



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SARA DAYANE SANTOS DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A MULHERES NO PRÉ-NATAL EM UM
HOSPITAL-ESCOLA**

RECIFE

2025

Sara Dayane Santos de Souza

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A MULHERES NO PRÉ-NATAL EM UM
HOSPITAL-ESCOLA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.a Dr.a Delâine Cavalcanti Santana de Melo

RECIFE

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Souza, Sara Dayane Santos de.

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A MULHERES NO PRÉ-NATAL EM UM
HOSPITAL-ESCOLA / Sara Dayane Santos de Souza. - Recife, 2025.

63 p.

Orientador(a): Delâine Cavalcanti Santana de Melo

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2025.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Humanização. 2. Saúde da mulher. 3. SUS. 4. Pré-natal. I. Melo, Delâine
Cavalcanti Santana de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

Sara Dayane Santos de Souza

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A MULHERES NO PRÉ-NATAL EM UM
HOSPITAL-ESCOLA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 20/08/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof.a Dr.a Delâine Cavalcanti Santana de Melo (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.a Dr.a Raquel Soares Cavalcante (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE
2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a minha família, que sempre esteve ao meu lado me apoiando. À minha mãe, Lucélia, que mesmo não tendo a oportunidade de entrar em uma universidade, porque a vida lhe foi dura, fez questão de que essa dureza não alcançasse suas filhas. Hoje, é com alegria que ela conta a todos que tem duas filhas na Universidade Federal de Pernambuco. Esse orgulho e brilho nos olhos é o que nos motiva a nunca desistir. Agradeço ao meu avô, minha avó e meu tio, que me presentearam com um notebook quando fui aprovada na Universidade, e é com esse companheiro de jornada que escrevo e finalizo meu Trabalho de Conclusão de Curso. Aos meus irmãos, Débora e Davison, que foram e são grandes parceiros de vida e que logo serão os próximos formandos da UFPE. Por fim, agradeço ao meu pai, David, por me ensinar desde cedo que o estudo é a maior arma que podemos ter.

Gostaria de agradecer também aos meus companheiros de jornada, que fizeram a graduação ser mais leve, seja com apoio nos momentos difíceis, seja com uma boa partida de dominó. Lucas e Alice, certa vez li que “é se juntando com os bons que nos tornamos melhores”, e não há frase que descreva melhor nossa amizade. Agradeço por terem sido tão presentes e parceiros nessa jornada.

Gostaria de agradecer, principalmente, à minha orientadora, Delâine Cavalcanti Santana de Melo, um exemplo de assistente social e professora, que me acolheu com entusiasmo desde a sugestão do primeiro projeto de Iniciação Científica. É graças a profissionais como ela que me sinto mais que pronta para atuar como assistente social e, ao mesmo tempo, motivada a seguir na trajetória acadêmica. Registro também um agradecimento especial à assistente social do setor que nos apoiou ativamente na realização dos grupos focais.

Por fim, agradeço ao meu noivo Luigi Filipe, por ter sido meu porto seguro ao longo de toda a graduação. Obrigada por estar ao meu lado nos dias bons e, principalmente, nos dias difíceis, por ter sido meu ouvinte cativo nas longas explicações sobre o capitalismo, desigualdade social e tudo mais que me move nessa profissão.

Divido com todos eles cada conquista dessa etapa, com gratidão e amor.

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca contribuir na materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de ações cotidianas nos serviços das unidades hospitalares, acarretando mudanças nos modos de gerir e cuidar (Brasil, 2013). O Programa de Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento (2002), considera as suas prioridades concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal; a partir da adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Valorizar o nascimento como um evento existencial e sociocultural, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde reprodutiva. Um acompanhamento adequado durante a gestação é um ponto de que se pode partir para melhorar a Saúde Reprodutiva (Castro, 2003). Logo, os hospitais-escola podem ser determinantes na promoção de uma assistência materno-infantil de qualidade. Partindo desse pressuposto, o projeto teve como objetivo de estudar o atendimento a mulheres no pré-natal em um hospital-escola, a partir das narrativas dos/das participantes diretos no cenário da prática assistencial: mulheres atendidas e profissionais da equipe multidisciplinar. Como procedimentos metodológicos foram definidos levantamento bibliográfico, levantamento documental e coleta de campo, com aplicação da técnica de grupos focais, com dois sujeitos respondentes: mulheres atendidas no Ambulatório de Pré-Natal e profissionais da equipe assistencial. Na realização dos grupos focais participaram: 6 (seis) mulheres acompanhadas no Ambulatório de pré-natal e 3 (três) acompanhantes, sendo dois homens - companheiros de gestantes -, e uma mulher, mãe de uma gestante; Também participaram 3 (três) profissionais integrantes da equipe do Setor. Apesar das significativas transformações que a Política de Saúde no Brasil passou, ainda persistem desafios para um atendimento integral e de qualidade para a saúde da mulher. No trabalho, foram apontados retrocessos nos direitos das mulheres, principalmente no reacionário contexto brasileiro recente, o qual impôs restrições às conquistas de direitos e recrudescimento da ofensiva patriarcal para a manutenção da subalternização das mulheres. Ademais, nos grupos focais, as experiências compartilhadas pelos dois grupos de respondentes, demonstrou a presença de elementos relevantes da prática humanizada e apontou que a equipe atuante do Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE, busca assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no pré-natal. O atendimento recebido agrupa apoio, acolhimento e clareza das informações fornecidas nas diversas atividades propostas, com ênfase para se identificarem como pessoas com direitos. Tal feito representa uma melhora na experiência e fortalece seu protagonismo no processo de gestação e, quiçá, do parto e puerpério.

Palavras-chave: Humanização. Saúde da mulher. SUS. Pré-natal.

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH), launched in 2003, aims to contribute to the realization of the principles of the Unified Health System (SUS) through everyday actions within hospital unit services, resulting in changes in the ways of managing and providing care (Brazil, 2013). The Humanization of Childbirth Program – Humanized Prenatal and Birth Care (2002) prioritizes efforts to reduce the high rates of maternal, perinatal, and neonatal morbidity and mortality. This is achieved through the adoption of measures that ensure improved access, coverage, and quality of prenatal care, childbirth, postpartum, and neonatal assistance. Valuing childbirth as both an existential and sociocultural event plays a fundamental role in promoting reproductive health. Adequate monitoring during pregnancy is a key starting point for improving reproductive health (Castro, 2003). Hence, teaching hospitals can be crucial in promoting quality maternal and child care. Based on this premise, the project aimed to study prenatal care for women in a teaching hospital, using narratives from direct participants in the care setting: women receiving care and professionals from the multidisciplinary team. The methodological procedures defined included a literature review, document analysis, and field data collection using the focus group technique, with two categories of respondents: women receiving care at the Prenatal Outpatient Clinic and healthcare professionals. Participants in the focus groups included six (6) women receiving care at the Prenatal Outpatient Clinic and three (3) companions—two men (partners of pregnant women) and one woman (mother of a pregnant woman). Additionally, three (3) healthcare professionals from the sector's team took part. Despite significant transformations in Brazil's health policy, challenges still remain in providing comprehensive and quality care for women's health. The study highlighted setbacks in women's rights, especially within the recent reactionary Brazilian context, which has imposed restrictions on hard-won rights and intensified patriarchal efforts to maintain women's subordination. Moreover, the experiences shared by both respondent groups in the focus groups demonstrated the presence of significant elements of humanized care. They indicated that the team at the Prenatal Outpatient Clinic of the UFPE University Hospital seeks to ensure improved access, coverage, and quality of prenatal care. The care provided includes support, welcoming, and clear information across the various proposed activities, with an emphasis on recognizing themselves as individuals with rights. This represents an improvement in the overall experience and strengthens women's empowerment during pregnancy and, potentially, during childbirth and the postpartum period.

Keywords: Humanization. Women's health. SUS. Prenatal care.

LISTA DE SIGLAS ABREVIADAS

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP-UFPE - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco

CISMU - A Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

DNCr - Departamento Nacional da Criança

DSS - Determinantes Sociais da saúde

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HC/UFPE - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LGBTQIAPN+fóbica - Preconceito com Lesbicas, gays, bissexuais, trans, queer, intersexo, assexual, pansexual, não binário e mais.

MES - Ministério da Educação e Saúde

MMN - Movimento de Mulheres Negras

ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

ONU - Organização das Nações Unidas

PAIM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH - Política Nacional de Humanização

PPGAR - Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco

PrevSaúde - Programa de Ações Básicas de Saúde

PROGESTA - Programa de atenção à Gestante

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A INCIDÊNCIA FEMINISTA.....	15
2.1 Saúde da Mulher no Brasil: Aportes Fundamentais.....	15
2.2 A Pauta da Saúde da Mulher: Caminhos e Atualidade.....	20
2.3 Mulheres na Sociedade de Classes - Produção e Reprodução Social.....	26
3 ACHADOS DA PESQUISA: Vivências e Práticas Humanizadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.....	33
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
5 REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE	59
APÊNDICE A: Roteiro dos Grupos Focais.....	59
APÊNDICE B: Instrumental da Revisão Bibliográfica.....	60
APÊNDICE C: Instrumental da Revisão Documental.....	61

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Serviço Social, aborda o tema da efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSus - problematizada no contexto do acesso de mulheres ao pré-natal¹. O TCC resulta da pesquisa Assistência Humanizada a Mulheres no Pré-Natal em um Hospital-Escola, conduzida com base em um projeto homônimo, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE), por meio da Plataforma Brasil, com aprovação emitida no Protocolo de nº 66886423.6.3001.8807.

O estudo propôs-se a conhecer a experiência de mulheres atendidas durante o pré-natal em um hospital escola, refletindo sobre a assistência prestada à luz da Política Nacional de Humanização (PNH), sob o pressuposto de que práticas humanizadas em saúde, alinhadas aos princípios do SUS, acarretam mudanças nos modos de gerir e cuidar (Brasil, 2013).

A política HumanizaSUS preconiza a humanização como a inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, sendo pautada nos princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre atenção e gestão, bem como do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (Brasil, 2013). No campo da saúde da mulher - parto e nascimento -, visa a promoção da saúde reprodutiva e intenciona contribuir para atenção qualificada e valorização do nascimento como evento subjetivo e sociocultural.

Apesar disso, durante a pandemia, evidenciou-se que o Brasil retrocedeu na maioria das metas presentes nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Agenda de 2030, da Organização das Nações Unidas (ONU), principalmente no que diz respeito à melhoria da saúde materna (ODS 3). De acordo com Orellana et. al. (2024), durante os dois primeiros anos da pandemia, foram notificados 5.040 óbitos maternos, o que resultou em 69% de excesso de mortalidade materna em todo o país.

Ianne Oliveira (2024), afirma que o risco de uma mulher em um país de baixa renda morrer por causas relacionadas à maternidade é 120 vezes maior em comparação ao de mulheres que vivem em países de alta renda. Não diferentemente, a pesquisa publicada pelo jornal científico "The Lancet", afirma que o Brasil tinha uma estimativa de 153 mil mortes por ano em decorrência de atendimentos de má qualidade (G1, 2018). Cabe aqui destacar que o Brasil, embora integre o conjunto de países capitalistas de economia periférica, figura entre

¹Reconhecemos que não apenas mulheres vivenciam gestação e puerpério. Gestação, parto e puerpério vivenciados por homens trans complexifica a assistência em saúde e tem fomentado estudos e mobilização de movimentos sociais representantes da população LGBTQIAPN+. Durante nossa coleta de dados, no entanto, apenas mulheres cisgênero estavam sendo acompanhadas no pré-natal da instituição pesquisada.

as grandes economias do mundo. Entretanto, os indicadores econômicos não se expressam diretamente na melhora das condições de vida e tão pouco na efetivação do Sistema de Seguridade Social, o qual é constitucionalmente garantido e inclui a Política de Saúde.

O estudo demonstrou que, para a população empobrecida, a precarização do atendimento é mais comum. Essa precarização é por nós entendida como uma das expressões da questão social, que, no Serviço Social, é conceituada como “base de fundação socio-histórica da profissão, em seu enfrentamento pelo Estado, pelo empresariado e pelas ações das classe trabalhadoras no processo de constituição e afirmação dos direitos sociais” (Iamamoto, 2008, p.183).

Pari passu à desigualdade sistêmica da sociabilidade burguesa que sustenta a perenidade da questão social e a consequente vulnerabilidade socioeconômica a que são relegados amplos segmentos da classe trabalhadora brasileira, somam-se violações diversas de direitos humanos e sociais de forma articulada a sistemas de opressão que adensam as citadas expressões da questão social, como o cisheteropatriarcado e o racismo.

Essa complexa imbricação, é fortemente impactada pelas contrarreformas neoliberais implementadas no Estado brasileiro desde a década de 1990. A contrarreforma da saúde, que impõe desfinanciamento, sucateamento e fragmentação ao SUS, como política pública universal e integral, reflete-se gravemente na atenção prestada a mulheres, incluindo a particularidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Diante do exposto, pesquisar e problematizar a assistência pré-natal ante à preconizada humanização pareceu-nos pertinente para refletir sobre avanços e possíveis entraves à sua efetivação.

O estudo foi guiado pelo objetivo de estudar o atendimento a mulheres no pré-natal em um hospital-escola, a partir das narrativas dos/das participantes diretos no cenário da prática assistencial: mulheres atendidas e profissionais da equipe multidisciplinar. Ancorou-se no método crítico-dialético, que viabiliza o desvelamento da realidade, entendida como a “unidade do fenômeno e da essência” (Arcoverde *et al.* 2013). A autora argumenta que

isso se dá porque “o conhecimento é sempre processo que envolve um esforço de reconstrução da realidade em nossa mente [...]. O método dialético é o caminho pelo qual se pode desvendar a constituição do todo através de aproximações sucessivas, sem a pretensão de esgotar a complexidade e a dinamicidade do real (Arcoverde *et al.*, 2013, p. 106).

O método crítico-dialético permite conhecimento profundo, por aproximações sucessivas, sobre a natureza do objeto que busca se conhecer: o ser social historicamente situado na sociedade burguesa.

Como procedimento metodológico de coleta de dados de campo, adotamos a técnica

de grupo focal, a fim de conhecer as opiniões das usuárias e de profissionais sobre a existência de boas práticas no atendimento. Tendo em conta que o espaço de diálogo no grupo focal, os depoimentos das usuárias e das/dos profissionais sobre a experiência vivenciada na assistência pré-natal, agregaria elementos novos e diferenciados ao nosso debate. Conforme Maria Cecília Minayo (1998), essa técnica de pesquisa propõe-se à coleta de dados qualitativos a partir de interações grupais, tratando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atividades, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Em nosso entendimento, a aplicação da técnica cumpriu bem o alcance dos objetivos propostos, a partir do diálogo e socialização das concepções dos/das próprios/as participantes com riqueza de informações qualitativas. Possibilitou reflexões e ampliação do conhecimento sobre como se vem constituindo o atendimento a mulheres no ciclo gravídico-puerperal em um hospital-escola.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, com aprovação emitida no Protocolo nº 66886423.6.3001.8807. A partir disso, foram conduzidos dois grupos focais: um com mulheres atendidas no Ambulatório de Pré-Natal e outro com profissionais da equipe multidisciplinar do Setor, com o intuito de promover diálogo e reflexão sobre possíveis avanços e desafios institucionais da humanização e sua aplicabilidade no cotidiano de trabalho.

A realização de ambos os grupos focais demandou um roteiro-guia para os temas que foram abordados, juntamente com a gravação, filmagem e registros dos encontros, que possibilitou um processo mais preciso de análise do material coletado. Os grupos foram conduzidos por um diálogo informal, voltado à assistência prestada e ao atendimento recebido, tendo como referência a seguinte proposição:

- a) respeito à fisiologia do trabalho de parto, à garantia da presença de acompanhante(s) da escolha da mulher e ao suporte físico e emocional para ela e sua família; b) acatamento dos desejos da mulher expressos em seu ‘plano de parto’, construído ao longo da gestação junto com profissionais da saúde; c) ambiente para que ela seja a protagonista desses momentos tão carregados de sentido humano para ela ações educativas, como forma de possibilitar que as mulheres interfiram na relação assimétrica que mantinham com os serviços e profissionais da saúde (Deslandes, 2006; p. 360)

Para a condução da coleta de dados, as mulheres, seus/suas acompanhantes e os/as profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O primeiro

grupo focal aconteceu no dia 05 de outubro de 2023, onde participaram 6 (seis) mulheres² usuárias do Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Já no segundo grupo focal, realizado no dia 04 de abril de 2024, participaram 3 (três) profissionais, dos núcleos profissionais de Enfermagem, Medicina e Serviço Social.

