou de voltar amanhã... ela olhou e me perguntou (sobre a vacina BCG e hepatite B) eu tinha falado para ela que ele (bebê) ainda não tomou, porque eu já fui lá para tomar e eles (equipe do hospital regional) falaram comigo que não poderia dar se o bebê não fosse registrado lá no regional. Eu não sei porque eles não deram não... a hepatite B e a BCG na segunda-feira, eu fui (áudio ilegível) para ele (bebê) tomar, tinha umas quatro a cinco pessoas também lá e tinha crianças que tinham acabado de nascer e também não tinha tomado a vacina hepatite B e a BCG". (Puérpera/53, 24 anos).

A partir deste relato, observamos o déficit nos serviços referência e contrarreferência de assistência materno-infantil no município estudado. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência à mulher e à criança acarreta jornada de “peregrinação” da mulher para a realização dos procedimentos, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do infante (VIELLAS et al., 2014).

Retomando as reflexões apontadas nos estudos de Andrade et al. (2015, p. 186) a ausência de referência e contrarreferência tende a potencializar os problemas em saúde tanto da mãe

quanto do bebê, além de aumentar as chances de o RN vir a óbito por falta de assistência. Assim, “é importante não apenas o atendimento direto ao binômio mãe-filho, mas também a comunicação entre os profissionais desses serviços, por meio tanto de iniciativa profissional própria quanto de sistematização municipal da referência e contrareferência”.

Compreendendo a importância de se conhecer o ambiente e a realidade em que as puérperas estão inseridas, o MS recomenda que, após a alta hospitalar, a puérpera juntamente com o RN seja acompanhada pela equipe da atenção básica, bem como receber uma visita domiciliar na primeira semana de vida do bebê. A visita domiciliar se configura em momentos de cuidados extra-unidade de saúde, visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde da mulher e da criança (ANDRADE et al., 2014; BRASIL, 2004c). Em relação ao retorno à unidade de saúde, o mesmo precisa ser incentivado pela equipe desde o pré-natal, seja no momento das consultas seja nos grupos de gestantes (atividades educativas), como preconizado pelo PHPN⁶⁸ (BRASIL, 2002a; UNA-SUS/UFMA, 2013).

Considerada um dos procedimentos mais aconselhados na oferta de cuidados à saúde tanto do indivíduo quanto da comunidade, a visita deve ser realizada de maneira racional, “orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário” (ANDRADE et al., 2014, p. 166).

No momento da visita domiciliar ou no atendimento na unidade de saúde é importante estar-se atento aos sinais atípicos que a criança e/ou a puérpera possam apresentar. Ao identificar qualquer alteração no desenvolvimento da criança ou no pós-parto da mulher, deve-se encaminhá-las ao serviço de saúde especializado (BRASIL, 2004c), como aconteceu com a Puérpera 28:

"Eu levei ela (bebê) no posto, e eles (enfermeira e médico do posto) mandaram ir para o Regional (hospital), porque ela nasceu com anemia falciforme. Aí pediram para olhar se ia causar alguma coisa nela fisicamente". (Puérpera/28, 20 anos).

Embora a visita seja um procedimento preconizado pelo MS por permitir o estabelecimento de vínculo entre profissional-usuário, principalmente aos indivíduos e/ou familiares de maior risco, na realidade, este procedimento não é realizado com toda as puérperas ou é muito deficitário. Este estudo verificou que a maioria (62%) das puérperas entrevistadas não recebeu

⁶⁸ Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento (BRASIL, 2002a, p. 6).

assistência domiciliar pelos profissionais da saúde nos primeiros 42 dias após o nascimento do bebê (Tabela 3), confirmando as pesquisas apontadas na literatura (ANDRADE et al., 2014; CORRÊA et al., 2017).

Variáveis (n=155)	Frequência	Porcentagem
Recebeu visita		
Sim	59	38%
Não	96	62%
Total	155	100%
Profissional que realizou a visita		
Agente Comunitário de Saúde - ACS	8	14%
Enfermeiro	25	42%
Enfermeiro e outros*	26	44%
Total*	59	100%
Período da visita		
01-42 dias	58	98%
Após 42 dias	1	2%
Total*	59	100%
*Enfermeiro e outros (Dentista/Médico/Nutricionista/Psicólogo/Téc. de Enfermagem)		
*Total referente às puérperas que receberam visita domiciliar		
Fonte: Pesquisa de campo		

Em suma, a assistência à saúde em domicílio caracteriza-se como um momento de conhecer o contexto social, cultural e econômico dos sujeitos e seus familiares, bem como a maneira como as relações interpessoais vão se configurando. Observa-se que “o ambiente onde vive o usuário é entendido pela Saúde Pública como algo externo, de singular importância, onde se encontram potenciais fatores de risco à saúde - como físicos, químicos, biológicos, nutricionais, econômicos, culturais, psicossociais e ecológicos” (ANDRADE et al., 2014, p. 172). Além disso, é o território vivido e dinâmico, marcado, sobretudo pelas territorialidades da vizinhança, socialização, co-presença, familiaridade (intimidade/expressão dos sentimentos) (MONKEN; BARCELLOS, 2005) e pelo vínculo unidade de saúde-usuário.

Para aquelas que recebem este acompanhamento, a visita não deve ser destinada somente para avaliar o estado de saúde da mulher e do bebê, mas sim, como momento de conhecer a realidade em que se situa a usuária e, como os cuidados à criança estão sendo feitos. Vejamos o que foi realizado por este profissional, ação que consideramos de responsabilidade e comprometimento:

"A enfermeira veio ver a minha casa, né? Ela veio ver se a casa tem telhado, se tem umidade (áudio ilegível, criança chorando) pra criança, se a criança tinha onde ficar, berço... veio ver se o local era bom, esses cuidados com a (filha), ver se tinha alguém para me ajudar a cuidar dela. Ela veio dá assistência mesmo! Aí, graças a Deus, ela me ajudou bastante... Ela falou

para mim sempre estar cuidando, tirando a poeira da casa, dos móveis, está fazendo a limpeza da casa certinho, colocando soro no nariz da (filha). Ela colocou um negocinho no coração da bebê, ela olhou a orelhinha também, porque eu falei que tinha feito teste, e viu os olhinhos também, que eu falei que o olho dela ficava meio assim (remela)". (Puérpera/27, 22 anos).

Observamos que o ambiente em que essa puérpera vive parece lhe favorecer conforto e segurança para desenvolver os cuidados adequados, consigo e com o bebê. Por outro lado, é comum identificar mulheres em ambiente hostil, sob regras rígidas, constante apreensão, com pouca ou nenhuma possibilidade de expressão dos sentimentos e necessidades. Tais situações são encontradas principalmente entre aquelas que vivem em situação de: 1) pobreza; 2) casais em constantes situações de conflito; 3) uso de substância psicoativa; 4) ter sofrido violência na infância; 5) vivência de abuso (estupro); e, 6) relacionamento de co-dependência.

Estes fatores de risco social contribuem para o aumento de morbimortalidade materna e infantil (BITTAR; NAKANO, 2011; ZORZAM; CAVALCANTI, 2016), como vivenciado e expressado por uma das participantes:

"[...] ainda mais eu que não dou muito bem com homens, vivo assim... meio assim... de aparências. Fico mais com ele (marido) por causa dos meninos "[...]. Eu já perdi a esperança na vida, eu vim morar com ela aqui (vizinha) porque eu havia brigado esse tempo atrás aí (com o marido), porque os meninos estavam vendo muitas brigas. Mas, eu também bebia, aí isso influenciava, aí a gente brigou e ele me enforcou [...] eu falei com ele (marido), ele também veio atrás de mim, falando que está mudando e pedindo mais uma chance. Aí eu fui e falei... então tá bom! E os meninos também gosta muito de casa [...]. Aí, eu conversei com ele (marido), vou voltar para o (marido), mas se eu vir que não está dando certo eu vou procurar um lugar para mim, porque não dá para viver através de brigas, com esses meninos crescendo [...]. Mas, só que ele é daqueles homens que fica no pé, até fazer a cabeça, que nem ele disse, estou mudando, tô mudando. Ele me acompanha (na bebida) ele não bebe direto não. Ele fala [...] vamos beber só final de semana, ou então de vez em quando. Mas, eu bebo porque eu sou nervosa, entendeu? Aí, eu fico achando que beber vai resolver [...]. Ainda mais que tenho esses meninos [...]. Mas aí eu não aguento não, num tem quando você se abate? Não tem força? Aí, eu penso assim... Sei lá... Penso em ser alguém na vida, em um futuro melhor para os meus filhos, eu não tenho cabeça para isso mais... Não tenho paciência com escola! Não tenho com esses meninos... de ficar indo para escola e carregando menino. Levando o homem também, porque aonde eu vou ele vem atrás. Aí, eu fico assim... sabe... Mas, não adianta morar com uma pessoa, que não tem sentimento, que não tem vontade, estou fazendo isso por esforço, de mudar por causa deles (filhos) porque não é fácil e depender dos outros é muito ruim...". (Puérpera/32, 29 anos).