Foram utilizados, também, os procedimentos metodológicos de levantamento bibliográfico e documental. O corpus bibliográfico foi composto por produções publicadas em meio eletrônico produzido por autores/as de referência ao debate do tema - artigos, livros - bem como consulta à produção acadêmica disponibilizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Apêndice B).

Os trabalhos foram selecionados a partir da aproximação com o objeto de estudo, para melhor entendimento e aprofundamento dos elementos que o compõem, incluindo assim fontes secundárias. Não diferentemente, o corpus documental foi composto pelo levantamento de documentos referentes a programas e políticas de humanização e assistência ao parto, além de portarias ministeriais relacionadas ao tema do estudo (Apêndice C). Assim, foram utilizados na pesquisa:

1. **Pauta de Obstetrícia do Recife:** “*Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico puerperal*”
2. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde:** “*Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento*”
3. **Política Nacional de Humanização (PNH)**
4. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990:** “*Estatuto da Criança e do Adolescente*”
5. **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*”
6. **PORTARIA Nº 569, DE 01 DE JUNHO DE 2000:** “*Portaria que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.*”
7. **LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003:** “*Lei da notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados*”
8. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005:** “*Lei de garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*”

² Três delas com acompanhantes - dois companheiros e uma mãe

9. **LEI N° 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007:** “*Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*”
10. **LEI N° 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008:** “*Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS.*”
11. **PORTARIA N° 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015:** “*Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”

Destarte, a partir do levantamento bibliográfico, levantamento documental e da coleta de campo, foi ratificada a importância do atendimento qualificado e humanizado no pré-natal, o que não apenas melhora a experiência das mulheres, mas fortalece sua posição como protagonista do processo de gestação e parto, contribuindo para sua autonomia e respeito aos seus direitos. Segundo a Prefeitura do Recife (2008), o parto humanizado é uma decisão interior de todos que fazem a obstetrícia, assim, aquela que vai dar à luz deve ser apoiada, tratada com respeito e liberdade.

Com base nas prioridades do Programa de Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento (2002), a pesquisa apontou que a equipe atuante do Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE, presta uma assistência que busca assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no pré-natal. Visto que, de acordo com a Política Nacional de Humanização, humanizar se traduz como a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (Brasil, 2013).

Segundo Margaret Kruk et al. (2018), existem amplos pontos obscuros em áreas de pesquisa, principalmente voltadas a experiência do/a usuário/a, a confiança no sistema e o bem-estar das pessoas. Isso configura no campo da saúde disputas de poder, considerando um maior valor social a determinados campos de pesquisa em detrimento de outros. A partir disso, as conclusões desse estudo se baseiam nos relatórios orais, relatórios descritivos e relatórios analíticos que foram realizados mediante percepções das/os participantes dos grupos focais, sobretudo nas narrativas das mulheres atendidas.

O Hospital-Escola foi escolhido, principalmente, considerando sua natureza pedagógica e formativa de profissionais de saúde, que são determinantes na promoção da assistência de qualidade. Em nosso estudo, foi identificado o atendimento qualificado e humanizado, alinhado ao princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos da PNH. Nesse sentido, destacamos o respeito às preferências das pacientes, orientações sobre opções de contracepção, encorajamento às suas escolhas e

necessidades e apoio na elaboração do plano de parto, o qual é considerado

[...] uma maneira de dar autonomia e empoderamento para a mulher gestante, auxilia a equipe de saúde que irá atendê-la. Muitos são os profissionais que ainda desrespeitam o que é recomendado, e realizam procedimentos desnecessários, mesmo o plano de parto sendo sugerido pela a própria OMS (Torres e Rached, 2017, p. 1).

O estudo empreendido ressalta a relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento como marcos brasileiros para a promoção de boas práticas de cuidado na assistência às mulheres e pessoas que gestam, como indutora de processos diferenciados de gestão e cuidado. Discutir essa temática e o fortalecimento da humanização, conclui-se como essencial contributo ao fomento da almejada efetivação da saúde baseada na cidadania.

Outro ponto de nosso interesse, foi nos aproximar da prática profissional do Serviço Social na Saúde da Mulher, campo tão crivado por conservadorismo e, ao mesmo tempo, politizado pela presença do Serviço Social, considerando que a profissão “inseriu o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades” (Sodré, 2010, p. 454).

Para tanto, o presente trabalho foi estruturado em 4 capítulos, incluindo a Introdução e as Considerações Finais. O segundo capítulo aborda as motivações para a propositura do trabalho, o delineamento metodológico da pesquisa; apresenta os procedimentos de coleta de dados com a realização de grupos focais. No terceiro capítulo, em seu primeiro tópico, debatemos a influência do movimento feminista na construção histórica das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no Brasil. O segundo tópico trata do percurso histórico da Política de Saúde no Brasil, com ênfase na constituição das políticas voltadas à saúde da mulher. O tópico número três se debruça sobre a construção histórico-social do patriarcado e sua articulação com o racismo e o capitalismo, evidenciando como essas estruturas se entrelaçam para sustentar as desigualdades de gênero, raça e classe social.

No terceiro capítulo, no primeiro tópico, é abordado a Política Nacional de Humanização (PNH) e suas diretrizes, além de pontuar para a atuação do Serviço Social na defesa dos direitos das usuárias e na promoção de práticas humanizadas em saúde. No segundo tópico é exposto as opiniões das mulheres atendidas no Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE e de seus acompanhantes, a partir do grupo focal. O terceiro tópico relata o segundo grupo focal, realizado com profissionais do Ambulatório de Pré-natal

do HC/UFPE. A discussão traz a reflexão quanto a humanização no atendimento e os desafios enfrentados no cotidiano dos profissionais que podem influenciar no atendimento prestado às gestantes.

Por fim, temos as considerações finais que abordam, de acordo com a construção do texto e da discussão levantada, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento são marcos brasileiros para a promoção de práticas de cuidado na assistência materno-infantil. A discussão da temática e o fortalecimento da humanização, conclui-se como essencial contributo ao fomento da almejada prática de saúde baseada na cidadania.

2 SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E A INCIDÊNCIA FEMINISTA

2.1 Saúde da Mulher no Brasil: Aportes Fundamentais

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um dos direitos de cidadania, ficando sob a responsabilidade do Estado assegurar esse direito universal via efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto das lutas pela redemocratização, o movimento sanitário lutava pela universalização da saúde. Segundo Sylvio Cruz (2024)

[...] a luta pela universalização da saúde aparece como parte intrínseca à luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania [...] As reformas sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média (Cruz apud Teixeira, 2009, p. 157).

A Constituição de 1988 foi um documento jurídico de real importância para a cidadania feminina, tornando-se um marco na defesa de direitos igualitários para as mulheres, nunca antes vivenciado (Lima, 2016). Anteriormente, na década de 1970, com o Brasil sob regime militar, o período foi marcado pelas mobilizações de diversos movimentos sociais que lutaram contra a ditadura, participando e organizando diferentes ações pela redemocratização.

Paloma Silveira, Jairnilson Paim e Karla Adrião (2020) pontuam que as conquistas do Movimento Sanitário está também atrelada à luta dos movimentos feministas, que ocasionaram mudanças nas concepções sobre os lugares das mulheres, refletidas, mesmo que apenas no plano formal, na definição sobre a sua saúde. A perspectiva de saúde emergia, no cenário dos feminismos, como um espaço para mostrar como a procriação era um lugar de aprisionamento e de redução da dimensão humana das mulheres.

O ano de 1975 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o Ano Internacional da Mulher. Foi reconhecido por algumas feministas como marco importante de organização e reorganização das ações dos movimentos no Brasil (Silveira, Paim e Adrião, 2020). Ademais, no início dos anos de 1980, foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo, o primeiro órgão de governo destinado a atuar em prol dos direitos das mulheres. Logo, em 1985, foi criado, pelo governo federal, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), tendo sido mais uma conquista dos movimentos de mulheres e feminista.

Também, segundo Cristiane Delfino (2022), na 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a participação marcante das mulheres possibilitou o desvendamento das especificidades da saúde da mulher, proporcionando a convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Apesar disso, não se observaram melhorias significativas nas condições da saúde reprodutiva. Portanto, manifestou-se o interesse dos movimentos em permanecer reivindicando uma política de saúde reprodutiva, que contrastasse com a esterilização em massa das mulheres brasileiras, conduta assumida durante o regime militar.

Os movimentos feministas e de mulheres buscavam uma nova perspectiva, assumindo que qualquer atividade voltada para a regulação da fecundidade deveria fazer parte de uma abordagem integral da saúde da mulher e dos direitos das mulheres (Nagahama e Santiago, 2005). Esses movimentos feministas ocuparam a arena política em defesa da saúde integral das mulheres sendo contra iniciativas eugenistas, de controle e violação de seus corpos (Malavé-Malavé, 2023). Ganhando assim, destaque nas esferas do poder público, colocando a questão da sexualidade feminina em outros termos, deslocando o eixo da discussão sobre anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres (Nagahama e Santiago, 2005).

Salienta-se que o movimento feminista era composto, principalmente, por mulheres brancas, de classe média e com formação universitária. Havia forte presença de um discurso feminista patrocinado pela classe dominante, que ecoava uma falácia sobre a sororidade pela qual as mulheres negras eram isentas. Dessa forma, o feminismo negro se fez necessário, pois não tinha qualquer afinidade com as pautas de reivindicações que as feministas brancas faziam parte (Dias et al, 2021). As mulheres negras questionaram a ausência da temática racial no movimento feminista, conforme segue:

o 3º Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, [...] foi fundamental para a mobilização do feminismo negro. Nesse evento, ativistas negras apresentaram suas demandas relativas à luta contra a violência doméstica, ao combate a práticas

racistas no mercado de trabalho e, principalmente, a assuntos relativos à saúde, como mortalidade materna e saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras (Damasco; Maio e Monteiro, 2012, p.135).

Portanto, no campo da saúde, tais conquistas foram materializadas pela mobilização do movimento feminista e luta pela redução das desigualdades vivenciadas pelas mulheres. Não diferentemente, com fortes influências do feminismo negro, sendo exemplos dessas conquistas: a Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras (1990), consolidado a partir das denuncias da esterilização cirúrgica que atingiam majoritariamente as mulheres negras; também o Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, cujo proposta levada serviu de base para a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263 (Damasco; Maio e Monteiro, 2012).

Ainda sobre a luta do movimento sanitarista e do movimento feminista, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020), ao tratar da fala de Vanja Andréa Reis dos Santos, afirma que

A sanitarista lembra que “o movimento de mulheres sempre esteve envolvido nessa luta por garantir o direito à saúde” e que “a implementação do SUS foi uma bandeira travada não apenas pelo movimento sanitarista, mas também pelas mulheres, pelos trabalhadores porque naquele momento a gente ansiava por um serviços de saúde que atendesse o Brasil” (COFEN, 2020, s.p.).

É importante destacar que muitas foram as conquistas dos movimentos feministas nos marcos jurídico-legais brasileiros: direito ao voto feminino (1932), direito ao voto sem autorização do marido (1946), reconhecimento de igualdade entre homens e mulheres (1988), eliminação da justificativa de falta de virgindade para anulação do casamento (2002), Lei Maria da Penha (2006) - Lei nº 11.340/2006, Lei do Feminicídio (2015) - Lei nº 13.104/2015, Lei da importunação sexual feminina (2018) - Lei nº 13.718/2018, a Lei de combate a repressão política contra mulheres (2021) - Lei nº 14.192, de 4 de agosto de 2021 e a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental (2025) - Lei nº 15.139/2025.

A trajetória histórica das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres no Brasil evidencia a força dos movimentos de mulheres, especialmente os feministas, na reconfiguração das práticas e discursos em torno da saúde feminina. Ficou claro que a luta das mulheres ocupou papel central na defesa da saúde como direito, reivindicando políticas públicas que reconhecessem suas especificidades e garantissem o cuidado integral, para além da função reprodutiva.

Portanto, esse conjunto de marcos e políticas assumem importância fundamental para a proposição e a execução de ações para a saúde das mulheres (Malavé-Malavé, 2023).

Entretanto, apesar dessas conquistas, a saúde da mulher é altamente afetada pelos avanços do neoconservadorismo no país. Segundo Maria Lúcia Barroco

o neoconservadorismo consiste na junção entre os valores do conservadorismo moderno e os princípios do neoliberalismo. Do conservadorismo clássico, preservam-se a tradição, a experiência, o preconceito, a ordem, a hierarquia, a autoridade, valorizando-se as instituições tradicionais, como a igreja e a família patriarcal (Barroco, 2015 *apud* Barroco, 2022, p. 02).

O avanço neoconservador sobre a saúde da mulher e os direitos sexuais e direitos reprodutivos, promove retrocessos significativos na agenda democrática e nos direitos conquistados. Nesse aspecto, a chegada do movimento neofascista no país se deu a partir das manifestações de junho de 2013 e das mobilizações pela deposição de Dilma Rousseff. Diversos retrocessos foram implementados na história brasileira recente, após o golpe de 2016. Marca dos governos dos Presidentes Michel Temer e Jair Bolsonaro - o estrangulamento orçamentário das políticas voltadas às mulheres e a forte ofensiva sobre a pauta da institucionalização do direito à vida desde a concepção, o que incluiu o ataque aos permissivos legais do aborto, vigentes no país desde 1940, ameaçando o acesso de meninas e mulheres vítimas de violência sexual à realização do procedimento no SUS.

Portanto, o conservadorismo aliado ao fundamentalismo religioso, sob influência de igrejas pentecostais e neopentecostais, avança na retração de direitos (Medeiros, 2024). O Brasil retrocedeu com um Congresso caracterizado por parlamentares evangélicos e de outras frentes conservadoras, quase sempre racista, misógina e LGBTQIAPN+fóbica. Do mesmo modo, o autor afirma que a democracia vai sendo mutilada, o que minguam as possibilidades de ampliar direitos reprodutivos, isso devido ao desafio de garantir a laicidade e alcançar a ampliação dos direitos das mulheres. Como exemplo, em maio de 2019

o Ministério da Saúde tornou público um despacho proibindo o uso do termo violência obstétrica em suas normas e políticas. No mesmo mês, por meio do Decreto 9.795, extinguiu o departamento que, no Ministério da Saúde, cuidava da política de enfrentamento à epidemia de AIDS [...] A humanização do atendimento às vítimas de violência sexual deixou de ser uma diretriz, como é exemplar a Portaria 2.282, substituída pela Portaria 2.561, ambas de 2020. Essa última, mesmo excluindo os excessos da primeira, mantém a recomendação de que médicos e profissionais da saúde notifiquem a polícia ao acolherem mulheres vítimas de estupro que procurem uma unidade de saúde pública para realizar seu direito (Ribeiro, 2021, s.p.).

Isso pode ser demonstrado através da redução dos recursos disponíveis para os programas e políticas voltadas à igualdade de gênero, que é uma marca do período pós-golpe. Segundo Cristina Ribeiro (2021), a partir de 2017, primeiro ano em que o orçamento foi

elaborado pelo governo Temer, o total executado caiu. Em 2019, a execução correspondeu a 49 milhões, que representava apenas 36% do total executado no último ano do governo Dilma. A partir de 2020, não havia nem mesmo um programa orçamentário específico para as políticas das mulheres. Portanto, é evidente que após o golpe de 2016 os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram amplamente afetados. Esse retrocesso é percebido durante os governos de Temer e Jair Bolsonaro, com o estrangulamento orçamentário das políticas públicas voltadas as mulheres e a mudança nas regras de aborto legal, que passou a prevê uma notificação a autoridades policiais para que vítimas de estupro pudessem realizar o procedimento.

Tal movimento busca atingir o direito ao aborto, não dando espaço para a expansão desse direito, mas sim buscando a sua desconstrução e, inclusive, criminalização. Esse pensamento extremamente conservador se alia ao fundamentalismo cristão que acaba por puxar outras frações da classe, como trabalhadores da massa marginal sob influência das igrejas pentecostais e neopentecostais (Medeiros, 2024). Por isso, o Brasil retrocedeu nos últimos tempos quando o Congresso se abarrota de parlamentares evangélicos, cujos mandatos estão ancorados na misoginia (Brito, 2024).

Os retrocessos podem ser observados também pela precariedade dos serviços de saúde da mulher durante a pandemia. De acordo com Conselho Federal de Enfermagem (2020), houve subnotificação no total de grávidas com covid-19 contabilizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, o Brasil teve altas taxas de mortalidade materna durante o período da emergência sanitária.

Outro braço do conservadorismo tem sido a disputa em relação ao modelo de família a ser reconhecido jurídica e institucionalmente. Muitos Projetos de Lei voltados à restrição da autonomia das mulheres sobre seus corpos, enaltecendo a família tradicional e rechaçando o pensamento crítico foram propostos (Medeiros, 2024, p. 07), dentre esses:

- o Projeto de Lei nº 6.583/2013, que propõe reconhecer como família apenas famílias cis-heteronormativas;
- o Projeto de Lei nº 5.069/2013, que obstaculiza o direito constitucional de mulheres vítimas de violência sexual realizarem o procedimento de abortamento legal no Sistema Único de Saúde (SUS);
- o Projeto de Lei nº 478/2007, propõe o Estatuto do Nascituro e prevê direitos ao embrião desde a concepção e torna o aborto crime hediondo;

- o Projeto de Lei nº 7.180/2014, conhecido como Lei da Mordaça ou Escola sem Partido.

Conclui-se, portanto, que há retrocessos nos direitos das mulheres em contextos reacionários, esses direitos são perseguidos e há uma busca em reforçar a submissão das mulheres, sob o véu discursivo da proteção à família. Como dito por Simone de Beauvoir, “*basta uma crise política, econômica e religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados*”. Dessa forma, reforça-se a importância da luta por direitos amplos, o que inclui acesso à saúde integral e equânime, com promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais.

Ainda que considerando os limites e ameaças, a Política de Saúde da mulher no Brasil está intrinsecamente vinculada à ação dos movimentos feministas, que reconfiguraram o campo da saúde como espaço de disputa política, sobretudo a área técnica da saúde da mulher. Tendo como horizonte a emancipação, requer-se que esses direitos sejam reconhecidos como valores democráticos e que estejam presentes na agenda política nacional.

2.2 A Pauta da Saúde da Mulher: Caminhos e Atualidade

Como exposto anteriormente, a Política de Saúde no Brasil passou por muitas transformações. No período de 1930 a 1940, teve início com as ações sanitárias e assistenciais incipientes. De acordo com Gilberto Hochman (2005), durante o primeiro governo Vargas instaurou-se um regime que prometia um novo começo: uma república nova em um país renovado. Os ideais de formação de um Estado robusto e centralizado pareciam se concretizar com a constituição de um aparato governamental que alcançasse todo o território nacional, integrando as esferas federal, estadual e municipal em um projeto político-administrativo unificado.

Os marcos da saúde nesse período incluem a reforma do Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES). Em termos de criação institucional, houve o surgimento das Delegacias Federais de Saúde. Dessa forma, o Governo Federal ampliou sua presença nas regiões do país, implementando e supervisionando as ações de saúde pública, transformando cada delegacia federal de saúde em um braço do Ministério (Hochman, 2005). Durante esse período, também foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que, de acordo com Gilberto Hochman (2005), buscavam estabelecer parâmetros mais precisos nas relações e atribuições da União com os estados e municípios.

A Primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre os dias 10 e 16 de novembro de 1941. Ressalta-se que a atenção voltada à saúde materno-infantil ocupava uma posição particular nas propostas para a política de saúde. Na reforma de 1937, foi criada a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Entretanto, apesar dessas conquistas, a atenção à saúde ainda estava fortemente voltada às doenças infectocontagiosas, sendo que

as preocupações com a saúde do homem rural estavam diretamente vinculadas a doenças infecto-contagiosas, que implicavam riscos à coletividade, e marcaram a atuação do MES. Toda a estrutura administrativa se construiu tendo como prioridade o combate às doenças transmissíveis eleitas como prioritárias, como pode ser observado na organização dos serviços nacionais (Hochman, 2005; p. 136).

Apesar disso, foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCr), como um desdobramento da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. O DNCr foi o primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil. De acordo com Elizabeth Nagahama e Maria Santiago (2005), suas diretrizes de trabalho visavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. As autoras (Tyrrell & Carvalho, 1995 apud Nagahama e Santiago, 2005), ainda apontam que existiram duas visões quanto ao significado da atenção prestada, sendo elas:

- 1. A reprodução se constituía em uma função essencialmente social, interessando muito mais à sociedade que ao indivíduo;*
- 2. Encarava-se as práticas de higiene como defesa e conservação da vida.*

No Brasil, despontava a preocupação do governo com a redução da mortalidade infantil, ainda que não estivesse na pauta do governo as condições de saúde da mulher (Cassiano, 2014). Essa estava centrada na perspectiva da reprodução para a criação de braços fortes para o trabalho, atendendo aos interesses - que nunca foram superados - da reprodução social do capital, enquanto a mesma população permanecia sem direitos pessoais, sociais e econômicos.

Em 1978 e 1980, respectivamente, foram criados o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) e o Programa de Ações Básicas de Saúde (PrevSaúde). Mais adiante, em 1983, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O Programa surgiu como nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, sendo a primeira vez que o Estado brasileiro propôs explicitamente e implantou um programa que contemplava a regulação da fecundidade (Osis, 1998).

Ademais, o programa foi pioneiro, no Brasil e no mundo, ao propor uma programática para a atenção integral à saúde da mulher a partir de atendimento clínico-ginecológico-obstétrico, voltado ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e do puerpério, mas também assumiu uma perspectiva educativa e de iniciativas de planejamento familiar. De acordo com Maria José Osis (1988),

[...] o conceito de integral deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o integral se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Em termos pragmáticos, que o médico, ao prestar assistência, conhecesse a mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto sócio-econômico (Osis, 1988, p. 29).

Cabe destacar que, à época, o acesso formal e sistemático à assistência à saúde era limitado às/aos trabalhadoras/es contribuintes da Previdência Social e seus/suas dependentes, ou seja, àqueles que possuíam vínculo empregatício, sendo atendidas/os pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Grande parte da população brasileira, constituída por trabalhadoras/es informais, recebiam atenção pontual, quase sempre na lógica campanhista³, estando à mercê da prestação de assistência por instituições filantrópicas de saúde. Isso revela o tratamento desigual ao qual esteve submetida a população brasileira, marcado pela completa ausência ou pouca intervenção do Poder Público (De Moura, 2013).

Foi apenas com o movimento da sociedade brasileira pela democratização que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, que a saúde foi consagrada como um direito social fundamental e a saúde da mulher conquistou outro nível de atenção. Do mesmo modo, Gilberto Hochman (2001) afirma que a busca pela construção da identidade nacional passava também pela construção do poder público, que, por meio dele, integraria todo o país. Segundo Sylvio Cruz (2024):

[...] surgiram reclamos da sociedade civil por uma maior participação democrática e por uma gestão dos fundos públicos como princípios norteadores para um novo sistema de proteção social. Pressões provenientes da sociedade civil organizada propiciaram a elaboração de uma Constituição Federal (1988) que cindiu com o padrão conservador - meritocrático - particularista das políticas públicas (DRAIBE, 1993). Assim, surgiram vários movimentos sociais, reivindicando direitos de cidadania e assumindo um papel substantivo na arena política nacional. Esse conjunto de atores possibilitou o estabelecimento de uma das bases ideárias da Reforma Sanitária (RS), instalando as precondições para ampliar a presença da sociedade civil na definição das políticas de saúde, na organização e no funcionamento do sistema de saúde (Cruz, 2024, pg.300) .

³ Modelo de atenção à saúde baseado em ações pontuais e emergenciais, sem continuidade.

Portanto, é evidente que a ação do Movimento Sanitário influenciou a adoção do posicionamento político da saúde como um direito de todos. Assim, o direito à saúde passou a integrar a ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social (De Moura, 2013). A Constituição Federal de 1988 reconheceu, em seu Artigo 196, "a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário" (Brasil, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, sob influência do Movimento Sanitarista e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), resultou na integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada, em que há competência comum de todos os entes federativos para o cuidado em saúde (Santos, 2017).

A Política de Saúde, antes caracterizada pela individualização do processo saúde-doença, por ações campanhistas e levantamentos diagnósticos pontuais, passou a reconhecer os determinantes sociais da saúde como fatores que influenciam o modo de viver e adoecer. De acordo com Júlia Garbois et al (2017), a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), formalizada pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, criada em 2006, teve como foco principal a análise das desigualdades, refletidas nas disparidades das condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas repercussões sobre a morbidade e a mortalidade entre os diferentes grupos sociais. Tal perspectiva foi incorporada ao SUS como mais um eixo para as ações de saúde no país.

O SUS, como política pública universal, por si só, com seu ideário e força inovadora, constituiu-se em indubitável conquista. É importante mencionar, a expressiva ampliação da cobertura e do acesso ao sistema de saúde por parte da população; fato que se expressa de forma clara nos resultados ao longo dos anos de sua implementação. De acordo com Gerson Foratori-Junior e Julian de Souza (2021),

a cobertura da ESF em 2010 era de 13 milhões de pessoas (8% da população) e em 2018 alcançou, aproximadamente, 154 milhões pessoas, correspondendo à 74,5% da população. Desta forma, a ESF é considerada a maior iniciativa de cuidados primários em saúde do mundo (BASTOS et al., 2017). O Programa Nacional de Vacinação resultou no controle e erradicação de doenças através da cobertura vacinal gratuita para 20 doenças. Reconhecido internacionalmente, esse programa caracteriza o desenvolvimento tecnológico do país (DOMINGUES et al. 2020). O Brasil foi pioneiro no tratamento do HIV/AIDS. Dados de 2019 mostram que dentre os pacientes que vivem com HIV/AIDS, 89% foram diagnosticados no sistema

público, 69% iniciaram o tratamento antirretroviral e 65% alcançaram a supressão da carga viral (BRASIL, 2020). O SUS apresenta uma forte política de transplantes, sendo que 90% de todos os transplantes realizados no país são realizados no sistema público (Foratori-Junior e De Souza, 2021; p. 153 e 154).

As mudanças reverberaram também na área de saúde da mulher e assim foi implantado, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o principal objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País, bem como de promover a humanização da assistência ao parto. Característica do investimento na humanização foi a contratação de enfermeiras obstetras nos serviços de risco habitual a fim de contribuir na superação do modelo médico intervencionista hegemônico. Apesar disso, verificou-se que o programa não teve o alcance esperado, pois apresentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais (Cassiano, 2014).

A Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), criada em 1993, foi o espaço prioritário de debate e elaboração sobre a alteração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada pelo Ministério da Saúde em maio de 2004, implantada como resultado de uma forte incidência feminista. Enfatiza-se que a PNAISM alavancou discussões quanto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, humanização do parto, combate à violência contra a mulher, atenção aos cânceres de mama e útero, bem como à saúde das mulheres negras, indígenas e lésbicas.

A PNAISM aponta para a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, como também para as questões de desigualdades de gênero, que são determinantes nas condições de saúde das mulheres. Segundo Cristiane Delfino (2022), a principal diferença entre o PAISM e a PNAISM foi a incorporação do debate acerca das desigualdades de gênero. Assim, a PNAISM aponta que as desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam diretamente nas condições de vida e saúde das mulheres. Segundo Elizabeth Nagahama e Maria Santiago (2005; p. 654), “essa mudança foi impulsionada por três forças: pressões internacionais sobre os chamados países em desenvolvimento e o controle do crescimento populacional; pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial”.

Nessa direção, a saúde da mulher, até então atrelada ao enfoque materno-infantil, ampliou-se para abranger os ciclos de vida, agregou o debate sobre equidade de raça, gênero e sexualidades. Posteriormente, a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Lei do Planejamento Familiar, foi integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando, em seu Artigo 5º, que é “dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde [...] promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar”.

Apesar disso, a atenção à saúde feminina ainda estava fragmentada, composta predominantemente por serviços isolados, com precária organização para operar na lógica de redes de cuidados progressivos, práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas, marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Ante à ofensiva neoliberal e à implementação contínua de contrarreformas no Estado brasileiro desde a década de 1990, a superação dessa fragmentação é difícil e complexa. A Presidência da República, quando assumida pelo Partido dos Trabalhadores - Presidente Lula e Presidenta Dilma Rousseff - mobilizou esforços e investimentos para qualificar a atenção e gestão das regiões de saúde pelo Ministério da Saúde a fim de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas que acometem indivíduos e populações, embora também tenha sido mantida a participação da iniciativa privada na Saúde com contratualizações privatizantes.

Com ênfase na melhoria da assistência à saúde da mulher e da criança, o Ministério da Saúde implementou em 2011, no âmbito da organização de Redes de Atenção à Saúde Temáticas, a Rede Cegonha, voltada à atenção à gestante e à criança de até 24 meses. Tendo sido uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) de enfrentamento à mortalidade materna, violência obstétrica e baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento. Assim, mediante ao reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, foram pautados, no campo da saúde reprodutiva: gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual. A iniciativa apesar de inovadora, permanece muito distante do proposto por Maria Betânia Ávila, pesquisadora feminista, ao afirmar que

direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática (Ávila, 2003, p. 2).

A Rede Cegonha previa a oferta de ações voltadas à ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, objetivando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Giovanni, 2014), revelando a permanência da ênfase na atenção materno infantil. Destaca-se que a Rede Cegonha foi recentemente, em 2024, reestruturada pelo Governo Federal com o compromisso de “diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027”. Outra mudança, é que recebeu um novo nome: Rede Alyne

O nome Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, carioca, preta, de origem humilde, que morreu grávida de seis meses por desassistência no município de Belford Roxo em 2002. Por conta disso, o Brasil tornou-se o primeiro caso no mundo de uma condenação em corte internacional por morte materna evitável, reconhecida como violação de direitos humanos das mulheres a uma maternidade segura (Conselho Nacional de Saúde, 2024).

A ampliação do acesso à atenção básica e a implementação de políticas como a PNAISM e a Rede Cegonha/Rede Alyne, apontam para avanços, mas há muitos limites. A própria efetivação do SUS é ainda um porvir que lutamos por alcançar, no qual nenhuma mulher seja vítima da desassistência como foi Alyne Pimentel.

Destacamos um recente e importante aporte legal à humanização na área de Saúde da Mulher: a instituição da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, a qual tem o objetivo de “assegurar a humanização do atendimento às mulheres e aos familiares no momento do luto por perda gestacional, por óbito fetal e por óbito neonatal, e ofertar serviços públicos como modo de reduzir potenciais riscos e vulnerabilidades aos envolvidos” (Brasil, 2025, s.p.). A Lei foi publicada em 26 de maio de 2025, no Diário Oficial da União e emerge como mais um subsídio ao processo de humanização do período gravídico-puerperal.

Destarte, diante do breve panorama histórico traçado neste capítulo, evidencia-se que a Política de Saúde no Brasil passou por significativas transformações, incluindo a saúde da mulher e a saúde materno-infantil. A atuação do Estado, antes marcada por uma visão restrita da reprodução humana, subordinando os direitos individuais à lógica do desenvolvimento nacional e da higienização social, modificou-se, com a consolidação do SUS e a luta feminista.

2.3 Mulheres na Sociedade de Classes - Produção e Reprodução Social

Os sistemas de exploração e opressão - a escravidão e o patriarcalismo - são estruturas combinadas e sistêmicas constituintes do processo de formação socio-histórica brasileiro, lançam as raízes da nossa questão social (Da Silva, 2012). Tais raízes conformaram as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais presentes desde a colonização. Jessé Souza (2000) informa que

na política e na cultura essa sociedade estaria fundamentada no particularismo da família patriarcal para Gilberto Freyre. O chefe da família é senhor de terras e escravos era autoridade absoluta nos seus domínios, obrigando até El Rei a compromissos, dispondo de altar dentro de casa e exército particular nos seus territórios (Souza, 2000; p. 75 *apud* cf. Freyre, 1957, p. 17-18).