O depoimento acima nos revela que as marcas da violência não se caracterizam somente no corpo (físico), mas também, no emocional, o que pode interferir diretamente no processo de cuidados em saúde consigo e com a criança, nas relações interpessoais e, no convívio familiar

e com outras pessoas. Os impactos podem ser de curto e/ou longo prazo repercutindo tanto na família quanto na sociedade (BITTAR; NAKANO, 2011) e pode ser também evidenciado nos elevados índices de mortalidade de crianças e mulheres⁶⁹ (CEE, 2018).

O relato também nos alerta para o fato de que a violência⁷⁰ contra a mulher é infelizmente um fenômeno cotidiano e universal; a maioria dos casos ainda não é notificada e/ou registrada, dificultando assim a possibilidade de intervenções, principalmente no campo da saúde (BRASIL, 2006). Ela também não é só física, mas acontece de outras formas: violência emocional; restrições; violência psicológica; comportamento obsessivo do homem sobre a mulher; empecilho no procedimento da laqueadura pelo SUS, impedimento ao uso de métodos contraceptivos, ou ao contrário obrigar uma mulher a abortar; danos materiais; entre outras. De qualquer modo, se os agravos à saúde das mulheres em razão da violência são muitos, nos períodos de gestação e puerpério ainda são maiores⁷¹.

No Brasil, somente nas últimas três décadas o tema e a amplitude da violência intrafamiliar, vem sendo sistematicamente discutido e refletido por pesquisadores da área da saúde. Vale ressaltar que os casos de violência intrafamiliar em sua maioria só se tornam visíveis quando as ocorrências são graves ou quando levam ao óbito (REICHENHEIM; HASSELMANN; MORAES, 1999). Nesse contexto, com a finalidade de reduzir os danos provocados pela violência doméstica, cabe à equipe de saúde realizar atendimento individualizado com base nas demandas de cada mulher, adotando postura acolhedora e humanizada, ou seja, demonstrar interesse e empatia em ouvir as críticas, desejos, angústias, medos, expectativas, compartilhar informações, esclarecer dúvidas e, realizar encaminhamento, quando necessário e/ou quando solicitado pela mulher (ANDRADE; LIMA, 2014; ZORZAM; CAVALCANTI, 2016).

Este fazer agregado a uma boa assistência materna favorece experiências positivas tanto para a puérpera quanto para a família. Ambos, puérpera e familiares, carecem de atendimento de

⁶⁹ A Associação Brasileira de Saúde Coletiva manifesta publicamente sua preocupação diante do aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil e faz um alerta [...]. Após um período de declínio sustentado dos coeficientes de mortalidade no primeiro ano de vida em todo o país, em 2016 houve a reversão desta queda (CEE, 2018).

⁷⁰ A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da qual o Brasil é signatário, define como violência contra a mulher todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada (BRASIL, 2006, p. 133).

⁷¹ Ressaltando-se que a violência doméstica não se restringe exclusivamente a classe social, faixa etária, escolaridade e/ou população. Todavia, idosos, mulheres, adolescentes e crianças são os grupos prioritariamente acometidos pela violência familiar (BITTAR; NAKANO, 2011).

qualidade, apoio da equipe de saúde, esclarecimento de dúvidas e questionamento de maneira clara e objetiva (BRASIL, 2006; ANDRADE; LIMA, 2014; DUARTE, 2012).

Nesse item destacado - *Acolhimento e Assistência materno-infantil em domicílio* - estão implícitas territorialidades tanto relacionadas ao território vivido por gestantes e puérperas (e suas famílias) como ao modo de territorialização e funcionamento do PHPN nas ESF. Nessa perspectiva a PNAB aponta que “o processo de territorialização deve ser considerado um meio operacional para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde do território” (BRASIL, 2018, p. 9).

Como foi dito anteriormente (re) conhecer o território vivido pelas mulheres (e crianças) atendidas além de ser uma das diretrizes do Programa favorece a adesão e conclusão da puericultura, bem como na realização dos procedimentos recomendados e solicitados pelo profissional que assiste a puérpera. Nessa perspectiva, “a base do território vivido é o lugar. Esse território é, portanto, um fenômeno da experiência concreta do espaço: é o encontro entre uma área e os indivíduos em uma associação inalienável entre espaço (objetos) e uma estrutura de significados (sujeitos)” (PAULA, 2011, p. 120).

Embora nem sempre o cuidado com a observação do espaço vivido seja tomado pelos profissionais envolvidos, a sua realização faz diferença para os bons resultados dessa política de saúde, bem como na redução das morbidades e mortalidades materna e infantil. Em relação à violência doméstica, muitas vezes constatada pelos profissionais das unidades, entendemos que é uma territorialidade complexa, mas necessária de enfrentamento.

Quanto ao histórico da assistência à saúde materno-infantil e às preocupações sempre evidenciadas pelas CNS ainda permanecem situações de vulnerabilidade econômica e social e os altos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Consultas no puerpério - cuidados com a mãe e com a criança

Com a consolidação do PHPN, e iniciada a busca pela humanização e qualidade dos atendimentos, a saúde materno-infantil começou a ter uma abordagem diferenciada. A mulher passou a ter direito de saber em qual maternidade será realizado o parto (com antecedência). Outro ganho foi em relação ao acompanhante no decorrer do pré-natal, parto e puerpério, além do alojamento em conjunto no hospital, ou seja, o bebê (que nasce em boas condições)

permanece com a mãe em todo o momento até a alta hospitalar (BRASIL, 2002a; CASSIANO et al., 2014). Pela orientação do MS, a avaliação do estado de saúde da mãe e do recém-nato é realizada ainda na sala de parto, pela equipe responsável pela parturiente. Os cuidados iniciais são fundamentais para identificar agravos e/ou problemas e reduzir os riscos da mãe e da criança sofrerem agravos e/ou vir a óbito.

O PHPN propõe que também seja realizada uma consulta no puerpério, ou seja, até quarenta e dois dias após o nascimento⁷² (BRASIL, 2002a). Conforme o MS, boa parte das morbimortalidades materno-infantil ocorre na primeira semana após o parto. Mediante esta situação a puérpera deve ser encorajada pela equipe da atenção básica a retornar à unidade de saúde para continuar com o acompanhamento (BRASIL, 2010a).

Em relação à criança, o MS recomenda avaliação na primeira semana de vida e retorno à unidade de saúde nos seguintes períodos, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, duas consultas no 2º ano de vida, sendo uma no 18º e outra no 24º mês; e depois do 2º ano de vida as consultas devem ser realizadas anualmente próximas ao mês do aniversário. Em todas as etapas o acompanhamento deve ser realizado tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro (BRASIL, 2015a).

Nas consultas periódicas, a equipe de saúde observa a criança, indaga aos pais sobre as atividades do filho, reações frente a estímulos e realiza o exame clínico. Quanto mais nova a criança, mais frágil e vulnerável, daí a necessidade de consultas mais frequentes. Em cada consulta a equipe de saúde vai pedir informações sobre como a criança se alimenta, se as vacinas estão em dia, como ela brinca, condições de higiene, seu cotidiano. O acompanhamento do crescimento, através da aferição periódica do peso, da altura e do perímetro cefálico e sua análise em gráficos, são indicadores das condições de saúde das crianças. Sempre, a cada consulta, bebês e crianças de primeira infância devem ter seu crescimento e seu desenvolvimento avaliados (BRASIL, 2015a, p. 8).

Em relação à mãe o puerpério é considerado uma etapa de ambivalência. Pois, a chegada da criança pode potencializar as relações de afetividade, carinho, participação do parceiro/a, momentos de aprendizagens e de descobrimento de estratégias nos cuidados básicos com a criança; bem como pode trazer momentos de frustração, frieza, indiferença, negligência, irritabilidade, perda de sono, ausência do parceiro e da família e, sobrecarga da mulher com as tarefas da casa e com os cuidados com o/os filho/os (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

⁷² O puerpério se inicia após o parto e se encerra quando a anatomia da mulher retoma ao estado anterior, este processo dura aproximadamente seis semanas, conhecido também como pós-parto. De acordo com o MS o puerpério é o período que corresponde aos 42 dias após o parto (BRASIL, 2002a; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

No pós-parto a mulher requer cuidados específicos englobando a realização de procedimentos e exames físicos, a saber: observações gerais (movimentação, expressão facial, aparência da mulher); sinais vitais (no momento do exame físico ou na rotina do dia); mamas (palpadas a partir das axilas em direção aos mamilos); abdome (a palpitação irá identificar área sensível ou presença de flatulência); períneo (episiotomia e hemorroida); lóquios (verificar a cor, odor e a quantidade da perda vaginal) e extremidades inferiores (ambas as pernas devem ser examinadas, para identificar alguma anomalia) (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Especificamente em relação às doenças de cunho fisiológico, as principais são: hemorragia (todo sangramento excessivo que ocorre desde o momento do parto até o final do puerpério); infecção puerperal (decorre da entrada de bactérias patogênicas no trato genital, antes ou durante o trabalho de parto); tromboflebites (dilação das veias durante a gestação tanto por fatores humorais quanto mecânico); mastite (causada pela invasão do tecido mamário por organismos patológicos) e infecção do trato urinário (pode às vezes se desenvolver mesmo quando as bactérias não são introduzidas de maneira externa) (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Quanto às doenças decorrentes de fatores psicológicos três tipos são comuns a este grupo, sendo elas tristeza materna, depressão pós-parto e psicose puerperal. A Tristeza materna, também conhecida como blues puerperal ou baby blues, é uma das manifestações mais comuns que acomete a maioria (50% a 70%) das puérperas. É caracterizado como estado depressivo passageiro que emerge aproximadamente no terceiro dia após o nascimento do bebê e dura em média duas semanas. Os principais sintomas são: alteração do humor, ausência de confiança em si, sentimentos de incapacidade e fragilidade. Para a mãe, quando o bebê nasce vêm com ele as exigências e os cuidados com o outro (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2013b; SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