As teorias do patriarcado e de gênero, problematizam a dicotomia entre a esfera pública e a esfera privada “nas análises generificadas, estabelecendo a família e a política como *locus* privilegiado da pesquisa feminista” (Sento-Sé, 2024, p. 2). O matrimônio configurava-se como contrato supremo que materializa o pátrio poder e as normas de gênero até o século XIX (Andrade, 2021). Os homens detinham autoridade e representavam o poder político e econômico; as mulheres e seus descendentes deviam obediência e submissão ao pai ou ao marido (Andrade, 2021). Do mesmo modo, Noli Hahn e Tassiara da Silva Senna (2020), p. 263), afirmam que “o patriarcado tem duas vertentes: a dominação do pai e a dominação do marido, que refere-se às relações familiares, determinando obediência e subordinação da mulher primeiramente ao pai e depois ao cônjuge. Sendo as mulheres subordinadas aos homens enquanto homens”. Nesse sentido, o direito paterno é uma dimensão do poder patriarcal, ao mesmo tempo em que o poder do pai é posterior ao exercício do direito do marido (Pateman, 1993).

Nessa organização, às mulheres cabe uma posição de subordinação e de cumprimento de responsabilidades ligadas à casa e à família, instituídas pelos valores convencionais que sustentavam a restrição delas em atividades públicas, fossem de educação ou trabalho remunerado. Tal fato ainda reflete nos tempos atuais, visto que essa construção histórica sustenta-se até hoje na divisão sexual do trabalho. Assim, desigualdades e explorações que moldaram o período colonial persistiram, traçando linhas na história e delineando a estrutura da sociedade brasileira.

Segundo Maria Bellotti (2024), nas sociedades pré-capitalistas a mulher desempenhava papel economicamente relevante no sistema produtivo; entretanto, com o desenvolvimento do capitalismo, e a consequente fragmentação das esferas pública e privada,

tarefas tradicionalmente desempenhadas pelas mulheres foram marginalizadas. Ou seja, um trabalho que antes era valorizado e reconhecido como essencial para o bem comum, passou a ser requerido como uma obrigação natural das mulheres.

A fragmentação entre a esfera pública e a esfera privada, referenciou a mulher a esta última com requisições atreladas à dimensão da reprodução social - função de gestação e maternagem, cuidado da família - marido e prole - corroborando, assim, para que a estrutura patriarcal e desigual se mantivesse firme e inalterada. Heleieth Saffioti (2013) nomeia tal fato como “desvantagem social de dupla dimensão”, a qual responsabiliza a mulher pelo trabalho doméstico, ao mesmo tempo em que justifica sua exclusão das funções produtivas conforme o desenvolvimento do sistema capitalista de produção.

Entende-se dois conceitos como elucidativos das desigualdades impostas às mulheres, um destes é o conceito de gênero. Ana Beatriz Castro *et al* (2018), discute que os estudos de gênero não têm como finalidade apenas analisar as diferenças entre os sexos, mas também a maneira como ambos se relacionam. A autora dialoga com o pensamento de Mirla Cisne (2012), que afirma que “gênero” possibilita analisar a subordinação da mulher ao homem, devendo sempre ser analisada de forma relacional ao homem. O conceito de gênero não trata de descrever diferenças, mas sim compreender como essas diferenças são construídas, legitimadas e reproduzidas socialmente. Tal intento, o consolida como categoria analítica potente para compreensão do contexto em que as relações entre homens e mulheres se estabelecem.

O segundo conceito indispensável é o de patriarcado, que é o sistema de dominação-exploração das mulheres pelos homens. Segundo Heleieth Saffioti (2004)

[...] o patriarcado não diz respeito ao mundo público ou, pelo menos, não tem para ele nenhuma relevância. Do mesmo modo como as relações patriarcais, suas hierarquias, sua estrutura de poder contaminam toda a sociedade, o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas impregna também o Estado (Saffioti, 2004, p. 57).

Assim, o patriarcado não só quer controlar a vida das mulheres no âmbito privado, mas se alastra para os ambientes públicos; a diferença sexual é convertida em diferença política, passando a se exprimir em liberdade - masculina - ou em sujeição - feminina. Assim, o patriarcado é uma expressão do poder político (Saffioti, 2004). De acordo com Carole Pateman (1993, p. 24), “os capitalistas podem explorar os trabalhadores e os maridos podem explorar as esposas porque trabalhadores e esposas constituem-se em subordinados através dos contratos de trabalho e de casamento”.

Portanto, é possível compreender que a ordem social é mantida, em grande parte, através da estrutura das relações patriarcais e tal fato gera um considerável impacto sobre as mulheres trabalhadoras, que, apesar de maior presença no mercado de trabalho, também aparecem, em maior número, em atividades informais e precarizadas. A ordem burguesa imbricada à ordem patriarcal, conduz estratégias do capital para manter a exploração e a opressão, sendo que a exploração sistêmica do trabalho retroalimenta as muitas desigualdades.

Paralelamente a tais fatores, ao refletir criticamente sobre a conexão do trabalho reprodutivo e o racismo, constata-se que mulheres brancas tiveram maior acesso à educação e ao mercado formal de trabalho. Entretanto, as mulheres pretas e pardas não tiveram - nem têm - as mesmas oportunidades, mesmo após a abolição da escravidão e mudanças no ordenamento societário. Cabe destacar que mesmo com os avanços alcançados pelas lutas feministas, não explicitaram a condição de maior exploração e opressão das mulheres negras, porém, dentre as vertentes do movimento feminista, existe aquele que foca nas especificidades próprias das mulheres negras, denominado de feminismo negro. No Brasil, essa vertente teve início propriamente na década de 1970 com o Movimento de Mulheres Negras (MMN), a partir da percepção de que faltava uma abordagem conjunta das pautas de gênero e raça pelos movimentos sociais da época (Politize, 2019).

Com base em Laura Dias e Natália Araújo (2021), a denominação “negro”, demarca um movimento social antirracista, sendo o racismo uma forma de opressão sobre a população negra e, de forma particularizada, sobre mulheres negras. As autoras apontam que Feminismo negro é um movimento social, que tem como objetivo vivificar especificidades do movimento de mulheres negras. Pois, dentro do movimento feminista branco, a invisibilidade da mulher negra não permitia que seus problemas fossem atendidos. Visando construir espaços de visibilidades políticas, diante dos contextos que impedem o acesso igualitário a determinados setores da sociedade.

Acerca da complexidade do racismo e do trabalho reprodutivo, é válido refletir sobre as mediações de Gabriela Freitas, Pablo Santos e Jucilene Jacinto (2022), ao dialogar que

[...] além da evidente distinção entre escravizados e não escravizados, entre estes se observa uma relação entre postos de trabalho e gênero. Além do trabalho no campo, homens negros escravizados podiam exercer atividades consideradas mais nobres, como de cocheiros ou capatazes. Às mulheres negras eram designados outros cargos (nos campos, como amas, cozinheiras, costureiras, lavadeiras e como criadas), além de serem destinadas ao lugar de objeto dos assaltos sexuais (Freitas; Santos; Jacinto, 2022, p. 3).

A professora e pesquisadora Verônica Ferreira (2017) discute que o trabalho doméstico na particularidade brasileira é marcado pela sua condição de exploração, que toma contornos históricos e sociais determinados pelas relações patriarcais e coloniais assentadas no escravismo. O trabalho doméstico era organizado e realizado pelas mulheres negras escravizadas, onde mesmo com a abolição da escravidão, as atividades domésticas seguem sendo uma das principais ocupações das mulheres negras. Entretanto, as condições desse trabalho mantém-se como precária e servil.

Isto posto, tem-se que a divisão sexual do trabalho é imbricada à sociabilidade capitalista, entrelaçada por interseccionalidades. Categoria que, de acordo com Helena Hirata (2014, p. 69), “é vista como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas”. Por isso, o conceito busca avançar na compreensão isolada de experiências de opressão e considerar como essas dimensões interagem e se sobrepõem, como problemática diretamente articulada das desigualdades de gênero, raça e classe.

Delâine Melo (2007) discute a compreensão construída por Helelith Saffioti da simbiose patriarcado-racismo-capitalismo. A autora apresenta uma teorização formada pelas três subestruturas: gênero, classe social, raça/etnia. Assim, esta concepção segue uma lógica contraditória, onde não há um sistema de dominação e um sistema de exploração, ou seja, não são dois processos, mas duas faces de um mesmo processo (Saffioti, 2004, *apud* Melo, 2007).

Nesse mesmo horizonte teórico, que busca compreender as múltiplas determinações da opressão, Silvia Federici (2021) aprofunda o debate ao evidenciar as articulações entre o sistema capitalista e o trabalho reprodutivo. A autora destaca que

[...] a “vida cotidiana” não é um complexo genérico de eventos, atitudes e experiências em busca de uma ordem; é uma realidade estruturada, organizada em torno de um processo específico de produção – a produção de seres humanos, que, como apontaram Marx e Engels (1970, p. 48-9 [2007, p. 47-8]), é “o primeiro fato histórico” e “condição fundamental de toda história”. (Federici, 2021, p. 255).

Desse modo, ao mesmo tempo em que o trabalho reprodutivo executado pelas mulheres é funcional ao sistema capitalista, na manutenção da vida da classe trabalhadora, o sistema manobra sua invisibilização como trabalho; naturalizando-o como função protetiva e cuidadora das mulheres, reforçando seu lugar de submissão e reprodução da força de trabalho, como uma oferta de amor. Silvia Federici, no entanto, problematiza: “o que eles chamam de amor, nós chamamos de trabalho não pago” (Portal Geledés, 2019).

De acordo com Karl Marx e Friedrich Engels (1998), a sociedade é dividida e estruturada em classes distintas e antagônicas: a classe dominante (capitalista) e a classe

dominada (trabalhadora). Assim, para que a riqueza permaneça em mãos particulares, o capital se apropria do trabalho dos e das trabalhadores/as para manter sua riqueza e dominação. É o conflito inconciliável entre o capital e o trabalho alienado. Não diferentemente, ocorre a apropriação do trabalho reprodutivo realizado pelas mulheres, o capital não apenas se apropriou dele, mas desintegrou seu reconhecimento da sociedade, fazendo com que houvesse um consenso de que o cuidado é uma responsabilidade individual e de gênero.

Segundo a pesquisadora Delâine Melo (2007), a dicotomia entre a esfera pública, civil e privada, reflete-se na divisão sexual como uma divisão política. Ou seja, além de lançar para o âmbito privado um trabalho essencial para a produção e a reprodução social, o capitalismo baseia-se na divisão social e na divisão sexual do trabalho como uma forma de dominação política sobre as mulheres e o corpo feminino. De acordo com Camila Rocha (2018) , a divisão social do trabalho é

[...] a forma como mulheres e homens se organizam em uma determinada sociedade para garantir a produção e a reprodução de sua vida cotidiana é construída como prática social no ordenamento das atividades, em suas modalidades, nos critérios que definem sua qualificação, na disciplina do trabalho, etc. Logo, determina direta ou indiretamente os papéis sociais que mulheres e homens desempenham (Rocha 2018, p. 2).

Para a autora, a divisão social inclui a divisão sexual do trabalho, a qual pode ser “considerada como um aspecto da divisão social do trabalho em que as dimensões exploração, dominação, subordinação e opressão estão fortemente contidas” Idem, (2018, p. 8), sendo que há uma hierarquização fundada na desigualdade entre os sexos.

Diante do exposto, a relação entre a ordem desigual entre sexos e a saúde da mulher é multifacetada e moldada por estruturas históricas. Os direitos sexuais e direitos reprodutivos visam o livre acesso a cuidados de saúde sexual e a informações, bem como deve garantir autonomia na tomada de decisões quanto à sexualidade e ao planejamento reprodutivo (Amnistia Internacional, 2017). A organização social desigual de sexo e gênero reflete diretamente no acesso à saúde e na regulação dos direitos do público feminino.

Apontamos que há inflexões na romantização da gestação, do cuidado como função feminina e da maternidade como inerente às mulheres, tratada como elemento quase sagrado e inato (Martins, 2024). Não importam as vivências e os limites de acesso aos seus direitos, é requerido às mulheres o cumprimento do dever de cuidado de outros, até em detrimento da sua posição de sujeito de direitos. Contradicoriatamente, no ciclo gravídico-puerperal, onde a mulher deveria ser protagonista, dada a ênfase social na função materna, muitas vezes é

tratada como um corpo a ser controlado, cuja função é apenas reprodutiva, pois da mulher espera-se gerar, parir e cuidar/criar.

Além disso, vivências de violência obstétrica e institucional são frequentemente denunciadas por mulheres negras, visto que, devido ao racismo, estão expostas a maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para acessar o direito ao parto (Leal, 2017). Há estereótipos racistas atribuídos à mulher negra, no que se refere aos aspectos reprodutivos, que atribui uma suposta predisposição biológica para suportar a dor, o que, por vezes, as tornam alvo de brutais violências obstétricas. De acordo com Kelly Lima et al (2021)

[...] os atributos utilizados à mulher negra como “parideira”, de “quadril largo”, em oposição à branca “estreitinha”, simbolizam o pensamento de que as mulheres de descendência africana possuem um alto valor reprodutivo. [...] Enquanto a mulher africana e indígena possuía uma facilidade em dar à luz, de forma aparentemente indolor, as brancas sofriam ao parir por serem descendentes diretas de Eva. No mito bíblico, como punição pelo pecado original, a mulher passaria pela rigidez da gravidez, à dor e riscos do parto. Médicos ingleses escreviam, em meados do mesmo século, sobre a propensão das mulheres africanas para o parto fácil, e por serem mais resistentes, poderiam realizar trabalhos duros enquanto amamentava sua prole (Lima et al, 2021, p. 8).

Sabe-se que as opressões de raça e gênero se imbricam na sociedade capitalista. Segundo Maria das Graças Ribeiro e Tarciano Batista (2024), a branquitude tenta comparar as opressões de raça e gênero sem nomear a branquitude como algo fundamental nessa discussão, o que acaba por invisibilizar a mulher negra, colocando-a como o "outro do outro", fazendo-a ocupar um terceiro lugar na sociedade, um lugar de não existência social e política. Colocando as mulheres negras em uma posição de silenciamento, que funciona como uma forma de desumanização. Para as autoras, a desumanização do povo negro funcionou e funciona como uma forma de deslegitimização, sobretudo em relação às mulheres negras.

A sociedade patriarcal, vinculada ao seu passado escravocrata, situa a mulher negra duplamente em lugar de subalternização, exploração e opressão como mulheres e, de maneira intensificada, pelas desigualdades de raça e classe social. De acordo com Sandra Santos (2024), no Brasil, cerca de 60% das mulheres que morrem por causas obstétricas, são negras, ao mesmo tempo em que essas mortes são, na sua maioria, possíveis de serem evitadas se as mulheres e pessoas gestantes tivessem um atendimento de saúde adequado.

Destarte, é evidente que mulheres ainda são vistas como corpos reprodutores, quando deveriam ser protagonistas e respeitadas, marcadamente em seu ciclo gravídico-puerperal. Nesse campo, persiste, com raras exceções, no meio médico, uma perspectiva de submissão e

silenciamento quando o assunto é o parto; tornando clara que a qualidade da atenção à saúde é atravessada pela organização desigual de gênero e as desigualdades de raça e classe, constituem-se em determinações inseparáveis.

3 ACHADOS DA PESQUISA: Vivências e Práticas Humanizadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

No presente tópico, apresentaremos achados resultantes da realização da Pesquisa Assistência Humanizada a Mulheres no Pré-Natal em um Hospital-Escola, elaborada e implementada no âmbito do Programa de Iniciação Científica da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Edital, nº 002/2023, de fomento à iniciação científica, bem como foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado, conforme o Protocolo nº 66886423.6.3001.8807.

O objeto do projeto constituiu-se na problematização sobre a assistência a mulheres no pré-natal, com base na Política Nacional de Humanização, na intencionalidade de identificar avanços e possíveis entraves à sua efetivação, na perspectiva de qualificar a assistência prestada. Para isso, o objetivo do trabalho foi estudar o atendimento a mulheres no pré-natal em um hospital-escola, a partir das narrativas dos/das participantes diretos no cenário da prática assistencial: mulheres atendidas e profissionais da equipe multidisciplinar.