A depressão-pós-parto atinge uma pequena parcela (10% a 15%) deste grupo e os principais sintomas estão associados a disfunção do apetite, do sono, falta de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê. Vale ressaltar que em muitos casos a depressão pós-parto não é observada pela família e/ou diagnosticada pelo profissional que acompanha esta mulher, ou “muitas mulheres não apresentam queixas ou tentam ocultá-las pela culpa que experimentam frente ao fato de terem dificuldades em cuidar de seus bebês. Assim, algumas destas mães podem, inclusive, rejeitar o contato social e familiar” (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2013b, p. 34; SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Na psicose puerperal os sinais tendem a surgir até duas ou três semanas após o parto. Sua manifestação ocorre de maneira mais rara (entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos). Os principais sintomas incluem: quadro alucinatório delirante, grave e agudo, delírios que envolvem seus filhos, estado confusional e comportamento desorganizado. Diante disso, compete aos profissionais da saúde estar preparados e atentos para identificar as transformações emocionais do puerpério, distinguindo as alterações transitórias daquelas recorrentes e de cunho mais graves. A participação da família e/ou pessoa de confiança da mulher nas consultas, nos cuidados com a criança e nas tarefas do cotidiano devem ser estimuladas pela equipe de saúde, para que assim, a mesma não se sinta sozinha e desamparada neste processo (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2013b; SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Os fatores psicológicos que se desenvolvem no puerpério têm um efeito duradouro na vida da mulher. Presume-se que estes fatores tendem a ter efeitos mais drásticos em comparação com os efeitos fisiológicos, uma vez que o puerpério se acentua em um período específico e curto (seis primeiras semanas após o parto) enquanto o ajustamento psicossocial da mulher demanda de três a quatro meses após o nascimento e pode ser estendido caso a mesma esteja inserida em um ambiente de instabilidade (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Nesta fase a mulher passa por uma adaptação gradual, verifica-se que a mesma perde o status de gestante passando para mãe, o que implica também o processo de aceitação do filho ideal para o filho real. Além disso, tem suas necessidades pessoais postergadas em detrimento aos cuidados com o bebê o que pode influenciar em seu desejo sexual. Outro aspecto a ser observado é a exigência da amamentação (ora por ela mesma ora pelas pessoas do seu entorno) produzindo sentimentos de incapacidade ou preocupação em relação a estética; e, por fim, na busca constante de equilíbrio nas relações interpessoais no dia-a-dia e do grupo familiar (BRASIL, 2010a; ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Neste período, compete aos profissionais que assistem a usuária estar atentos às demandas e necessidades apresentadas pela mesma, a fim de intensificar e oportunizar um acompanhamento humanizado e de qualidade (ANDRADE et al., 2015).

Diante do exposto sobre o puerpério, apesar do aumento na cobertura da atenção materno-infantil a qualidade da assistência ainda permanece comprometida. Evidenciado na incidência

de casos de sífilis congênitas⁷³ e nos óbitos maternos causada pela hipertensão arterial⁷⁴, segundo dados oficiais ainda são poucas as gestantes inscritas no PHPN que realizam todo procedimento mínimo das ações estabelecidas pelo Programa (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008b).

Contradizendo uma literatura que assinala que a consulta puerperal tem baixa frequência na atenção básica (CORRÊA et al., 2017; GONÇALVES et al., 2019) os resultados deste estudo evidenciam que a maioria (71%) das puérperas foram orientadas a levar o bebê na unidade de saúde nos primeiros 42 dias de vida.

Quando questionadas se a criança foi levada, grande parte (75%) relatou ter comparecido na unidade. Em relação ao profissional que realizou a consulta um número significativo (59%) foi realizado pelo enfermeiro/a. Este dado evidencia que os profissionais da atenção básica do município têm se comprometido com a proteção e com os procedimentos recomendados pelo PHPN, contribuindo assim, para a maior adesão e conclusão dos procedimentos clínicos e educativos recomendados para o puerpério (Tabela 4).

Tabela 4 - Assistência puerperal, orientação GV/MG, 2018/2019		
Variáveis (n=155)	Frequência	Porcentagem
Recebeu orientação		
Sim	110	71%
Não	45	29%
Total	155	100%
Levou à consulta		
Sim	116	75%
Não	39	25%
Total	155	100%
Profissional que examinou		
Enfermeiro	69	59%
Médico	37	32%
Enfermeiro e Médico	10	9%
Total*	116	100%
*Total referente às puérperas que realizaram a consulta		
Fonte: Pesquisa de campo		

⁷³ A sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamentos podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. São estimadas 12 mil crianças nascendo com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal (BRASIL, 2006, p. 7).

⁷⁴ A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com seqüelas caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral. A aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e a instauração de condutas de tratamento corretas permitiria salvar muitas mulheres e crianças (BRASIL, 2006, p. 7).

Os dois depoimentos seguintes, das puérperas participantes, resumem positivamente os procedimentos realizados no momento da consulta:

"Eles (enfermeiro e médico) olharam e ouviram coraçãozinho da nenê; o olhinho dela, se ela tava vendo; tirou a fralda para ver se tava com alguma coisinha, olhou tudo, umbigo dela, e já tinha caído... Caiu com 5 dias. Já estava bom, eu até passei mal, quase enfartei! Porque as outras (filhas) demorou um mês e a outra 15 dias. Aí ela (enfermeira) falou que era normal... Já tinha voltado ao normal, olhou e me perguntou se eu tava dando mamar, ela orientou a não dar água, ela (bebê) tava muito cedo para isso, só isso". (Puérpera/40, 24 anos).

"O médico avaliou, ele tirou a roupinha, né...? Para ver o corpinho dela como é que tava, se ela tinha alguma coisa. Aí, até falou assim, que ela tem um negocinho na barriga, uma bolinha que dá (hérnia umbilical) ele falou assim... daqui uns anos vai sumir. E falou que se caso não sumisse, ela tinha que passar por uma pequena cirurgia". (Puérpera/85, 33 anos).

No decorrer da primeira consulta na unidade de saúde, o profissional precisa realizar as seguintes ações: verificar o estado de saúde da puérpera e do RN; observar a interação mãe-filho; identificar se houve intercorrências no parto; e, realizar encaminhamentos quando necessário. Em relação às orientações são preconizadas: apoio familiar no momento da amamentação; cuidados básicos com o RN; planejamento familiar e agendar a segunda consulta (retorno). Ressalta-se que no momento dos procedimentos o profissional deve estar atento às questões apresentadas pela mulher, possibilitando que a mesma expresse suas dúvidas e anseios (BRASIL, 2012b).

Tais cuidados e procedimentos quando realizados de maneira assertiva, possibilitam um puerpério de qualidade assegurando a profilaxia e a detecção precoce das complicações decorrentes da gestação/puerpério, assim como o tratamento apropriado de doenças que emergirem. Embora as políticas públicas em saúde tenham direcionado os procedimentos a serem realizados é notório perceber que esta é uma realidade ainda pouco vivenciada, principalmente nos territórios de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2010a; COSTA; SEQUEIRA; COSTA, 2014; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; LOPES et al., 2011; ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Conforme os estudos de Corrêa et al. (2017), as puérperas que contam com um profissional atencioso, comunicativo e paciente, tendem a verbalizar os sentimentos e pensamentos envolvendo a vivência familiar e social com a chegada da criança. Em contrapartida, aqueles que mantêm uma comunicação meramente técnica e centrada nos procedimentos clínicos, possuem maior dificuldade em identificar patologias de cunho psicossomático, além de

secundarizar a participação da puérpera nas decisões a respeito dos procedimentos a sua saúde e a do bebê.

As intervenções de qualidade e humanizadas são essenciais para a saúde materna e neonatal por agregar ações de prevenção e promoção da saúde. Contudo, cabe destacar que estatisticamente gestantes adolescentes, negras, indígenas e, migrantes são aquelas que mais tendem a conviver com situações difíceis, nas quais as oportunidades de se ter um pré-natal com qualidade e acesso à saúde são escassas, o que repercute de modo significativo nas suas condições de vulnerabilidade durante o ciclo gravídico-puerperal (FONSECA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

A não realização da puericultura se deve, principalmente, a fatores socioeconômicos e reduzido acesso às consultas de qualidade e aos cuidados em saúde e de suporte social. Nota-se que outros fatores estão relacionados como: idade materna, não convivência com companheiro, uso de substância psicoativa na gravidez, multiparidade, não aceitação da gestação, falta de apoio familiar, contexto social repressor, vivências negativas de atendimento e concepções de descrédito, desvalorização, ausência de conhecimento sobre o pré-natal. A ausência de serviços de saúde, bem como a não realização dos procedimentos clínicos recomendados no pré-natal e na puericultura tem sido associado a doenças evitáveis tanto maternas quanto fetais, como a sífilis congênita, hipertensão arterial, diabetes gestacional, depressão puerperal, prematuridade e, morte neonatal (COSTA; SEQUEIRA; COSTA, 2014; ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

No que se refere à consulta de retorno (segunda consulta) os resultados deste estudo apontam que a maioria (88%) das puérperas teve a segunda consulta na unidade de saúde agendada e, no período de até 30 dias (88%) como preconizado pelas políticas e nos manuais de assistência materno-infantil (Tabela 5).