Metodologicamente, ancorou-se no método crítico-dialético, que viabiliza o desvelamento da realidade, entendida como a “unidade do fenômeno e da essência” (Arcoverde *et al.* 2013). O método permite conhecimento profundo, por aproximações sucessivas, sobre a natureza do objeto que busca se conhecer: o ser social historicamente situado na sociedade burguesa. Os procedimentos de pesquisa adotados foram levantamento bibliográfico e levantamento documental, onde o corpus bibliográfico foi composto por produções publicadas em meio eletrônico produzido por autores/as de referência ao debate do tema - artigos e livros - bem como consulta à produção acadêmica disponibilizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Ademais, como procedimento metodológico de coleta de dados de campo foram realizados dois grupos focais, buscando conhecer as opiniões das usuárias e de profissionais sobre a existência de boas práticas no atendimento. Um grupo focal realizado com mulheres atendidas no Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O segundo grupo focal com profissionais que atuam no Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Este excerto constará de três blocos temáticos: o primeiro discutirá a Política Nacional de Humanização e sua importância na atenção prestada a mulheres no ciclo gravídico-puerperal. O segundo bloco destaca os achados da coleta de dados de campo, a partir do diálogo com mulheres atendidas no Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com quem foi realizado o primeiro grupo focal. O terceiro bloco, refere-se às informações coletadas quando da realização do segundo grupo focal, desta vez com a equipe multiprofissional do Setor.

Em ambas as vivências de coleta de campo, articulamos aos parâmetros de análise previamente definidos, que foram os seguintes:

PARÂMETROS DE ANÁLISE
1) Conhecimento da Equipe sobre a população usuária - Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
2) Acolhimento e comunicação com as usuárias - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
3) Abordagem dos temas: direitos sexuais e direitos reprodutivos; direitos das mulheres (pré-natal, parto, puerpério); plano de parto; planejamento reprodutivo;
4) Oferta de atividades no pré-natal e a articulação multiprofissional - “Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo”;
5) Participação da população usuária no SUS - Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si;
5) Condições de trabalho e humanização, infraestrutura do Setor; mobília; espaços; ambiência; vínculo de trabalho; jornada de trabalho - Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
6) Investimento na formação da Equipe pela Instituição - Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde.

3.1 Fundamentação Teórica e a Política Nacional de Humanização na Atenção à Mulher

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Os eixos centrais da PNH são o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2013). Ademais, tem como princípios transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A transversalidade diz respeito a transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Nesse sentido, transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem agregar à experiência daquele/a que é assistido/a (Brasil, 2013). Destaca-se que na PNH a indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo são tidos como fatores intervenientes diretos na atenção à saúde; assim, trabalhadores/as e usuários/as devem ser mobilizados/as a conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde e participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.

Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O/A usuário/a e sua rede sociofamiliar devem também devem ser orientados/as e envolvidos/as no cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagônica com relação à sua saúde e a de familiares. Quanto ao protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, demandam ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades (Brasil, 2013).

Pode-se dizer que a pauta central da Política Nacional de Humanização é promover atendimento humanizado, que reconheça cada pessoa como sujeito de direitos, valorize e incentive sua participação na produção de saúde. Para tanto, ensejar processos coletivos que tensionam as relações de poder nos serviços de saúde, podem contribuir para desnaturalizar atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade.

No âmbito da atenção humanizada à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado no ano 2000, visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério a gestantes, estendendo o cuidado humanizado ao recém-nascido. Ademais,

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades: 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 Parteiras 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, 2002, s.p.).

O Programa pretende induzir novos modos de pensar, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde com gestantes e puérperas⁴, no ciclo gravídico-puerperal. Apesar dos avanços nesse campo, ainda persistem desafios importantes, como mortes evitáveis e a persistência da medicalização excessiva do parto e do nascimento. Segundo o Cadernos HumanizaSUS - volume 4 (Brasil, 2014), este paradoxo aponta para um modelo tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, onde o processo do parto e do nascimento frequentemente é percebido como um processo patológico que demanda intervenções profissionais.

De acordo com Ana Maciel et al (2012), o cuidado prestado a mulheres em parturição ainda é marcado por um poder profissional-institucional, que reduz e até inviabiliza a participação ativa das mulheres no processo. Contudo, a assistência deveria fomentar que vivenciem a parturição de forma plena. Isso requer uma postura humanizada das/dos profissionais, não diferentemente, das/dos assistentes sociais.

A humanização se encontra relacionada a complexas categorias que se conectam à produção e à gestão de cuidados em saúde e, por isso, o exercício profissional do Serviço Social pode ser uma importante mediação para o processo de humanização nos serviços de saúde. O Serviço Social marca sua trajetória na área da saúde com o compromisso ético-político de favorecer o acesso de usuários/as a seus direitos, buscando superar desafios e dificuldades (Morais, 2016). Destaca-se que a atuação profissional reconhece os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e o direito à saúde como uma questão política.

Assistentes sociais que atuam na saúde podem contribuir (e têm contribuído) para relações mais solidárias e humanizadas no âmbito institucional, aportando a equipes multidisciplinares elementos da realidade social e do conjunto de demandas tanto

⁴ Na atualidade, a área de saúde da mulher deve considerar não apenas mulheres como público, mas pessoas que gestam, conforme sua identidade de gênero.

individuais como coletivas da população usuária (Morais, 2016). A humanização na saúde visa expandir as práticas de saúde para além dos instrumentos, alcançando a relação entre os sujeitos envolvidos (Ayres, 2004 *apud* Barros, 2020). Para tanto, é necessário que se pense também na formação profissional para a efetivação dos objetivos propostos na PNH, sendo necessário articular teoria e prática, buscando viabilizar a transformação da realidade através do conhecimento (Barros et al, 2020).

De acordo com o Cadernos HumanizaSUS - volume 4 (Brasil, 2014), o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, por isso é necessário que haja boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas. Compreender a importância dessas práticas é fundamental não apenas para a promoção de uma assistência mais segura e respeitosa, mas também para a prevenção de violências, como a violência obstétrica e institucional, que ainda persistem em muitos contextos de atenção à saúde.

Ainda de acordo com o documento, as desigualdades sociais favorecem as expressões da violência. Tais expressões de violências se sobressaem na Região Nordeste, na qual é comum a interseção de vulnerabilidades socioeconômicas, educacionais, culturais e territoriais. Em certo sentido, tal fato se materializa em relação a violência institucional no parto, visto que mesmo em hospitais de ensino a atenção pode ser tecnocrática, centrada no profissional médico e objetificadora da população usuária dos serviços (Brasil, 2014).

Além disso, as contradições identificadas na implementação da Política de Saúde na atualidade do conservadorismo neoliberal afetam diretamente a perspectiva ampliada da saúde baseada na cidadania e reforçam processos de desumanização. Segundo Giovanni de Jesus et al (2024), a saúde é permeada pelos conflitos de classe e tais disputas se tornam mais visíveis em períodos de crise. Ademais, é fundamental compreender como, na sociabilidade burguesa, direitos sociais em geral e a saúde em particular, são subordinados à mercadorização capitalista. Desvelar tal contradição, é fundamental para que se possam criar estratégias eficazes de enfrentamento à desumanização resultante dessa sociabilidade e de suas contradições inerentes (Jesus et al, 2024).

A partir desses elementos de reflexão e problematização, pareceu-nos pertinente investigar como a atenção ao pré-natal, à luz dos princípios da humanização, se concretizava no Hospital das Clínicas de Pernambuco, um hospital universitário de referência estadual e regional, com inúmeros programas de residência uni e multidisciplinar. A pesquisa foi implementada com o fito de conhecer a realidade, identificar potencialidades, contradições e

caminhos possíveis para a consolidação do cuidado humanizado e alinhado às diretrizes do SUS.

3.2 Percepções sobre a Humanização do Atendimento Prestado às Mulheres Atendidas pelo Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

A partir de toda a organização necessária e tratativas para agendamento, o primeiro grupo focal foi realizado no dia 05 de outubro de 2023. A equipe multidisciplinar do setor, sobretudo a Assistente Social, auxiliou na execução da coleta de campo. O encontro contou com a participação de usuárias/os atendidas/os no Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE, que também eram integrantes do Programa de atenção à Gestante (Progesta)⁵. O grupo foi formado por seis mulheres gestantes e 3 acompanhantes, sendo dois homens - companheiros de gestantes -, e uma mulher, mãe de uma gestante.

O roteiro de temas disparadores (Apêndice A) estabelecido para o diálogo em grupo seguiu os parâmetros de análise por nós definidos como elementos de humanização: *conhecimento da equipe; acolhimento e comunicação com a equipe; ações de educação em saúde; diálogos sobre direitos da mulher no pré-parto, parto e puerpério; oferta de atividades educativas no pré-natal; avaliação sobre a humanização do atendimento*. Os parâmetros pré-estabelecidos permitiram identificar se e como os princípios da Política Nacional de Humanização estavam sendo implementados no Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Esses parâmetros tinham o objetivo de auxiliar na compreensão de como as mulheres avaliam o atendimento recebido durante o pré-natal, considerando aspectos como acolhimento, comunicação, oferta de atividades, a educação em saúde e preparo da equipe multiprofissional. Focando em identificar a sensibilidade, escuta e respeito às suas singularidades no atendimento prestado pelo Ambulatório. Por fim, a percepção da humanização do atendimento foi avaliada pelas gestantes por meio de uma escala de 0 a 10, baseando-se em suas experiências pessoais.

As participantes serão identificadas ao decorrer da exposição como **M1, M2, M3, M4, M5 e M6**; já seus acompanhantes como: **A1, A2, A3**. Quando perguntadas sobre que

⁵ Programa de Extensão, vinculado à Pró-reitoria de Extensão e Cultura da UFPE, desenvolvido anualmente no Hospital das Clínicas, o qual prevê acompanhamento multidisciplinar e realização de uma série de atividades com grupos de gestantes.

profissionais compunham a equipe do Ambulatório, obtivemos a resposta das mulheres. Suas falas indicaram conhecer as profissionais:

Enfermeira [nome pronunciado]. (M1)

Fisioterapeuta. (M2)

Dentista. (M1)

Médica [nome pronunciado]. (M3)

Assistente social [nome pronunciado]. (M4)

As mulheres identificaram parte da equipe pelo nome ou pela categoria profissional, indicando atividades desempenhadas; o que foi por nós interpretado como uma expressão de vínculo com as/os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar atuante no Setor. De acordo com Gláucia Melo et al (2024, p. 267), “a relação colaborativa entre profissionais e usuárias/os resulta na melhor coordenação dos cuidados e na obtenção de melhores resultados para a saúde”. Além disso, a equipe multidisciplinar demonstra um grande potencial para melhorar a qualidade dos serviços prestados e os resultados da saúde da mulher.

A partir da coleta de campo, pareceu-nos claro que a presença de uma equipe multiprofissional favorece o atendimento qualificado e humanizado no pré-natal, considerando as prioridades do Programa de Humanização do Parto, Humanização no Pré-natal e Nascimento na adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento. Assim, equipes multidisciplinares potencializam a integralidade da atenção à saúde.

Segundo Lissa Horiguchi et al (2022),

a multidisciplinaridade surge, então, como uma proposta de abordagem singular e essencial para o cuidado integral, superando as práticas isoladas, fragmentadas e individuais que se perpetuam nos modelos tradicionais de atenção à saúde, cuja tendência é a medicalização da vida e do sofrimento [...] A partir dessa perspectiva, a atuação das equipes multiprofissionais fortalece outras estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde, tal como a atenção domiciliar, que se afigura como alternativa ao cuidado hospitalar, pois promove o domicílio como espaço de produção do cuidado e, simultaneamente, desponta como ferramenta para desinstitucionalização da atenção (Horiguchi et al, 2022, p. 570 e 571),.

Portanto, a multidisciplinaridade contribui para a assistência integral proposta no SUS, ademais amplia as dimensões do cuidado à população usuária, fomenta planejamento integrado e compartilhamento dos saberes de cada profissão. A articulação dos profissionais que compõem equipes multiprofissionais pode resultar em tratamento de saúde mais eficiente

e humanizado. Ainda no diálogo sobre a relação com a equipe, quando perguntadas como se sentiam, as participantes afirmaram se sentir apoiadas e relataram:

“Me sinto bem acolhida” (M4).

“Foi bem tranquilo porque elas sempre tão aqui para a gente [...] No tempo que eu vim, estavam sempre atentas... cada uma, a equipe toda” (M1).

“Sinto-me bem acompanhada” (M3).

“Bem informada” (M5).

Reconheceram diferenças na relação estabelecida com a equipe do Setor em comparação a outras experiências. Sobre o acolhimento e a troca de informações, diálogo com a equipe, duas participantes referiram

“Bem... porque... tinha muita coisa que eu não sabia do meu primeiro filho e eu aprendi muita coisa aqui no pré-natal e também é bom. Eu amei o pré-natal aqui, quer dizer, eu faria de novo se tivesse outro filho” (M2).

“Bem acolhida, né? Tem profissionais que eles realmente sabem o que ‘tão’ fazendo, eles sabem o que falar, o momento certo. Eu confio... eu confio na equipe daqui” (M6).

Os depoimentos das participantes apontam que as mulheres identificam de forma positiva a atuação da equipe multidisciplinar, evidenciando a construção de vínculos significativos. Ao expressarem o sentimento de acolhimento e o acesso à informação clara e segura, demonstram uma prática de cuidado que abrange dimensões subjetivas e sociais, importantes na atenção integral à saúde.

As falas também destacaram o reconhecimento do processo pedagógico vivenciado, sobretudo quanto à clareza das orientações recebidas e da qualidade do conhecimento compartilhado pela equipe. Segundo Amanda Rodrigues et al (2021), as mulheres são as principais usuárias do SUS, por isso, faz-se necessário um olhar ampliado no cuidado à sua saúde e sobre sua participação direta nas práticas de cuidado, considerando o contexto social, econômico, político e cultural em que estão inseridas. Mediante a esse fato, relações profissionais acolhedoras, que agreguem o acesso à informação adequada são compreendidas como essenciais para o exercício da autonomia e para a definição de escolhas conscientes pelas usuárias. Dessa forma, o acolhimento e a informação são elementos potentes para

favorecer que as mulheres não sejam apenas *atendidas*, como se fossem passivas, mas escutadas, apoiadas e legitimadas como agentes do processo assistencial.

Nesse mesmo sentido, destaca-se a importância de também ouvir os/as familiares acompanhantes durante o acompanhamento em saúde. As falas dos/das acompanhantes também expressaram avaliação positiva do atendimento ofertado pela equipe. Na opinião de **A3**:

[...] “na primeira gestação, ela não foi muito bem atendida, mas aqui tá sendo bem legal. Porque na primeira gestação dela eu acompanhei muito ela, já nessa não estou muito acompanhando porque tó vendo que ela tá sendo bem atendida. Ela sempre vem só e quando chega conta o que aconteceu, o que passou, tudinho. Já veio para a emergência duas vezes e foi bem atendida... e aqui não tenho que reclamar de nada” (A3).

No seu relato, **A1** refere que

“Até em hospital particular minha cunhada não teve esse cuidado” (A1).

Ademais, quando questionadas sobre o conhecimento dos direitos das gestantes e puérperas, um direito garantido no SUS foi imediatamente citado o “*direito a acompanhante*” (M3).

A Lei nº 11.108, de 2005, que altera a Lei nº 8.080, 1990, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato no SUS. Isso representa um avanço importante no processo de humanização da assistência obstétrica no Brasil. Tal direito, no ano de 2023, foi ampliado e publicado em uma nova legislação: a Lei nº 14.737/2023, que assegura para mulheres, em âmbito nacional, a presença de acompanhante durante qualquer atendimento de saúde.

Há estudos que comprovam que a presença de acompanhante no momento do parto, promove mais conforto e reduz a possibilidade de violação de direitos. O estudo de Kungwimba et al. (2013), deixa clara a importância dos/as acompanhantes, que auxiliam com conselhos, oferecem suporte físico, apoio emocional e apoio espiritual; isso colabora para melhores experiências e auxilia as gestantes passarem pelo processo de parto com sucesso.

É importante destacar que a presença de acompanhante na escolha da gestante também representa segurança para a mulher, sendo que sua ausência pode expor a gestante a vulnerabilidades. Um exemplo disso foi o caso ocorrido no Rio de Janeiro, em que um

médico anestesista foi acusado e posteriormente teve seu registro cassado após estuprar uma paciente durante a realização de uma cesariana (Saleme, 2023).

Ademais, quando abordamos no grupo focal sobre o parâmetro de análise: *oferta de atividades educativas no pré-natal*, foram descritas pelas participantes algumas atividades oferecidas no Ambulatório.

“Tem o planejamento familiar... O progesta” (M3).

“É, o progesta” (M4).

“ Tem a visita” (M2) - a referência à ‘visita’, trata de uma visita guiada que a equipe multiprofissional conduz com as mulheres atendidas no pré-natal ao Centro Obstétrico e ao Alojamento Materno - setores de internação obstétrica na instituição.

As participantes da pesquisa também indicaram a oferta de palestras, rodas de conversa sobre aleitamento, cuidados com o bebê e cuidado com a própria saúde, planejamento reprodutivo. Assim, pode-se pontuar o alinhamento à Lei nº 8.069 de 1990, Art. 8º, que assegura *“a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo [...]”*.

Os dados coletados e anteriormente citados com base nos relatos das participantes - oferta das atividades no âmbito institucional e no âmbito do Progesta: diálogos sobre aleitamento, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar, visitação ao Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto - expressam uma clara intencionalidade da efetivação do princípio da saúde como direito e da partilha coletiva do conhecimento que pode favorecer o exercício da cidadania.

Em nosso entendimento, as atividades realizadas no pré-natal contribuem para uma experiência abrangente de cuidado, com práticas de educação em saúde promovidas pela equipe multidisciplinar. A atuação da equipe é feita em conformidade com a Lei nº 13.257, de 2016, a qual estabelece que mães e gestantes devem receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil⁶, entre outras temáticas. Destaca-se que algumas dessas atividades são realizadas pelo Progesta, onde a extensão universitária se coloca como uma ferramenta para efetivar o compromisso das instituições de ensino superior com a sociedade (Klaumann, 2023).

⁶ Note-se o destaque de temáticas voltadas ao aspecto materno-infantil.

Outro elemento destacado pelas respondentes, foi o suporte psicológico oferecido com a presença de uma psicóloga na equipe. Ressalta-se que, de acordo com Lei nº 12.010, de 2009, essa oferta ajuda a prevenir ou reduzir os impactos emocionais do estado puerperal. Entre outros resultados, o estudo demonstrou que ambas as leis são cumpridas na prática assistencial do Ambulatório. Destarte, o compartilhamento do saber sobre os direitos parece-nos fundamental para fomentar a capacidade crítica e potencializar o acesso a esses direitos; favorecendo a tomada de decisões sobre sua própria saúde.

Parece-nos evidente que vivências socioeducativas, participativas e de partilhas coletivas favorecem o desenvolvimento de segurança, de autonomia e, quanto ao nosso objeto de estudo, a humanização do pré-natal, a elaboração do plano de parto pelas mulheres atendidas contribui e até materializa a condução que a mulher pretende adotar quando do internamento em trabalho de parto. Durante a vivência do grupo focal levantou-se a questão “*Quem é a pessoa mais importante no parto?*”, e duas das participantes se apressaram em responder “*A mulher*”.

Essa afirmação evidencia que o protagonismo feminino no parto implica reconhecer a gestante como agente ativa de seu próprio corpo, decisões e vivências. Quando as mulheres se percebem como as principais protagonistas desse processo, o que foi afirmado espontaneamente no grupo focal, sinaliza o fortalecimento de sua autonomia; o que pode favorecer o entendimento sobre o parto como experiência subjetiva e política e não como evento médico.

Também, quando questionado “*Que nota vocês dariam para o pré-natal do HC?*”, obtivemos como respostas das mulheres e acompanhantes:

“10” (M1).

“10” (M2).

“10” (M3).

“10” (M4).

“10” (M5).

“10” (M6).

“*Vou dar 10 também. Até em hospital particular minha cunhada não teve esse cuidado, como ensinar a amamentar, como ensinar o cuidado do bebê também, a comida para comer também*” (A1).

Portanto, demonstra-se, a partir das falas das mulheres e de seus/suas acompanhantes, a elevada satisfação atribuída ao atendimento do Ambulatório do Pré-Natal do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Isso indica não apenas a qualidade técnica do serviço prestado, mas, sobretudo, o acolhimento e a valorização do cuidado integral. O que reforça a importância de práticas que promovam a escuta, a informação e o empoderamento das mulheres no período gravídico-puerperal.

3.3 Percepções da Equipe Profissional sobre Humanização do Atendimento pelo Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE

O segundo grupo focal foi realizado no dia 04 de abril de 2024. A equipe multidisciplinar do setor, sobretudo a Assistente Social, também auxiliou na execução dessa coleta de campo. O encontro contou com a participação de três profissionais do Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE, dos núcleos profissionais de Enfermagem, Medicina e Serviço Social.

Na presente discussão, as participantes serão identificadas como **P1, P2 e P3**. Os parâmetros de análise definidos foram humanização; conhecimento da Equipe sobre a população usuária; acolhimento e comunicação com as usuárias; direitos das mulheres (pré-natal, parto, puerpério); oferta de atividades no pré-natal; atuação multiprofissional; condições de trabalho e humanização - infraestrutura; investimento institucional na formação da Equipe; planejamento e avaliação no processo de trabalho da Equipe.

Ao discutir a humanização, o diálogo abordou práticas de cuidado que respeitam os desejos e direitos das usuárias. Quanto ao conhecimento da equipe sobre a população usuária, objetivava dialogar com a equipe sobre seu conhecimento quanto ao contexto social, econômico, cultural e familiar das gestantes atendidas; a partir do suposto de que o conhecimento da realidade das usuárias pode favorecer o cuidado adequado, alinhado às necessidades específicas das mulheres.

Quanto à atuação multiprofissional, oferta de atividades educativas, condições de trabalho, infraestrutura, investimento em formação, planejamento e avaliação no processo de trabalho da Equipe, foram elencados por entendermos que tais fatores contribuem na promoção da atenção humanizada e aponta responsabilidades institucionais e da gestão do sistema de saúde, além da adoção de medidas humanizadoras pela equipe em seu processo de trabalho cotidiano.

Sobre a humanização, a P1 referiu que:

[...] “a humanização é a garantia de direitos, né? Conseguir garantir a essas usuárias o que a legislação já avançou, né? No direito, no cuidar da saúde, nessa assistência a... que a gente coloca, né? A assistência humanizada é quando a gente consegue garantir esses direitos a gente presta uma assistência humanizada. [...] eu acho que a gente tem esse acolhimento que vai para além também dessa questão, das questões teóricas, dessa questão técnica, né? A gente consegue trazer um acolhimento para essa gestante que vem também de afeto, que vem também de criação de vínculo e de segurança, né? Para se colocar, para trazer suas dificuldades, né? e a gente poder acionar a rede quando necessário” (P1).

A humanização também foi citada como “*cumprir com o objetivo pelo qual a paciente procura o serviço, garantindo que ela receba a assistência necessária durante o pré-natal*” (P3). De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (Brasil, 2013).

As profissionais expuseram muitos elementos sobre a realidade das usuárias - territórios de origem, condições socioeconômicas, rede familiar etc. Destacaram a importância da socialização de conhecimentos sobre seus direitos, opções de tratamento e procedimentos, na intencionalidade de que façam escolhas informadas e participem ativamente do processo de decisão, sobretudo no momento do parto. Na discussão apareceu o tema do planejamento reprodutivo e da oportunidade de reflexão e decisão pelo procedimento da laqueadura. A **P1** referiu

“*como é importante também ela ter informação né, porque muitas acham que a laqueadura ela é 100% segura e a gente desconstrói também, que ela tem possibilidade de falha, que a mesma falha do diu, então a gente vai trazendo outro elementos ali para ela poder refletir, né?* (P1).

Nesse sentido, a **P3** diz:

[...] “*elas decidem, ai umas dizem ‘não, não quero não, não sei o que’ e outras dizem ‘[...] eu quero só a laqueadura’; outras se convencem. O que a gente promete a gente cumpre, a gente não promete a ninguém nada que a gente não possa fazer; a gente diz na cara logo ‘oi’ infelizmente você não vai fazer isso, logo na primeira consulta a gente já vai dizendo logo [...] Então a paciente vai lá para qualquer maternidade e chega lá naquela expectativa, ninguém diz nada,*

nunca foi orientada e acontece alguma coisa que ela não tá esperando, ela vai sair falando mal, enganada, né? ‘O médico não quis me ligar’, né? É porque ela não sabe, tem que dizer a verdade verdadeira. E parto normal dói? dói, mas é o mais seguro, tem analgesia se for preciso, tem gente para cuidar, você não vai ficar só, explica tudinho ai ela vai bem certinha da realidade dela, eu acho isso aí o importante” (P3).

Esse ponto destacado pelas profissionais, na qual deixa-se evidente que há diálogo, socialização de informações com clareza para as usuárias. No campo da atenção humanizada que agrupa educação em saúde junto à população, considera-se que essa condução assistencial pode ser relevante quando discutimos autonomia das mulheres, conhecimento sobre seus direitos, opções de procedimentos e tratamento. Nesse sentido, a educação permanente é um importante instrumento para problematizar o cotidiano nos serviços de saúde, repensar as práticas e elaborar estratégias para enfrentamento dos obstáculos (Rodrigues et al, 2021).

No que se refere à oferta de atividades educativas no pré-natal, destacamos que a disseminação de informações, o debate sobre direitos, acesso à saúde de qualidade, reafirma a cidadania e favorece seu exercício, desde o pré-natal até o pós-parto. Orientações sobre como agir em caso de negação do direitos é imprescindível, uma vez que os serviços de saúde como operadores da Política de Saúde deve atuar conforme os princípios do SUS e da sua Política de Humanização assegurando o exercício dos direitos humanos e dos direitos das gestantes (Zanardo, 2017). Conforme a **P1** bem destacou:

“As ações educativas, elas são todas com base para estimular esse protagonismo mesmo, né? Tanto da instrumentalização do que são os seus direitos no pré natal, na hora do parto, no pós parto, se tiver algum direito negado, onde você pode recorrer, onde você pode procurar ajuda” (P1).

Quando perguntado sobre a elaboração do plano de parto pelas gestantes, foi mencionado que acontece com as participantes do Progesta, onde as mulheres são incentivadas a construí-los, objetivando garantir a explicitação de suas escolhas para o momento do parto. Segundo a **P3** “embora pontualmente seja mencionado durante as consultas, não é um foco principal devido à quantidade de informações a serem abordadas”.

No diálogo sobre condições de trabalho e humanização - infraestrutura do Setor; mobília; espaços; ambiência; vínculo de trabalho; jornada de trabalho -, a **P2** referiu: “Então,

isso de material a gente viu que melhorou muito”. Houve destaque sobre melhorias no acesso a materiais, no entanto, expressaram que ainda há limitações. A **P1** destaca que

[...] “*a gente não tem uma ambiência legal, isso faz diferença também, claro, a gente tem essa sala aqui que a gente vai... servindo para várias coisas, a gente tem algumas limitações, por exemplo, quando a gente faz o Progesta aqui, tem as bolas da Fisio, tem uma série de outras coisas que precisam, então a gente fica procurando sala no hospital, a gente não tem, por exemplo, uma sala garantida para realizar o Progesta, então a gente corre para articular uma sala com todo mundo [...] Então eu acho que essa questão da ambiência eu acho precisaria melhorar aqui na... que isso reflete também na nossa condição de trabalho, até nas metodologias que a gente vai usar para fazer as nossas ações socioeducativas. [...] A gente ocupou uma outra sala que tinha aqui no Ambulatório que não tinha essa finalidade de fazer isso porque a gente precisava do acesso ao computador, porque nessa salinha não tem pra passar um vídeo, para fazer outras questões [...]*” (P1).

Apesar de relatarem melhorias no acesso a materiais, sendo citado o Sonar (equipamento que capta batimentos cardíacos de um embrião ou feto), material indispensável que dificilmente estava em bom estado e exigia que profissionais utilizassem o seu e agora o Setor possui mais de um. Outro item citado como precário foram condicionadores de ar nas salas de atendimento e a falta de um televisor para projeção de conteúdos de apoio aos encontros com as usuárias do setor.

Também apontado como desafio enfrentado cotidianamente foi o aumento da demanda de pacientes, o que, por vezes, prolonga as jornadas de trabalho. Do mesmo modo, Ana Maciel et al (2012) afirma que a assistência pública de saúde no Brasil é configurada pela falta de recursos materiais, péssimas condições de trabalho, o que nos leva a pensar que há uma cultura de prestação de serviços de baixa qualidade. Contexto que só pode ser desvelado se considerarmos a ofensiva neoliberal e as contrarreformas continuamente implementadas no Estado brasileiro.

Entretanto, mesmo com essas dificuldades, as profissionais também destacaram a preocupação com a suspensão da autorização para refeição que era facultada a pacientes que precisassem passar o dia no hospital para múltiplos atendimentos, sobretudo mulheres oriundas do interior do estado.

“[...] *em relação a caga horária é... antigamente só tinha pré natal durante a manhã, hoje tem manhã e tarde [...] mas assim, aumentou o número de pré natal [...] isso que me dá uma angústia, mas ai quando*

eu vejo, eu tento ligar... eu tento pedir consulta antecipada de dr. [Nome mencionado] [...] Ai a gente vai, entra em contato, fala com um “olha, dá para encaixar?”, aí é isso que fica... porque já tá lotado, para colocar um a mais nesse dia [...] às vezes tem 15 gestantes, a gente sabe que vai ficar, quem chegou um pouquinho mais tarde vai ficar 3/4 horas porque aqui demora, não é uma consulta de 10 minutos, é uma consulta... cada gestante que sai daqui é 40min a 1h para ser atendida” (P2).

“mas sempre quando a gente fala com os médicos, sempre dá uma possibilidade” (P3).

“E quando não dá a gente bota para triagem, quando não dá... ela não vai ficar sem nenhum atendimento não” (P2).

“Ai, essa sobrecarga faz com que as vezes [...] já aconteceu de carro ir embora, porque os carros vem do interior, não esperam. Já a paciente teve que dormir, é muita espera ela chega de manhã, para ser atendida a tarde e só vai ser atendida 3 ou 4 horas da tarde, elas saem de 10 horas da noite da casa dela, chega aqui de manhã aí passa o dia inteiro, isso aperreia muito” (P3).

A equipe tem conhecimento das condições sociais das pacientes e sabem que as dificuldades não se limitam à alimentação no dia da consulta, mas se estendem ao seu cotidiano; muitas são mulheres em situação de extrema pobreza.

“Ela faz ultrassom de manhã e consulta a tarde” (P2).

“A gente pedia almoço, e ia no refeitório tinho mas agora não tem” (P3).

“Tem muitas que chegam aqui às vezes passam mal no grupo, porque elas estão com fome, então isso é uma realidade que para a gente realmente faria um diferencial se a instituição pudesse ofertar, não é para todo mundo, mas para quem precisa. [...] Essas questões assim... questões que a gente tinha antes e foi cortando né? [...] por essas crises na saúde.” (P1).

Na reflexão sobre a relação da equipe multiprofissional do Setor, foi destacado que formam o uma equipe coesa, como relatado pela P3:

“O grupo de trabalho é um grupo muito coeso, outra coisa aqui que não tem é que todo mundo atende tudo, tipo, a paciente é minha mas se ela vier qualquer dia o colega vai dar uma olhadinha para ver o que é. [...] Eu acho esse tipo de trabalho bom, porque a gente funciona como uma equipe, todo mundo é muito bom, o convívio

daqui é um convívio bom, não tem... não tem... todo mundo trabalha, e todo mundo trabalha muito. Eu adoro trabalhar aqui [...]” (P3).

Sobre o trabalho multidisciplinar, Gláucia Melo et al (2024), afirma que

A abordagem multidisciplinar no cuidado à saúde da mulher é uma prática essencial para promover uma saúde integral, personalizada e eficiente, garantindo que todas as suas necessidades sejam atendidas de maneira coordenada e compreensiva. Os benefícios dessa 274 integração são vastos, incluindo a promoção de um estilo de vida saudável, prevenção de doenças, melhora do bem-estar físico e mental e a oferta de apoio emocional adequado. Este modelo de cuidado garante que as mulheres recebam o suporte necessário em todos os ciclos vitais, melhorando portanto, a qualidade de vida (Melo et al, 2024, p. 273 e 274).