Variáveis (n=155)	Frequência	Porcentagem
Agendamento		
Sim	136	88%
Não	19	12%
Total	155	100%
Quantos dias		
Até 30 dias	119	88%
Após 30 dias	17	13%
Total*	136	100%
*Total referente às puérperas que tiveram a consulta agendada		
Fonte: Pesquisa de campo		

O retorno à consulta na unidade de saúde apresenta-se eficaz e importante no controle da saúde da puérpera e do RN. Neste momento, são retomadas informações específicas a respeito dos cuidados que precisam ser realizados consigo e com o bebê, sobretudo no que se refere à amamentação, sexualidade, reprodução e o planejamento familiar (BRASIL, 2012b). Ressalta-se que o principal motivo que leva a puérpera a retornar espontaneamente à unidade é o vínculo que a mesma estabelece com a equipe da unidade, desde a recepção (ACS) até o atendimento com o médico/enfermeiro (CASTIGLIONI, 2017).

Mediante ao exposto, apoiamos que a mulher durante o período puerperal, demanda ser assistida em sua totalidade, através de uma visão integral que leve em consideração o seu ambiente e suas relações. Além disso, a mesma deve ser tratada como protagonista do processo decisório do seu cuidado e do seu filho (ANDRADE et al., 2015).

As considerações deste item remetem a territorialidades específicas das condições de saúde física e emocional das puérperas, do nascimento do bebê ao período pós-parto. Consideramos importante detalhar alguns aspectos porque o PHPN apresenta diretrizes próprias para este período. Além do mais o risco de morbimortalidade para o grupo materno-infantil continua alto, o que nos faz retornar mais uma vez à discussão dos dois primeiros capítulos, que evidenciam este dado e a expectativa sobre o papel das mães e os cuidados com os bebês. Os aspectos econômicos, sociais e culturais dos territórios vividos das puérperas, seus bebês e seu grupo familiar e de convívio, são definidores do alcance e dos resultados que a política de assistência à saúde materno-infantil pretende atingir.

Planejamento familiar

Conforme as normativas do PHPN a família deve ser recebida na unidade de saúde com dignidade. Tal atitude consolida-se em humanização do atendimento (BRASIL, 2002a) além de estar em conformidade com as propostas apontadas pelas políticas do planejamento familiar. No Brasil, a regulamentação do planejamento familiar ocorreu por meio da Lei n.º 9.263/96⁷⁵ (BRASIL, 1996b). Assim, escolher e planejar a própria gestação são um direito que deve estar em conformidade com as expectativas e o desejo de toda mulher (BRASIL, 2006).

⁷⁵ Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996b).

O SUS disponibiliza para seus usuários um Programa de Planejamento Familiar, cujo objetivo primordial é “garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as” (BRASIL, 2002b, p. 7). É oportuno destacar que este Programa, como livre escolha e com a ciência dos métodos contraceptivos, foi uma decorrência do PAISM, recomendado pelo MS desde 1984 (BRASIL, 2002b). Segundo orientação do SUS, um serviço de planejamento familiar deve estar baseado em,

[...] práticas educativas permeando as ações de saúde, garantia de acesso aos usuários, equipe profissional multidisciplinar envolvida (enfermeiros, médicos, odontologistas, assistentes sociais, psicólogos, etc.), livre escolha do método contraceptivo, disponibilidade contínua dos métodos contraceptivos cientificamente aceitos, consultas e acompanhamento médico para os usuários e assistência nos casos de infertilidade conjugal (UNA-SUS/UFMA, 2013, p. 26).

Entretanto, este direito (planejamento familiar) não está presente na realidade em que se situa a maioria desta população (feminina), uma vez que grande parte das gestações é decorrente da percepção de que a maternidade é um fenômeno compulsoriamente natural (função fisiológica da mulher); de que se deve atender às expectativas sociais (realização do desejo do parceiro/a e/ou família); são resultado do acaso ou são consequências incontornáveis de atos de violência. Mesmo as mulheres que desejaram a maternidade raramente recebem orientações adequadas dos profissionais de saúde, evidenciando um descomprometimento deste, com os princípios e recomendações preconizadas pelo Programa de Planejamento Familiar (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2002b; LEMOS; KIND, 2017).

Diversos são os benefícios decorrentes de uma gestação planejada, destacando-se a possibilidade de identificação de fatores de risco (antecedentes ginecológicos, pessoais e familiares), a chegada da criança em momento mais oportuno e a maior participação do parceiro/a no período gravídico, parto e pós-parto. Mais especificamente, a participação do parceiro/a, família ou pessoa de confiança da gestante nas consultas de pré-natal, no momento do parto e no puerpério, deve ser incentivada pela equipe de saúde. Entretanto, fatores sociais como ser mãe solteira, pouco ou nenhum contato com a família de origem, parceiro em situação de privação de liberdade, não desejar a gravidez e, pertencer a grupos vulneráveis dificultam o alcance desses benefícios (ANDRADE; LIMA, 2014; BRASIL, 2010a).

Se por um lado o nascimento da criança para algumas puérperas representa a realização de um sonho, momentos de alegria, desejo e expectativas, por outro, significa momento de angústia, infelicidade, desespero e rompimento das atividades que anteriormente lhe proporcionavam

prazer/lazer. Portanto, sentimentos ambivalentes são comuns neste período (BRASIL, 2010a; ZIEGEL; CRANLEY, 1985). O depoimento abaixo aponta para esses sentimentos:

“[...] vou te falar a verdade, o (bebê), não foi esperado. Então assim... eu tive medo de como cuidar dele, eu não tava preparada psicologicamente para ter ele, tive medo de vir especial. Parece que meu mundo desabou de ter outra criança com a minha menininha pequena, muito pequenininha... Então assim, parece que caiu para mim meu teto, não tava preparada”. (Púérpera/75, 31 anos).

Quanto aos dados estatísticos, a maioria (76%) das puérperas verbalizou que não pretendem ter mais filhos. Em relação àquelas que o desejam (24%) o objetivo é ter em média de 1-2 filhos (92%) e esperar aproximadamente sete anos ou mais (27%) para engravidar (Tabela 6).

Tabela 6 - Reprodução, pretende ter mais filhos GV/MG, 2018/2019		
Variáveis (n=155)	Frequência	Porcentagem
Pretender ter mais filhos		
Sim	37	24%
Não	118	76%
Total	155	100%
Quantidade		
Indeterminado*	1	3%
1-2 filhos	34	92%
3-4 filhos	2	5%
Total*	37	100%
Tempo de espera		
1-2 anos	8	22%
3-4 anos	9	24%
5-6 anos	10	27%
Acima de 7 anos	10	27%
Total	37	100%
*Conforme a puérpera vai tentar até nascer uma menina, por isso não sabe a quantidade de filhos que vai ter		
*Total referente às puérperas que pretendem ter mais filhos		
Fonte: Pesquisa de campo		

Sabe-se que diversos são os fatores que influenciam no desejo de uma mulher (ou casal) ter ou não mais filhos, bem como no relacionamento do binômio mãe-filho. Ziegel e Cranley (1985) indicam a seguinte classificação para esses fatores:

Características Pessoais: relacionamento da mãe com os próprios pais; experiências com crianças; idade; e, nível de desenvolvimento (econômico/escolaridade); *Fatores Precedentes ao Parto:* gestação planejada/ou não; aceitação/negação da gestação; apoio/ausência da família e dos amigos e saúde/morbidade durante a gestação; *Fatores Durante o Parto:* presença/ausência do acompanhante durante o trabalho de parto; recebimento e quantidade (se houver) de analgesia e anestesia; e, tipo de parto; *Fatores Pós-Parto:* estado de saúde da

criança e da mãe; tempo para dar início ao contato entre a mãe e a criança; e, consultas e apoio da família e equipe de saúde.

Em relação ao desejo de engravidar, e corroborando pelo menos com um dos fatores (características pessoais) levantados por Ziegel e Cranley (1985), neste estudo obtivemos tanto respostas negativas quanto positivas a respeito do desejo de ter outro filho:

"Nossa Senhora! Menino dá dor de cabeça, o mundo tá difícil... O menino dá [...] muita dor de cabeça... A gente estressa [...] " não faça isso menino..." Então eu vou falar para você a verdade, quem tem que arrumar menino é só rico, que eles têm empregada tem babá. Aí eles se viram, ele se vira lá. Aí eles não ficam estressados, a gente fica estressada, né?". (Puerpera/49, 32 anos).

"Não, eu não quero não! Não quero mais, não tenho paciência. O mundo de hoje não está dando para criar, para ficar colocando filhos no mundo [...]". (Puerpera/32, 29 anos).