Portanto, como mencionado anteriormente, a equipe multidisciplinar é fundamental para melhorar a qualidade dos serviços prestados à saúde da mulher. No que se refere a processos formativos ofertados institucionalmente para a equipe do Setor, expressam que a oferta da instituição é limitada, praticamente inexistente. Como relatado pela **P3**

“Eu acho que é pouca, aliás é quase zero, a gente tem educação que a gente procura, cada qual” (P3).

Já a **P2** afirmou que

“Teve agora um pessoal do banco de leite, que eu vou até colocar nos grupos, que é do AVA SUS, sobre o aleitamento materno, assim, quem não tem o curso pode fazer por esse AVA SUS online, e... ou quem quiser se atualizar, porque as coisas estão sempre em atualização faz o curso online e pega o certificado [...] eu acho que existe, existe em relação a geral, quando tem o curso bota lá, agora voltado assim pra... pra nossa prática de humanização, de... de parto, eu acredito que é mais a gente que vai atrás, no momento eu não to vendo algum curso voltado para a gente, para essa demanda da gente, mas a gente vai atrás, se a gente quiser fazer online, ou congressos, agora mesmo vai ter o congresso da obstetrícia que a gente vai... o que tiver a gente vai procurar, mas da instituição eu acho que é mais geral, às vezes tem palestra de violência, teve ultimamente palestra de violência, lembra que a gente foi? Aí a gente vai, eu vejo mais geral, mas mais voltado para humanização” (P2).

Portanto, além de ofertas formativas pontuais da instituição, o grupo apontou déficit relacionado à formação específica para a equipe do pré-natal e da temática da humanização. Contudo, como relatado, a própria equipe profissional busca a formação continuada por conta própria, através da realização de cursos, palestras e participação em eventos científicos, na busca por atualização profissional de modo a favorecer as melhores práticas em saúde. A última questão colocada no grupo focal versou sobre a prática de realização de planejamento

e de avaliação das atividades pela equipe do setor, apesar de ter a discussão de casos e definição de planos de cuidados, informaram que não existe essa sistemática e consideraram ser muito relevante.

Destarte, os depoimentos revelaram o compromisso ético e técnico da equipe com o atendimento humanizado. Reconhecer a individualidade das gestantes fortalece a ideia de que o cuidado deve considerar os aspectos biopsicossociais e respeitar as particularidades das mulheres. Entretanto, apesar desse compromisso ético e técnico manifestado pelos/as profissionais de saúde, é possível identificar a permanência de um cenário precarizado no serviço público. A contrarreforma do setor, impulsionada por políticas neoliberais e pela contínua desresponsabilização do Estado, reflete diretamente na organização e no processo de trabalho, bem como repercute na qualidade da assistência prestada.

Embora algumas melhorias tenham sido reconhecidas, as limitações estruturais persistem como entraves ao cuidado integral e humanizado. A realidade vivida pelos/as profissionais da saúde reflete os efeitos perversos de uma política de austeridade que compromete os princípios do SUS. Como afirma Maciel et al. (2012), a assistência pública no Brasil é marcada pela escassez de recursos materiais, más condições de trabalho e práticas que perpetuam a desigualdade no acesso à saúde. Apesar disso, as falas evidenciam a relevância de uma abordagem interdisciplinar, voltado ao cuidado centrado na usuária, reafirmando o seu lugar de protagonista e com o compromisso do apoio e presença assistencial da equipe profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo propôs-se a estudar a humanização do atendimento a mulheres no pré-natal em um hospital-escola, a partir do diálogo com sujeitos protagonistas deste cenário: mulheres atendidas e profissionais que as assistem. Assim, mediante a realização de levantamento bibliográfico e documental e de coleta de campo, com a realização de dois grupos focais, o presente trabalho enfatiza a importância do atendimento qualificado e humanizado no pré-natal, o que não apenas melhora a experiência das mulheres, mas fortalece sua posição como protagonista do processo de gestação e parto, contribuindo para sua autonomia e respeito aos seus direitos.

Apesar das significativas transformações pelas quais a Política de Saúde no Brasil passou, ainda persistem desafios para o atendimento integral e de qualidade, ancorado na propositura do movimento sanitarista. Apontamos no presente trabalho que retrocessos nos direitos das mulheres, principalmente em contextos reacionários, nos quais impõem-se

restrições às conquistas de direitos e recrudescimento da ofensiva patriarcal para a manutenção da subalternização das mulheres. O que fortalece a importância da luta por direitos amplos, incluindo acesso à saúde integral e equânime, com promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais.

As desigualdades interseccionadas de gênero, raça e classe são expressadas na saúde; nas formas de adoecer e de acessar a assistência adequada à saúde. No Brasil, cerca de 60% das mulheres que morrem por causas obstétricas, são negras, ao mesmo tempo em que essas mortes são, na sua maioria, possíveis de serem evitadas se as mulheres e pessoas gestantes tivessem um atendimento de saúde adequado (Santos, 2024). A sociedade patriarcal, vinculada ao seu passado escravocrata, situa a mulher negra duplamente em lugar de subalternização, exploração e opressão como mulheres e, de maneira intensificada, pelas desigualdades de raça e classe social.

Problematiza-se no estudo que mulheres são postas em uma posição de silenciamento e submissão, mesmo quando estão no período gravídico-puerperal; vistas como corpos reprodutores, quando deveriam ser protagonistas e respeitadas. Entende-se que a amalgama entre a ordem desigual de sexos-gêneros e o campo da saúde da mulher é multifacetada e moldada por estruturas históricas, sendo que os direitos性uais e direitos reprodutivos, que defendem o livre acesso a cuidados de saúde sexual, informações e garantia da autonomia quanto à sexualidade e ao planejamento reprodutivo (Amnistia Internacional, 2017), ainda não são efetivamente vivenciados.

Partindo dos princípios da HumanizaSUS de transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, destaca-se como fundamental o atendimento humanizado, pautado na oferta de ambiente acolhedor, dialógico, no qual a população usuária tem garantia de informações, incentivo à autonomia e debate sobre seus direitos. O atendimento digno e de qualidade, consonante ao proposto na Política Nacional de Humanização (PNH), favorece a adoção de práticas de cuidado mais inclusivas e participativas no campo da saúde materno-infantil.

De acordo com o Cadernos HumanizaSUS - volume 4 (Brasil, 2014), o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, por isso é necessário que haja boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas. Por vezes, no entanto, pode ser um momento de vivência de violências institucionais e obstétricas. Faz-se imprescindível que a assistência prestada no SUS legitime a capacidade de decisão das mulheres e vivências de parturição livre de violências. Para tanto, novos

modos de pensar, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde com gestantes e puérperas de forma humanizada e integral é o que se impõe.

Considerando a natureza pedagógica e formativa de profissionais de saúde, os hospitais-escola podem ser determinantes na promoção da assistência integral e de qualidade, a partir de bases de cuidado assentadas no direito à saúde e no respeito à população usuária dos serviços em sua capacidade de diálogo e decisão. Para além da postura profissional prescritiva, muito comum no âmbito da saúde, práticas dialógicas e participativas, viabilizam práticas potentes de educação em saúde centrada nas/nos usuárias/os, o que pode resultar em , atendimento qualificado e humanizado.

A coleta de dados de campo, realizada com a realização dos dois grupos focais: um com mulheres atendidas no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital-escola e outro com profissionais da equipe multidisciplinar do Setor, à luz das prioridades do Programa de Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento (2002), demonstrou a presença de elementos relevantes da prática humanizada e apontou que a equipe atuante do Ambulatório de Pré-natal do Hospital das Clínicas da UFPE, busca assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no pré-natal.

Como foi veementemente identificado pelas mulheres participantes do grupo focal, o atendimento recebido agrega apoio, acolhimento e clareza das informações fornecidas nas diversas atividades propostas, com ênfase para se identificarem como pessoas com direitos. Sabe-se que tais elementos assistenciais não apenas melhoraram sua experiência, mas fortalecem seu protagonismo no processo de gestação e, quiçá, do parto e puerpério. Foi perceptível a elevada satisfação atribuída ao atendimento do Ambulatório. Tal fato indica não apenas a qualidade técnica do serviço prestado, mas, sobretudo, o acolhimento e a valorização do cuidado integral. Também foi identificada uma comunicação clara e acessível, o que parece-nos fundamental para fomentar a capacidade crítica e potencializar o acesso a esses direitos. Além disso, foi evidenciado o reconhecimento do protagonismo feminino que implica reconhecer a gestante como agente ativa de seu próprio corpo, decisões e vivências.

Na coleta de dados com as profissionais do Ambulatório, ficou evidenciado que a atenção humanizada agrega educação em saúde, condução assistencial junto à população, favorecimento da autonomia das mulheres, conhecimento sobre seus direitos e diálogo sobre opções de procedimentos e tratamento. Além disso, revelou o compromisso ético e técnico da equipe com o atendimento humanizado, o qual demanda reconhecer a individualidade das usuárias, fortalece a ideia de que o cuidado deve considerar os aspectos biopsicossociais e respeitar as particularidades das mulheres. Isso reforça a importância de práticas que

promovam a escuta, a informação e o fortalecimento da capacidade de reflexão e decisão das mulheres no período gravídico-puerperal.

Portanto, o estudo ressalta a relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento como marcos brasileiros para a promoção de práticas de cuidado na assistência materno-infantil, incluindo as diferenças nos processos de gestão e cuidado. Discutir essa temática e o fortalecimento da humanização, conclui-se como essencial contributo ao fomento da almejada prática de saúde baseada na cidadania. Na particularidade do campo da saúde da mulher, o atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal é fundamental na saúde reprodutiva e no bem-estar das mulheres e das crianças. Nas narrativas das profissionais evidencia-se a relevância da abordagem interdisciplinar e do cuidado centrado na usuária, reafirmando o seu lugar de protagonista e o fato de que seja apoiada e assistida pela equipe profissional.

No que diz respeito à prática profissional do Serviço Social, foi possível verificar o posicionamento técnico e ético claramente alinhado ao projeto ético-político profissional e aos princípios da integralidade, da equidade e da participação e controle social preconizados na regulamentação do SUS. A capacidade crítica da profissional ante os limites das contrarreformas neoliberais impostas à Política de Saúde, materializadas nas condições de trabalho e na sobrecarga cotidiana, não inviabiliza a atuação, mas fomenta o planejamento de estratégias que podem favorecer o acesso a direitos e o compromisso institucional com a prestação da assistência qualificada à população usuária.

5 REFERÊNCIAS

- AMNISTIA INTERNACIONAL. ***Direito à saúde sexual e reprodutiva.*** Lisboa: Amnistia Internacional, 2017. Disponível em:
https://www.amnistia.pt/wp-content/uploads/2017/07/Direito_Saude_Sexual_e_Reprodutiva.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.
- ANDRADE, Letícia Éster de. **A consolidação do patriarcado no Brasil:** a origem das desigualdades entre homens e mulheres. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 06, Ed. 11, v. 07, pp. 25-39. Novembro de 2021. Disponível em:
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/consolidacao-do-patriarcado>. Acesso em: 18 ago. 2023.
- ARCOVERDE, Ana Cristina Brito et al. **Metodologias Qualitativas de Pesquisa em Serviço Social.** Recife: : Ed. Universitária da Ufpe, 2013. 272 p.
- ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos:** desafios para as políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. suppl 2, p. S465-S469, 2003. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>. Acesso em 06 jul. 2025.
- BARROCO, Maria Lúcia da S. **Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo.** Serviço Social & Sociedade, p. 12-21, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zjrwPzBctDGqj84D74Vg4cv>. Acesso em: 06 jul. 2025.
- BARROS, Ivanescá Lopes de; BARROS, Simone Regina Alves de Freitas; BARROS, Ryvane Chrystine Lopes de; OLIVEIRA, Jacyara de Lima. **A humanização no Sistema Único de Saúde:** um olhar sobre a atuação do assistente social. *Revista Artigos.Com*, v. 24, art. e4502, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/4502>. Acesso em: 30 jul. 2025.
- BELLOTTI, Maria. **A teoria da reprodução social e a obra “A mulher na sociedade de classes”** de Helelith Saffioti: possíveis aproximações. *Maria Antonia: Boletim do GMARX*, São Paulo, ano 5, n. 10, 2024. Disponível em: <https://gmarx.fflch.usp.br/boletim-ano5-10>. Acesso em: 25 maio 2025.
- BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 132, de 2023. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2025.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**, 1º edição, 1º reimpressão. Brasília - DF. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Cadernos HumanizaSUS: Volume 4 – Formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
- CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. **Saúde materno infantil no Brasil:** evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. 2014. Disponível em:
<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1301> Acesso em: 10 Jun. 2025.
- CASTRO, Ana Beatriz Cândido; SANTOS, Jakciane Simões dos; SANTOS, Jássira Simões dos. **Gênero, patriarcado, divisão sexual do trabalho e a força de trabalho feminina na sociabilidade**

capitalista. Anais do VI Seminários CETROS sobre Crise e mundo do trabalho no Brasil, p. 22-24, 2018. Disponível em:
https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51197-29062018-084053.pdf Acesso em: 10 Jun. 2025.

CISNE, Mirla. Gênero, **divisão sexual do trabalho e serviço social**. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Como o movimento de mulheres contribuiu para a construção do SUS.** Cofen – Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, 8 mar. 2020. Disponível em:
<https://www.cofen.gov.br/como-o-movimento-de-mulheres-contribuiu-para-construcao-do-sus/>. Acesso em: 06 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Publicação de 30 de setembro de 2024. Disponível em:
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em 24 jun. 2025.

CRUZ, Sylvio Augusto De Mattos. **O DISCURSO DO MOVIMENTO SANITARISTA E A UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.** Pensar Acadêmico, v. 22, n. 2, p. 298-325, 2024. Disponível em: [Vista do O DISCURSO DO MOVIMENTO SANITARISTA E A UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL](#). Acesso em 24 jun. 2025.

DA SILVA, Ivone Maria Ferreira; BOAVENTURA, Bruno JR. **O trabalho escravo como expressão latente da questão social.** Revista Direito Mackenzie, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em:
<https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rmd/article/view/6644> Acesso em: 10 Jun. 2025.

DAMASCO, M. S., MAIO, M. C., & MONTEIRO, S. **Feminismo negro:** raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, 2012, 133–151. Disponível em:
https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000100008?utm_source=chatgpt.com. Acesso em 13 jul. 2025.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Atenção integral à saúde da mulher:** intersecções de gênero e raça. *Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 441–464, jul.–dez. 2022. Disponível em: [Vista do Atenção integral à saúde da mulher: intersecções de gênero e raça](#) Acesso em: 18 jun. 2025.

DE MOURA, Elisângela Santos. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988.** Âmbito Jurídico, XVI, v. 114, 2013. Disponível em: [O direito à saúde na Constituição Federal de 1988 - Constitucional - Âmbito Jurídico](#). Acesso em: 04 de jun. 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: [SciELO Books | Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas](#). Acesso em: 27 dez. 2022.

DIAS, Laura Maria Araujo; ARAUJO, Natália Cristina Sganzella de. **O feminismo negro desempenha um papel político na reeducação brasileira.** Geledés – Instituto da Mulher Negra, 2021. Disponível em:
<https://www.geledes.org.br/o-feminismo-negro-desempenha-um-papel-politico-na-reeducacao-brasileira/>. Acesso em: 13 jul. 2025.

FEDERICI, Silvia. **Reencantando o mundo.** Tradução: COLETIVO SYCORAX: SOLO COMUM. Elefante. 2021.

FERREIRA, Verônica Maria et al. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências.** 2017. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29595>. Acesso em: 13 jul. 2025.

FORATORI-JUNIOR, Gerson Aparecido; DE SOUZA, Julian Moura Storniolo. **A importância do Sistema Único de Saúde para o Brasil.** Facit Business and Technology Journal, v. 1, n. 28, 2021. Disponível em: [A IMPORTÂNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA O BRASIL | FORATORI-JUNIOR | Facit Business and Technology Journal](#). Acesso em: 09 Jun. 2025.

FREITAS, Gabriela Leão Toribio; JACINTO, Pablo Mateus dos Santos; SANTOS, Jucilene da Conceição. **Inserção da mulher negra no mundo do trabalho:** Uma revisão de literatura. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 9, n. 26, p. 67-63, 2022. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/558>. Acesso em 20. ago. 2023.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** Saúde em debate, v. 41, p. 63-76, 2017. Disponível em: [SciELO - Saúde Pública - Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde](#) Acesso em 09. Jun. 2025

GIOVANNI, Miriam Di. **Rede Cegonha:** da concepção à implantação. 2014. Disponível em: [Repositório Institucional da ENAP: Rede Cegonha: da concepção à implantação](#) Acesso em: 09 Jun. 2025.

G1. Atendimento precário mata mais do que a falta de acesso a médicos, diz estudo. G1, São Paulo, 06 set. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/09/06/atendimento-precaro-mata-mais-do-que-a-falta-de-acesso-a-medicos-diz-estudo.ghtml>. Acesso em: 26 jul. 2024.

HAHN, Noli Bernardo; DA SILVA SENNA, Tassiara. **Elementos que contribuíram para a consolidação do patriarcado:** uma análise da obra “O contrato sexual” de Carole Pateman. Revista Videre, v. 12, n. 23, p. 259-270, 2020. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/videre/article/view/9323>. Acesso em: 13 jul. 2025.

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais.** Tempo social. vol. 26 nº.1 São Paulo Jan./Jun 2014

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BO-MENY, Helena (org.). Constelação Capanema: intelectuais e política. Rio de Janeiro; Bragança Paulista, SP: FGV; Edusf, 2001, p. 132.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945).** Educar em revista, n. 25, p. 127-141, 2005.

HORIGUCHI, Lissa et al. **Atuação harmônica de equipe multidisciplinar de saúde: desinternação humanizada.** Revista Bioética, v. 30, n. 3, p. 564-574, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/tr5j64yLrb3VZNX4rxK8DdK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jul. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.* 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Jesus, G. A. de, Pereira, V. A., Serrano, L. C. de A., & Mangas Barbeiro, R. (2024). **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM DISPUTA:** uma análise crítica das contradições da saúde

no capitalismo. *Serviço Social Em Debate*, 7(1). Disponível em: <https://doi.org/10.36704/ssd.v7i1.7492>. Acesso em: 21 ago. 2025.

KLAUMANN, Ana Paula; TATSCH, Ana Lúcia. **A Extensão Universitária como um caminho para a Inovação Social:** análises a partir da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Inovação*, v. 22, p. e023006, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbi/a/GJ4hx8DV6Zh3v785x3YPNBq>. Acesso em 20 Jul. 2025.

KRUK, Margaret E. et al. **Sistemas de saúde de qualidade na era dos ODS:** uma comissão da The Lancet sobre a qualidade dos sistemas de saúde em países de baixa e média renda. *The Lancet*, 2018. Disponível em: https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/health-quality-health-systems/TLG_H_HealthSystem_ExecSum_Portuguese-1536055805123.PDF. Acesso em: 21 Mail. 2024.

KUNGWIMBA, E.; MALATA, A.; MALUWA, A.; CHIRWA, E. **Experiences of women with the support they received from their birth companions during labour and delivery in Malawi.** *Health*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 45–52, jan. 2013. DOI: 10.4236/health.2013.51007. Disponível em: https://www.scirp.org/html/7-8201863_26519.htm. Acesso em: 20 jul. 2025.

LEAL, Maria do Carmo et al. **A cor da dor:** iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

LIMA, Caroline Araújo Florêncio de. **A Participação das Mulheres na Elaboração da Constituição Federal de 1988: o Lobby do Batom.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: [A Participação das Mulheres na Elaboração da Constituição Federal de 1988: o Lobby do Batom](#) Acesso em: 24 Jun. 2025.

LIMA, Kelly Diogo de; LEWIS, Liana; LYRA, Tereza Maciel. **“O escuro das cores, na pele afro-descendente, herdeira das dores”:** dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e310119, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310119>. Acesso em: 18 jun. 2025.

MACIEL, Ana Maria Sá Barreto et al. As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização do Parto. 2012.

MALAVÉ-MALAVÉ, Mayra. **33 anos do SUS (19/09):** conquistas das mulheres na saúde brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://iff.fiocruz.br/index.php/pt/?catid=8&id=1068%3A33-anos-do-sus-19-9-conquistas-das-mulheres-na-saude-brasileira&view=article>. Acesso em: 6 jul. 2025.

MARTINS, Vivian Chagas. **O lugar da mulher na sociedade: gênero, patriarcado e feminismo.** In: V CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS; VI SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS; V CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL, 2024, Londrina. Anais [s.n.], 2024. Disponível em: <file:///C:/Users/sarad/Downloads/3888-Texto%20do%20artigo-11851-1-10-20240415.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto comunista.** São Paulo: Boitempo Editorial; 1ª Edição, 1998.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política, volume 1. São Paulo: Cip-Brasil. Câmara Brasileira do Livro, 1983.

MELO, Delâine Cavalcanti Santana de. *Delegacias de mulheres: política de enfrentamento e espaço de negociação da violência conjugal*. 2007. 133 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Recife, 2007.

MELO, Gláucia Jaccoud de Oliveira; SILVA, Joyce Karollayne da; OLIVEIRA, Marcia de Souza; ALVES, Márcia Monteiro de Lucena; PESSOA, Alexandra Ribeiro; LIMA, Suzana Glaucia de; SILVA, José Luciano da; REIS, Ana Heloysa Barros dos; CAMPELO, Názara Katarina Alves.

Integração da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde da mulher em diferentes fases da vida. *SciSaúde*, 2024. Disponível em:

<https://www.scisaude.com.br/artigo/integracao-da-equipe-multidisciplinar-no-cuidado-a-saude-da-mulher-em-diferentes-fases-da-vida/299>. Acesso em: 20 jul. 2025.

MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Editora Vozes: Petrópolis, 1998.

MORAIS, Ana Maria Santana. *A humanização na área da saúde: uma proposta reflexiva para o Serviço Social*. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em:

<https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/3552/2/ANA%20MARIA%20SANTANA%20MORAIS.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2025.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 651-657, 2005. Disponível em: [SciELO Brasil - A institucionalização médica do parto no Brasil](https://doi.org/10.1590/S141575092005000300001) [A institucionalização médica do parto no Brasil](https://doi.org/10.1590/S141575092005000300001). Acesso em: 01 jun. 2025.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Paism**: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. S25-S32, 1998. Disponível em: [scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v14s1/1337.pdf](https://doi.org/10.1590/S0102-311X0001000200001) Acesso em: 04 Jun. 2025.

OLIVEIRA, Ianne Vitória Gomes et al. **Mortalidade materna no Brasil**: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e05012023, 2024. Disponível em: [SciELO - Saúde Pública - Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais](https://doi.org/10.1590/CSC.05012023) [Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais](https://doi.org/10.1590/CSC.05012023) Acesso em: 18 mai. de 2025.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; LEVENTHAL, Daniel Gray Paschoal; FLORES-QUISPE, María del Pilar; MARRERO, Lihsieh; JACQUES, Nadège; MORÓN-DUARTE, Lina Sofia; BOSCHI-PINTO, Cynthia. **Impact of the COVID-19 pandemic on excess maternal deaths in Brazil: A two-year assessment**. *PLOS ONE*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. e0298822, 2024. Disponível em: [https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0298822](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298822). Acesso em: 21 maio 2025.

PATEMAN, Carole. **O Contrato Sexual**. Traduzido por Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PESSINÍ, L. **Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde**. In: Revista Bioética, v.10[2], 2000.

POLITIZE. **Feminismo negro no Brasil: história, pautas e conquistas**. Politize!, 27 nov. 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/feminismo-negro-no-brasil/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

PREFEITURA DO RECIFE. Secretaria de Saúde. **Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal**: pauta de obstetrícia. 2008.

RIBEIRO, Cristina. **Golpe de 2016: um Estado misógino.** Fundação Perseu Abramo – Focus Brasil, 12 jul. 2021. Disponível em:
<https://fpabramo.org.br/focusbrasil/2021/07/12/golpe-de-2016-um-estado-misogino/>. Acesso em: 13 jul. 2025.

RIBEIRO, Maria das Graças Pereira; BATISTA, Tarciano Silva. **Os dispositivos de racialidade e o silenciamento da mulher negra no Brasil: um problema filosófico.** Cadernos PET-Filosofia, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 19–?, 31 out. 2024. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/petfilo/article/view/92790/73902>. Acesso em: 18 jun. 2025.

ROCHA, Camila Carduz. Divisão sexual do trabalho e força de trabalho da mulher no capitalismo. In: **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**, 16., 2018, Vitória. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018. p. s.l.

RODRIGUES, Amanda Medeiros; CARVALHO, Ana Luiza Oliveira; MESSIAS, Cláudia Maria; RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; SILVA, Giuliana Fernandes e; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. **Atenção à saúde das mulheres:** a integralidade sob a ótica de profissionais de saúde. *Revista Principia*, João Pessoa, v. 59, n. 2, p. 291–303, ago. 2021.
 DOI: 10.18265/1517-0306a2021id4609. Disponível em:
<https://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/view/4609>. Acesso em: 20 jul. 2025.

SAFFIOTI, Heleith Iara Bongiovani. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade.** 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, Heleith I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

SALEME, Isabelle. **Anestesista acusado de estuprar grávida durante parto tem registro cassado.** CNN Brasil, 19 dez. 2023. Disponível em:
<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/anestesista-acusado-de-estuprar-gravida-durante-parto-tem-registro-cassado/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1281-1289, 2017. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1281-1289> Acesso em: 10 de Jun. 2025.

SENTO-SÉ, Isadora Vianna. Patriarcado e interseccionalidade: o público eo privado como ponto de convergência teórica. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 24, p. e-44778, 2024. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/civitas/a/Z7rMjncGdRK44McWHXPsY6j/>. Acesso em: 09 de ago. 2025.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIÃO, Karla Galvão. **Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988.** Saúde em Debate, v. 43, p. 276-291, 2020. Disponível em:
<https://www.google.com/url?q=https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7xXBBQJzhD5jffSPN6fhJZh/&sa=D&source=docs&ust=1751846132736297&usg=AOvVaw2ni2c-8HwNVl9t3mLhU0J6>. Acesso em: 06 jul. 2025.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUZA, Jessé. **Gilberto Freyre e a singularidade cultural brasileira.** *Tempo social*, v. 12, p. 69-100, 2000.

SANTOS, Sandra Maria dos. **Os números da dor:** uma análise do impacto do racismo na vida das mulheres negras brasileiras. *Revista FT*, ISSN 1678-0817, 2024.

DOI: 10.69849/revistaft/ni10202505120848. Disponível em:
https://revistaft.com.br/os-numeros-da-dor-uma-analise-do-impacto-do-racismo-na-vida-das-mulheres-negras-brasileiras/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 26 jul. 2025.

TORRES, Kenny Nayane; ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. **A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios.** International Journal of Health Management Review, [S. l.], v. 3, n. 2, 2017. DOI: 10.37497/ijhmreview.v3i2.126. Disponível em:
<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/126>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no Brasil:** uma revisão narrativa. Psicologia & sociedade, v. 29, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro dos Grupos Focais

1. INÍCIO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do/a moderador/a, dos/as relatores/as e participantes; 2. Apresentar os objetivos da investigação e da escolha dos integrantes do grupo focal; 3. Esclarecimento quanto ao anonimato dos participantes e a forma de registro do trabalho (<i>especificado no ponto 4.1</i>); e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido; 4. Informar a proposta do grupo focal e o tempo de duração do encontro; 5. Defender a ideia de um debate, com o envolvimento de todos/as.
2. DESENVOLVIMENTO (MULHERES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL)
<ol style="list-style-type: none"> 1. O que para você é ter um parto humanizado? 2. Você vêm recebendo apoio constante da equipe assistencial, com suas angústias e questionamentos esclarecidos com linguagem clara e acessível? 3. O que para você é um plano de parto? E já foi feito o seu plano de parto? 4. Quanto ao acompanhante, já foi feita a escolha do/a seu/sua acompanhante? 5. Pode me dizer como você se percebe no processo de humanização do parto, se reconhece como protagonista, ou ainda sente barreiras nesse processo?
3. DESENVOLVIMENTO (PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL)
<ol style="list-style-type: none"> 1. O que é para você ter um parto humanizado? 2. As gestantes vêm recebendo apoio constante da equipe assistencial, com suas angústias e questionamentos esclarecidos com linguagem clara e acessível? 3. Sempre é informado às mulheres a escolha do/a acompanhante? 4. Você pode me dizer como você percebe o processo de humanização do parto? 5. Você desenvolve princípios da humanização do parto? Em que aspectos? 6. A partir da sua concepção as mulheres vêm sendo protagonistas nos momentos? 7. Você acredita que há barreiras na implementação de humanização da assistência ao parto? Poderia me falar um pouco sobre isso?
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
<ol style="list-style-type: none"> 4. Será informado que está chegando o fim da discussão; 5. Será solicitado que exponham comentários ou observações de algo particular que se relacione com a temática da discussão e que não foi abordado no roteiro; 6. Agradecimento pela participação.

APÊNDICE B: Instrumental da Revisão Bibliográfica

Tipo de documento	Titulo	Referência	Principais resultados
Artigo	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA	ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. <i>Psicologia & sociedade</i> , v. 29, 2017.	O artigo destaca a violência obstétrica como uma séria problemática no sistema de saúde brasileiro, referindo-se às situações em que gestantes e parturientes são submetidas a maus-tratos, desrespeito aos seus direitos e intervenções médicas desnecessárias. Ademais, é abordado o movimento pela humanização do parto e do nascimento como uma resposta ao modelo hospitalocêntrico, medicalizante e tecnicista. Esse movimento busca resgatar o parto como um evento natural, empoderar as mulheres e promover um ambiente mais seguro e respeitoso. Também perpassa a discussão sobre o conceito de violência obstétrica, incluindo negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual. Essas formas de violência são apontadas como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, afetando a autonomia e decisão sobre seus corpos. Destarte, aponta-se no artigo, a falta de uma definição legal clara para a violência obstétrica no Brasil e a necessidade de uma legislação que defina e criminalize essa violência. Além de que, a ausência de marcos legais é um evidente obstáculo para lidar com essa situação.
Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas	CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado	CARNEIRO, Rosamaria Giatti. <i>Cenas de parto e políticas do corpo – uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado</i> . 2011. Tese de Doutorado. [on].	O trabalho explora o conceito de parto humanizado influenciado por matrizes discursivas tanto históricas quanto contemporâneas. Ele enfatiza que o parto não deve ser considerado apenas como um evento médico e fisiológico, mas sim uma experiência onde deve ser respeitado o tempo físico e psicológico de cada mulher, deve ocorrer em um ambiente respeitoso e acolhedor, e envolver o consentimento informado da mulher para procedimentos médicos. É destacado, também, a diversidade e a complexidade do movimento do parto humanizado, que é heterogêneo e plural em sua abrangência. Ademais, esse movimento tem como objetivo a valorização do nascimento como um evento existencial e sociocultural, o respeito à autonomia das mulheres, a minimização das intervenções médicas inadequadas e o empoderamento das mulheres em relação às decisões sobre seus corpos e partos.
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo	Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto	CASTRO, Júnile Claro de. Parto humanizado na percepção dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto. 2003.	E abordado a história exclusão das mulheres das atividades médicas, visto que a medicina era vista como "inadequa" para as mulheres. Com o tempo, a prática obstétrica foi sendo dominada por médicos, levando as mulheres a recorrerem a eles para o parto. É evidente como, ao longo do tempo, a gestação, o parto e o nascimento foram sendo percebidos como processos patológicos associados a riscos. De modo que, o modelo de atenção à saúde tornou-se voltado para as intervenções técnicas e especializadas. Isso levou ao declínio do parto normal e à valorização da cesariana. Ademais, é mencionado o Projeto Maternidade Segura, que inclui a garantia de informação sobre a saúde reprodutiva, incentivo ao parto normal e humanizado, estrutura adequada para o atendimento materno e a avaliação de indicadores de saúde materna e perinatal. Também é visto o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Com o incentivo à assistência pré-natal, organização e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, e uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto.

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicóloga Clínica da Universidade Católica de Pernambuco	As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização do Parto	MACIEL, Ana Maria