"Já tenho muitos, não quero ter mais, eu descobri que tava grávida da (bebê) eu já tava de 6 meses, eu fui fazer o exame de sangue pra ver se minha anemia tinha abaixado, aí descobri que eu tava grávida... Surtei! 6 meses? Quase fazendo 7? Quase nascendo? E eu descobri que tava grávida! Minha barriga cresceu só um tiquinho, pouca coisa. Eu tava sentindo só um pouco inchada, e eu perguntei a minha médica, (eu falei com ela) "Médica, eu tô tomando injeção de 3 em 3 meses e não é certo, não desce menstruação, certo né? Eu, tomando esse medicamento que eu tô tomando pra anemia não vai cortar o efeito não, né? (ela respondeu) "Não, não vai não, pode continuar tomando numa boa". Tá, vai (eu) continuar tomando, aí eu descobri que tava grávida já tinha 6 meses, eu falei com ela: "Aqui... oh, o resultado seu aqui, oh...". E ela (enfermeira) falou: "Nossa, não tem lógica, não desce ciclo menstrual pra você ter engravidado". Aí eu falei "É né, isso eu quero saber também". Nossa Senhora! Eu fiquei doida! [...]". (Puerpera/54, 26 anos).

Todos esses autênticos depoimentos retratam a insatisfação, desencanto, esgotamento e a renúncia que a maternidade representa para algumas mulheres. Ao analisar a história da maternidade e como ela vai se configurando no tempo, emerge a convicção de que o instinto materno é um mito. Para cada cultura a gestação e a maternidade se configuram de maneira diferente; os sentimentos, ambições ou frustrações referentes a ela variam (BADINTER, 1985).

Quanto àquelas que querem assumir a maternidade, diversos motivos podem estar relacionados, a saber, "o desejo atávico pela reprodução da espécie, ou pela continuidade da própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de uma valorização e de um reconhecimento social [...]; o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo da família de origem" (SCAVONE, 2001, p. 50). Como expressado por alguns puerperas:

"Para fazer companhia quando eu tiver mais velha". (Puérpera/145, 27 anos).

"Ah, sei lá... eu acho que é assim... Ela já tem uma companhia, que é o tio dela, mas sei lá... Alguém para falar que é irmão mesmo, entendeu? Mas uma companheira para ela... É só uma ideia, na verdade eles colocaram na minha cabeça que, "quem tem um, não tem nenhum... e quem tem dois tem um". Entendeu? Aí eu coloquei isso na cabeça, por mais que esteja errado eu coloquei isso na minha cabeça". (Puérpera/65, 21 anos).

"Porque eu perdi um filho com um mês, ele morreu e eu quero colocar o mesmo nome. Nome do meu filho era Daniel Lucas, eu tenho o João Pedro, [...] ele tem 4 anos. Daniel morreu porque eu passei muita raiva na minha gravidez com a minha sogra e com a minha cunhada. Eu tava passando mal e meu marido foi embora de casa e eu fui para o hospital ganhar com 6 meses... Eu fiquei lá um mês sozinha e ninguém foi dormir comigo. Até que eu não consegui, as pessoas fazendo raiva, inventando conversa fiada e eu fui ganhei os dois e foi para UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e o Daniel não aguentou, deu anemia, deu problema cardíaco e morreu". (Puérpera/40, 24 anos).

Os depoimentos registrados acima nos revelam especialmente a preocupação socioeconômica como determinante para o desejo de constituir uma família com maior ou menor número de filhos. A proposta do PHPN não inclui diretamente uma intervenção quanto ao planejamento familiar, reservado a Programa específico nas unidades de saúde. Entretanto, caso alguma puérpera atendida manifeste a necessidade de orientação, ela deverá ser ouvida respeitosamente e encaminhada aos profissionais que melhor possam realizar seu atendimento. Assim, assistir uma família em situação de puerpério implica em conhecer a maneira como os membros se relacionam (dinâmica) bem como se organizam (estrutura), inclusive na orientação a demandas que estejam fora da especificidade do Programa.

Este último item em destaque não se relaciona diretamente com as ações previstas pelo PHPN, mas aparece nos depoimentos das participantes, muitas vezes espontaneamente, quando estimuladas a falar sobre suas experiências de gestação e maternidade. Podemos dizer que a questão do planejamento familiar é uma preocupação que atualmente é abordada com maior liberdade. Nesse sentido, até bem pouco tempo como vimos no breve histórico sobre a saúde materno-infantil, e nas CNS, até a década de 1960 era um tabu sociocultural. E não fazia parte das discussões e políticas elaboradas para nosso público-alvo.

Desse modo, essa territorialidade que perpassa o desejo pela maternidade (ou sua negação) e os cuidados necessários num caso ou outro também se relaciona com os índices de morbimortalidade materno-infantil, tanto no campo sociocultural como no campo médico.

Aqui relembramos nossa quarta e última epígrafe, que poderia ter sido incluída em outros momentos. Entretanto a escolhemos para fechar este capítulo, porque ela remete aos nossos dias (relatada em 2015) e à dimensão humana da permanência do alto índice de morbimortalidade materno-infantil, e a algumas das territorialidades que identificamos neste estudo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, ao idealizarmos este estudo tínhamos em mente verificar como se articulava o pensamento sobre família para as mães assistidas pelo PHPN no município de Governador Valadares, considerando as territorialidades referentes tanto sob a perspectiva culturalista quanto sob a perspectiva jurídico-política. Trazíamos como base o entendimento de que a família é o primeiro núcleo responsável por favorecer as vivências e as interações de seus membros, bem como na transmissão de saberes e “informações” sobre o processo de cuidados em saúde.

A partir da pesquisa de campo e com a designação da nova orientação deste estudo a outro professor-pesquisador, chegamos à conclusão que nos faltaria um aporte teórico de maior densidade para a discussão; além de que nos dados coletados e especialmente no documento principal que consultaríamos, o Programa oficial do PHPN, o conceito de família estava dado, ou seja, construído a partir de uma tradição, ou de uma concepção tradicional sobre família.

Uma releitura do material que já havíamos elaborado para a qualificação e outros trabalhos nos ajudou a distinguir, recorrentemente entre várias situações, o permanente elevado índice de morbimortalidade materna e infantil; a baixa cobertura/assistência; o déficit na qualidade e, na humanização do atendimento. Tais demandas se tornaram objeto de estudo desta pesquisa, corroborando com as prioridades do PHPN. Nesse sentido elaboramos uma questão que nos ajudasse a compreender os fundamentos de implementação de políticas públicas em saúde materno-infantil em função da permanência dos índices de morbimortalidade sempre elevados para esse grupo.

A necessidade de compreensão sobre as concepções sob as quais se fundamentaram as políticas e programas de assistência à saúde materno-infantil e o conhecimento sobre as mudanças implementadas ao longo do tempo nos levaram ao breve levantamento histórico apresentado.

Especificamente, como vimos, no Brasil os problemas que acometem a saúde da mulher no período gravídico-puerperal vêm de longa data, evidenciados nos elevados índices de óbito materno-infantil, desde o período colonial até a atualidade. Assim, observamos inicialmente que estes índices acompanharam e influenciaram o processo de territorialização de todas as políticas e programas de assistência à saúde materno-infantil no território brasileiro. As ações, instituições, coordenações, programas, políticas e departamentos em saúde destinados

às mulheres e às crianças também foram pensados e territorializados de acordo com os contextos sociopolíticos, econômicos e culturais de cada época (CCMS, 2016).

Nesse sentido, podemos concluir que, no período colonial e imperial as territorialidades relacionadas às preocupações com a saúde materno-infantil que prevaleceram foram as de caráter moral e cristão. Como evidenciado por Viotti (2012) neste período a saúde da mulher estava exclusivamente relacionada com o parto em boas condições, em relação à criança preocupou-se mais com a formação cristã e moral. Posteriormente, na Primeira república, as ações em saúde materno-infantil, conforme Alves (2015) e Santos Neto et al. (2008), foram idealizadas e concretizadas mediante os interesses sociopolíticos e econômicos da nação, ou seja, a preocupação com a saúde materno-infantil ocorreu pela necessidade de se ter homens saudáveis para povoar e explorar um país ainda pouco desenvolvido.

Ou seja, territorialidades sanitárias acompanharam as políticas do primeiro período republicano. Ainda neste período foram criados diversos programas por médicos filantropos com ações assistenciais buscando estabelecer uma relação colaborativa com o Estado. Observa-se que a partir deste período as ações em saúde vão se distanciando das práticas de caridade que eram praticamente a única forma de assistência.

Vimos também que no período varguista (1930-1945), a saúde da mulher e da criança passou a ter mais ênfase, em decorrência da criação de diversos programas de saúde. De maneira mais explícita, as territorialidades envolvendo a saúde materno-infantil neste período permaneceram marcadas por interesses políticos e ideológicos da época (ideal do brasileiro forte e sadio para o trabalho). Com a implementação do SESP (1942), as ações passaram a se interiorizar aos poucos, e este Serviço desenvolveu ações com maior densidade entre a população mais carente.

Ainda assim as territorialidades evidenciadas continuaram relacionadas com os altos índices de morbimortalidade e centralizadas no atendimento biomédico da mulher no período gestacional-puerperal, preconizando ações de higienização; visita domiciliar; orientação a respeito dos cuidados básicos com o RN; captação precoce de gestantes; a realização de consultas nos primeiros dias após o nascimento da criança (BASTOS, 1993; VILARINO, 2015). Tais práticas ainda se encontram como ações preconizadas pelo MS, por meio dos programas de assistência materno-infantil, evidenciando as mesmas territorialidades.

Observamos que não houve mudança nas perspectivas socioculturais e políticas nas décadas seguintes ao governo Vargas (1950/1960). E a mulher e a criança foram assistidas por programas já consolidados. A partir da década de 1960 novas territorialidades emergem no campo da saúde da mulher, pois como vimos com Martins e Freire (2018) começa-se a desenvolver métodos contraceptivos, possibilitando à mulher uma maior autonomia sobre seu corpo e, pela escolha/vivência da gestação; embora permanecendo os tabus religiosos e culturais, levando essa possibilidade para poucas mulheres e uma disputa ainda vigente.

Em relação à década de 1970 até a atualidade um conjunto de ações tem sido dedicado à saúde tanto da mulher quanto da criança. Verificamos um avanço significativo na maneira como as ações começam a ser pensadas e, principalmente no modo de implementação. Isto aconteceu sobretudo, em decorrência dos movimentos sociais da época (a saber o movimento feminista) e, com a criação do PAISM, cujas diretrizes prezavam pelo contexto biopsicossocial em que as mulheres se encontram (BRASIL, 2011a; UNA-SUS/UFMA, 2013).

Observamos que as ações idealizadas e desenvolvidas pelo PAISM tinham como base o espaço vivido da mulher, ou seja, o “espaço de reconhecimento e familiaridade ligado à vida cotidiana” Bonnemaïson (2002, p. 110). Este Programa também se encontrou em pauta nas discussões da 9ª CNS (BRASIL, 1992) e, posteriormente nas demais Conferências reafirmando suas ações. Aqui entrando em cena territorialidades mais ligadas aos determinantes biopsicossociais de saúde.

Apesar dos avanços das políticas e da ampliação dos conceitos de saúde materno-infantil, gestação, do processo de cuidado com a criança, bem como da aceitação da diversidade de formas de vivência, a maternidade ainda é considerada um tema “sagrado”, além de a “mãe” permanecer em nosso inconsciente coletivo representada como “Maria”, símbolo do “incontestável amor” (BADINTER, 1985; COVA, 2011; KUSCHNIR, 2008).

Este entendimento tradicional da gestação e da maternidade tem dificultado o surgimento e a concretização de ações em saúde da mulher, sobretudo para aquelas que não querem dar continuidade a gestação e, desejam realizar o aborto seguro. Essa questão nos remete ao Brasil colonial e imperial onde as territorialidades em saúde estavam relacionadas sentimento piedoso e de caridade sustentado pela igreja católica, tendo com finalidade impedir a prática

do aborto; o que ainda representava uma violação dos princípios da moral cristã, desconsiderando os problemas de saúde da mulher.

Vimos que a territorialização das políticas públicas de saúde destinadas às gestantes, às puérperas e às crianças também foram consolidadas a partir das discussões levantadas nas CNS. Embora as Conferências não sejam de caráter executivo, suas moções têm orientado e direcionado à criação de programas de assistência materno-infantil, desde a 1ª, em 1941.

Atualmente, em sua 16ª edição, é possível observar os avanços nos debates/reflexões apontadas, bem como na efetivação de ações direcionadas à mulher e à criança em programas integrados e/ou distintos, porém com o mesmo objetivo, sanar ~~em~~ as demandas do binômio mãe-bebê, principalmente relacionado à morbimortalidade materna e infantil, tema este, presente desde a primeira Conferência.

Finalmente, colocamos em evidência o PHPN em Governador Valadares, que juntamente com outros Programas de assistência à saúde, foram estabelecidos (territorializados) em consonância com as recomendações preconizadas pelo MS. Mediante as discussões e reflexões levantadas no 3º capítulo, observamos que embora as políticas públicas tenham avançado quanto ao direito e entendimento das mulheres frente ao período gravídico-puerperal, e que no caso das nossas participantes a maioria delas esteja de certo modo satisfeita com o atendimento recebido; ainda é possível perceber a desvalorização das vivências das mesmas por parte de alguns profissionais da saúde que as assistem.

Essa desvalorização se consolida na medida em que seus saberes e aqueles compartilhados socialmente à margem da cientificidade são tidos como errados; a realização de procedimentos clínicos sem o consentimento das mesmas ou de maneira invasiva; ausência de referência e contrarreferência dos serviços de saúde; e, a ocorrência de violência verbal, psicológica, física, obstétrica, seja no decorrer da gestação, seja no momento do parto; e suprime do PHPN um de seus princípios fundamentais que é a atenção humanizada. Estas também são territorialidades que acompanham a implementação e funcionamento do PHPN, em Governador Valadares, e podemos inferir, que também em todo o país.

Para concluirmos, ficou evidente que as ações em saúde materno-infantil consolidadas no Brasil, ao longo do período abordado, têm base territorial cartográfica, além da predominância do modelo biomédico de saúde. Identificamos diversas territorialidades em comum às diversas épocas e políticas, como questões socioculturais e político-econômicas, questão do

significado da maternidade, da infância e da saúde; e mudanças conceituais significativas que também influenciaram mudanças nas ações em saúde.

Compreendemos, ao final desse trabalho, a partir da revisão bibliográfica que apesar da ampliação dos conceitos de saúde e assistência à população, sobretudo com os grupos que demandam mais atenção (gestantes, puérperas e as crianças), permanecem entre os profissionais da saúde atitudes fragmentadas e isoladas do real cotidiano dos usuários e, das questões simbólicas e/ou culturais desses sujeitos. Isto, explica a existência de diversos programas de proteção à saúde da população com reduzida eficácia das ações, inclusive aqueles ligados à saúde materno-infantil que sempre voltam ao mesmo ponto dos elevados índices de morbimortalidade.

Finalizamos então, com a afirmativa de Christovam Barcellos (2016, s/p) que assinala que “Todos os grandes princípios do Sistema Único de Saúde têm um reflexo no território”. O autor aponta para a importância de compreender o conceito de território para que se consiga fazer, na prática, aquilo que o SUS e, as políticas públicas de saúde materno-infantil vêm recomendando; ou seja, o acesso aos serviços de saúde (universalização), a responsabilidade dos três níveis do governo com a saúde (descentralização) e, a compreensão integral do sujeito (integralidade). Tais estratégias são as territorialidades que esperamos ver garantidas à assistência à saúde não só para as mulheres e crianças, mas para todos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica**, In: Congresso nacional da rede unida - 20 anos de parcerias na saúde e na educação, 6, 2005. Belo Horizonte. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ALMEIDA, S. D. de M.; BARROS, M. B. de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**, São Paulo, v. 1, n. 17, p. 15-25, 2005.

ALVES, I. G. A assistência nos anos iniciais da Primeira República brasileira: a maternidade e a infância como problema social. **Biblio 3W**, Barcelona, v. XX, n. 1.130, p.1-22, 2015. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1130.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

ALVES, N. C.; GUIMARÃES, R. B. **Gênero, corpo e saúde na perspectiva da maternidade**. In: II International Congress of Geography Health, 2009, Uberlândia. Anais eletrônicos. Uberlândia: Instituto de Geografia - UFU, 2009. Disponível em: <<http://gege.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/textos%20digitais/G%20CANERO%20CORPO%20E%20SA%20DADE%20NA%20PERSPECTIVA%20DA%20MATERNIDADE.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2019.

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, jan/mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00165.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

ANDRADE, L. F. B. de; RODRIGUES, Q. P.; SILVA, R. de C. V. da. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26442/25893>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. de C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: MS, v. 4, 2014. p. 19-46. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100181>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Disponível em:

<[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20\(pdf\)%20\(rev\).pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2019.

BARCELLOS, C. O. Territorialização em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. 2016. **Manguinhos**, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/territorializacao-em-saude>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BASTOS, N. C. de B. **SESP/FSESP, Evolução histórica: 1942-1991**. Recife. 1993.

BIBLIOTECA CENTRAL UFRGS. **Testes estatísticos simples no Excel**. 2017. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/blogdabc/testes-estatisticos-simples-no-excel/>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

BITTAR, D. B.; NAKANO, A. M. S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/02.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BONNEMAISON, J. Viagem em torno do território. In: CORRÊA, R. L.; ROSENDHAL, Z. (Orgs.). **Geografia cultural: um século**. Rio de Janeiro: UERJ, p. 83-131. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: MS, 2002b, 150 p.** Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica-Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: MS, 2012b. 318 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 19.402, de 14 de outubro 1930**. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saude Publica. Rio de Janeiro, 1930. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 24.278, de 22 de maio de 1934**. Extingue a Inspetoria de Higiene Infantil da Saúde Pública; cria a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24278-22-maio-1934-507775-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 2.024, de 17 de fevereiro 1940**. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1996a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sergio Arouca. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde e Qualidade de Vida Políticas de Estado e Desenvolvimento. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **15ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo Brasileiro. Brasília: MS, 2015b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **16ª Conferência Nacional de Saúde**. Democracia e saúde. Versão preliminar. Brasília: MS, 1ª ed. 2019. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1941. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde**. Recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: MS, 1967. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1980. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 80 p. 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**: manual técnico/Ministério da Saúde. 2. ed., Brasília: MS, 2013b. 204 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/itdecit.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Leite Humano**: Funcionamento, Prevenção e Controle de Riscos. Brasília: Anvisa, 2008a. 160 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: MS, 2017, 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília: MS, 80 p, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica**: cuidado compartilhado/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS, 56 p. 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2018, 68 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: MS, 2002a, 28 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1963. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**. Municipalização é o caminho. Brasília: MS, 1992. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: MS, 2004b, 12 p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010**. Brasília: MS, 2010b, 184 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf>. Acesso em: fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAN Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS, 2013a, 84 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2004a, 82 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: MS, 1999, 90 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde Metodologia de Formulação**. Brasília: MS, 1998, 15 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS, 2005. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS, 2006. 162 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN 1976-1979**. Brasília: MS, 1976, 41 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_alimentacao_nutricao_1976_1979_documento_tecnico.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 72 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1975. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1977. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **O bem-estar e a saúde das mães e das crianças**. (Discurso pronunciado no palácio Guanabara, em comemoração do natal, a 24 de dezembro de 1939). 1939. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953**. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 2 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010a. 234 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2019.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de acompanhamento da criança**. São Paulo, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf>. Acesso 18 abr. 2019.

CABELEIRA, M. de M. Neomalthusiano: o controle da população revisitado. **ecopolítica**, São Paulo v. 6, mai./ago, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/viewFile/16777/12539>>. Acesso em: 6 mar. 2020.

CABRAL, C. M. T.; FRANCISCHINI, R. As Conferências Nacionais de Saúde e a política de saúde mental para a infância. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1033-

1052, set. 2016. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2020.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2019.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

CASTIGLIONI, C. M. **Práticas de cuidado no puerpério de enfermeiras em estratégia de saúde da família**. 2017, 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Pós-graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/13832/DIS_PPGENFERMAGEM_2017_CASTIGLIONI_CRISLEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 jan. 2020.

CCMS. CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferências Nacionais de Saúde: contribuições para a construção do SUS**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/index.php>>. Acesso em: 19 out. 2019.

CEE. CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. **Abrasco alerta para o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=Abrasco-alerta-para-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-Brasil>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Histórico**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>>. Acesso em: 18 out. 2019.

CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516-538, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

COSTA, W.; SEQUEIRA, B. J.; COSTA, A. Projeto enquanto o bebê não chega: uma experiência do SUS que dá certo em Roraima. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: MS, v. 4, 2014. p. 423-433. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

COVA, A. História da Maternidade: em que ponto estamos? **Cadernos de História**, Belo Horizonte, v. 12, n. 16, p. 163-185, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoshistoria/article/view/3336>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4573912/mod_resource/content/1/Creswell.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde Minas Gerais**: Município de Governador Valadares. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

DUARTE, S. J. H. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 18, n. 2, p. 75-82, ago. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/314566659_MOTIVOS_QUE_LEVAM_AS_GESTANTES_A_FAZEREM_O_PRE-NATAL_UM_ESTUDO_DAS_REPRESENTACOES_SOCIAIS>. Acesso em: 1 jun. 2019.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de campo grande, brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/13.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, jun. 2005. Disponível em: <<https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

FGV, FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **A Era Vargas**: dos anos 20 a 1945. 2017. Disponível em: <<https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/IntelectuaisEstado/MinisterioEducacao>>. Acesso em: 3 mar. 2020.

FIGUEIREDO, N. G. da S.; SALLES, D. M. R. Educação Profissional e evasão escolar em contexto: motivos e reflexões. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 95, p.356-392, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v25n95/1809-4465-ensaio-S0104-40362017002500397.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 298p.

FONSECA, J. J. S. da. **Metodologia da pesquisa científica**. Universidade Estadual do Ceará: UECE. 2002. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

FONSECA, S. C. et al. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01991.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

FONSECA, S. C. et al. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007013.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2020.

FREIRE, M. M. de L.; LEONY, V. da S. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 199-225, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/11.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

FUNASA. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Arranjos familiares e implicações a saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 91-97, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6943.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <http://www.urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2019.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 1100 p.

GONÇALVES, C. de S. et al. Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 1, p. 63-70, Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt_1519-3829-rbsmi-19-01-0063.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

GONDIM, G. M. de M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17935/1/1118.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2019.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

GOULART, L. M. H. de F.; SOMARRIBA, M. G.; XAVIER, C. C. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 715-723, Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/05.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2020.

GRAMACHO, R. de C. C. V.; SILVA, R. de C. V. da. Enfermagem na Cena do Parto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: MS, v. 4. p. 183-200,

2014. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-11, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/14.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GROVES, R. M. et al. **Survey Methodology**. A JOHN WILEY & SONS, INC., PUBLICATIO Inc.: New Jersey, USA, 2009.

HAESBAERT, R. **Dos Múltiplos Territórios a Multiterritorialidade**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso 03 jan. 2020.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998. 261p.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). **Conheça o Brasil-população quantidade de homens e mulheres**. 2018. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

KUSCHNIR, K. Maternidade e amamentação biografia e relações de gênero intergeracionais. **Rev. Sociologia, problemas e práticas**, Lisboa/Portugal, n. 56, p. 85-103, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n56/n56a05.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

LANSKY, S.; FIGUEIREDO, V. de O. N. Acolhimento e Vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: MS, v. 4, 2014. p. 153-170. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. da. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, Dec. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-pcp-35-4-1120.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

LEMOS, R. F. S. KIND, L. Mulheres e maternidade: faces possíveis. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 840-859, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v17n3/n17a03.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606,

jul./set. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n102/593-606/pt>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

LOPES, C. V. et al. Avaliação da consulta de revisão puerperal no programa de pré-natal. **JONAH - Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 77-83, jan./mar. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3409/2800>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

LYRA, J.; CASTRO, R. O Homem na Cena do Parto: Vivências, Direitos e Humanização em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: MS, v. 4, 2014. p. 215-231. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil-um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MAPA. MEMÓRIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA. **Diretoria-Geral de Saúde Pública**. 2018. Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/dicionario-primeira-republica/567-diretoria-geral-de-saude-publica-2.html>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MARINHO, J. Z. S. As políticas públicas de saúde materno-infantis durante as décadas de 1930 e 1940 no Piauí. **Vozes, Pretérito & Devir**, Piauí, v. 2, n. 1, p. 68-86, 2013.

MARTINS, A. P. V. **Políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil na primeira metade do século XX**. In: MONTEIRO, Y. N. História da saúde: olhares e veredas. São Paulo, Instituto de Saúde, 2010, p. 99-121,

MARTINS, A. P. V; FREIRE, M. M. de L. **História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança**. In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S. HOCHMAN, G. (Orgs). História da Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec Editora, 2018, p. 145-181.

MEDEIROS, P. F. de; GUARESCHI, N. M. de F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 296, jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100003/10982>>. Acesso em: 10 out. 2019.

MENDES, M. F. **Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde**. 2003, 128f, Mestrado (Saúde Pública), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/84852/195375.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-779, nov-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a10.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, C. (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict, 2008. p. 141-164.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/teritoiro_na_saude.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, cap. 6, p. 177-224. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MPPE. MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito informações práticas sobre seus direitos**. Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34 p. Disponível em: <<https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

OLIVEIRA, D. L. L. C. de. et al. Atenção materna e infantil e marcadores socioculturais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília: MS, v. 4, 2014. p. 47-58. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 27 jan. 2020.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília. Rede Interagencial de Informações

para a Saúde - Ripsa - Brasília, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017. 72 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_sus.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

PASCHOARELLI, L.C.; MEDOLA, F. O.; BONFIM, G. H. C. Características Qualitativas, Quantitativas e Quali-quantitativas de Abordagens Científicas: estudos de caso na subárea do Design Ergonômico. **Revista de Design, Tecnologia e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 65-78, 2015.

PAULA, F. C. de. Sobre a dimensão vivida do território: tendências e a contribuição da fenomenologia. **GeoTextos**, Bahia, v. 7, n. 1, p. 105-126, jul. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/geotextos/article/view/5271/3782>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. de. **HUMANIZAÇÃO**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 2 nov. 2019.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2020.

PMGV. PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **Plano Municipal de Saneamento Básico PMSB**. 2015. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/abrir_arquivo.aspx/DOCUMENTO_1?cdLocal=2&arquivo=%7BA58CCB07-56CC-5B4E-B867-23EDDAE22BD%7D.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

PNUD; IPEA; FJP. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**: Município de Gov. Valadares, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/governador-valadares_mg#idh>. Acesso em: 12 out. 2018.

PRÁ, J. R.; CARVALHO, M. J. Feminismos, políticas de gênero e novas institucionalidades. **Labrys Rev. estudos feministas**, on line, jan./jul. 2004. Disponível em: <<https://www.labrys.net.br/labrys5/textos/mariejanepnt.htm>>. Acesso em: 18 out. 2019.

QUEIROZ, R. de. **Geografia da fome**. Diário de Notícias (Rio de Janeiro), 22 de dezembro de 1946, p 5. In: CASTRO, J. de. Geografia da fome. O dilema brasileiro: pão ou aço. 10ª ed. revista. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984. p. 324.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7134.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

RESENDE, L. V.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. do C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Rev Panam**

Salud Publica. São Paulo, v. 37, n. 4/5, p. 218-224, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/218-224/pt>>. Acesso em: 23 mar. 2020.

RIBEIRO, L. M. **Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a liga baiana contra a mortalidade infantil, 1923-1935.** 2011, 156f, Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2011. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/dissertacao_lidiane_monteiro.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

ROSA, C. Q. da; SILVEIRA, D. S. da; COSTA, J. S. D. da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0977.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2019.

SANGLARD, G.; FERREIRA, L. O. **Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil.** In: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S. HOCHMAN, G. (Orgs). História da Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec Editora, 2018, p. 145-181.

SANTOS NETO, E. T. dos. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/250054248_Politicass_de_saude_materna_no_Brasil_os_nexos_com_indicadores_de_saude_materno-infantil>. Acesso em: 05 mar. 2020.

SANTOS, J. L. G. dos. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). **Território, Globalização e Fragmentação.** São Paulo: Hucitec, 1998, cap. 1, p. 15-20. Disponível em: <<https://yadi.sk/i/1BpoJcJVs9j9z>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova.** São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978. Disponível em: <<https://yadi.sk/i/6nHo6pw3qJTGt>>. Acesso em: 1 jun. 2019.

SAQUET, M. A. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade. **Geosul**, Florianópolis, v. 22, n. 43, p 55-76, jan./jun. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/12646/11806>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SAQUET, M. A. **Reflexões sobre o conceito de território e suas relações com os estudos de cultura e identidade.** In: HEIDRICH, A.; COSTA, B. P. da; PIRES, C. L. Z. (Orgs.). **Maneiras de ler Geografia e Cultura.** Porto Alegre: Imprensa Livre Compasso Lugar Cultura, 2013. p. 37-51.

SAQUET, M. A.; BRISKIEVICZ, M. Territorialidade e identidade: um patrimônio no desenvolvimento territorial. **Caderno Prudentino de Geografia**, São Paulo, v. 1, n. 31, 2009. Disponível em: <<http://agbpp.dominiotemporario.com/doc/CPG31A-3.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

SCHMITT, P. M. et al. A revelação de puérperas na assistência pré-natal em estratégias de saúde da família. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 130-36, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5968/3159>>. Acesso em: 7 jan. 2020.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. New York, Columbia University Press. 1989. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C.; O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SILVA, B. S. M. da. A “maternidade moderna” e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1019-1037, oct./dec. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1019.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

SILVA, C. de S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal: limites e potencialidades. **RPCFO**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf_1840>. Acesso em: 7 jan. 2020.

SILVA, D. C. da; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

SILVA, T. M. de A.; FERREIRA, L. O. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **Hist. cienc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-112, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/06.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

SOUSA, C. R. de O. et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 160-169, 2018.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-2-160.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

SOUZA, L. K. de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v71n2/05.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

TABNET/DATASUS. **Informações sobre saúde (TABNET) Estatística Vitais**. 2017. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6938&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TEIXEIRA, L. C.; PARENTE, F. S.; BORIS, G. D. B. Novas configurações familiares e suas implicações subjetivas: reprodução assistida e família monoparental feminina. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 24-31, jan./mar, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2848/4138>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **A Saúde da Mulher Geral**. GARCIA, P. T. (Org.). São Luís, 2013. 33f. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/48117287.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Crianças de até 6 anos O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento**. Brasília, 2005. 233 p. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_inf_brasil_2006_completo.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

VAILATI, L. L. As fotografias de “anjos” no Brasil do século XIX. **Anais do Museu Paulista**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 51-71, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anaismp/v14n2/a03v14n2.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

VENÂNCIO, R. P. MARCÍLIO, Maria Luiza. História Social da Criança Abandonada. **Rev. bras. Hist.**, São Paulo, v. 19, n. 37, Sept. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01881999000100014>. Acesso em: 23 jan. 2020.

VIANA, R. da C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. MP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**. Brasília, p. 141-152, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2019.

VILARINO, M. T. B. **Da lata d'água ao SESP: tensões e constrangimentos de um processo civilizador no Sertão do Rio Doce (1942-1960)**. 2015, 309f, Tese (Doutorado em História), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

VIOTTI, A. C. de C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil Colonial (1677-1808)**. 2012, 179f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2012. Disponível em:

<https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/dissertacao-final_ana-carolina-viotti.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, P. Sep./Oct. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985, 708 p.

ZORZAM, B.; CAVALCANTI, P. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito**. 1. ed. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016, 52 p. Disponível em: <<https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/09/cartilha-WEB.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2019.

6 ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONCENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE - GESTANTES/PUÉRPERAS -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:
Título: Contribuição de Gestores, Profissionais de Saúde, Gestantes e suas Famílias no Processo de Adesão e Atendimento aos Princípios/Normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no Município de Governador Valadares
Natureza do Projeto: Pesquisa
Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde (MGIT) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)
Pesquisador Responsável: Carlos Alberto Dias Suely Maria Rodrigues
Nome do Mestrando Participante: Samara Alves Avanzi
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5917
2 – Informações ao participante ou responsável:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: <i>Representações Sociais de gestores, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e usuárias relativas ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Governador Valadares – MG, na área de Ciências Humanas e Ciências da Saúde.</i> 2. A pesquisa terá como objetivo de conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares 3. As clientes (gestantes e puérperas) participarão de duas entrevistas e um Inventário psicológico sendo a primeira entrevista realizada a partir da 30ª semana de Gestação, e a segunda entrevista e o inventário após o parto, mais especificamente entre o 15º e 42º dia de puerpério (período após o nascimento). 4. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: <ol style="list-style-type: none"> a) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta.

- b) Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a).
- c) Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.
- d) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.
5. Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
6. A sua participação na pesquisa será como voluntária, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
7. A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificada como fornecedora de algum dado desconcertante levantado nesse estudo.
8. Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento das famílias e das representações sociais referentes a qualidade da assistência pré-natal; tem-se como expectativa que os resultados alcançados possam indicar estratégias para fortalecer a mobilização em prol do desenvolvimento das atividades do PHPN no Município e a conseqüente melhoria da qualidade desta assistência.
9. Serão garantidos o anonimato e privacidade às participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-la. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes das participantes.
10. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.


Governador Valadares, _____ de _____ de 20__.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO B – CARTA DE ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR- FPF		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS NO PROCESSO DE ADESÃO E ATENDIMENTO AOS PRINCÍPIOS/ NORMAS PREVISTAS PELO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES		
Pesquisador: Suely Maria Rodrigues		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 20618313.0.0000.5157		
Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 441.089		
Data da Relatoria: 14/10/2013		
Apresentação do Projeto: Parecer satisfatório.		
Objetivo da Pesquisa: Parecer satisfatório.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Parecer satisfatório.		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados no projeto.		
Recomendações: Não há nenhuma recomendação a ser feita.		
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Não há nenhuma pendência e ou lista de inadequação.		
Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02 Bairro: Universitário CEP: 35.020-220 UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br		
<small>Página 01 de 02</small>		

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 441.089

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado.

GOVERNADOR VALADARES, 30 de Outubro de 2013

Assinador por:

Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 18/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

OF: SAIS 002 11 13
Governador Valadares, 04 de novembro de 2013.

Ref.: Solicitação de Autorização para Pesquisa

Prezado Senhor Renato Fraga Valentim,

Solicitamos autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG, referente a projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado em Gestão Integrada do Território da UNIVALE, a ser realizado pela mestranda Marcela Otoni da Silva Pereira, sob orientação da prof^a Dr^a Suely Maria Rodrigues, com o título: Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/ normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares.

Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral do projeto é conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares. Será objeto deste estudo os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) e agentes comunitários que realizam suas atividades laborais na Estratégia de Saúde da Família desse município, além das gestantes atendidas pelo PHPN.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 12 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acreditamos que com este trabalho, teremos um melhor conhecimento do conceito de território e territorialização, bem como a influência desses no planejamento das ações

GRUPO DE PESQUISA SAÚDE, INDIVÍDUO E SOCIEDADE – SAIS

Recebi em 05/11/13 1/2
Rita Reis

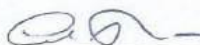
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA TEÓFILO OTONI, 421 - CENTRO
CEP: 35 020-600
Fones: (33) 3271-3580 / 3271-7238
Governador Valadares - MG

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

de saúde. O estudo justifica-se à medida que proporciona uma reflexão sobre as questões socioeconômicas, de saúde da população e do desenvolvimento da sociedade.

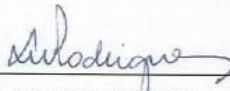
O presente projeto não apresenta riscos para os participantes da pesquisa. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados na dissertação de mestrado em Gestão Integrada do Território da pesquisadora responsável e através da publicação de artigo científico em revista especializada.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Carlos Alberto Dias

Coordenador do Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade



Prof. Dra. Suely Maria Rodrigues
Orientadora da Pesquisa

Ilmo. Sr.
Renato Fraga Valentim
Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares - MG
Rua Teófilo Otoni, nº 421 Centro
CEP.: 35 020-600

Prezado Prof.,

Em nome da Secretaria Municipal de Saúde, autorizo a realização da pesquisa no Município de Governador Valadares, recomendando que nos seja dado ciência dos resultados antes da divulgação da mesma.

Atenciosamente,



Renato Fraga Valentim

Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares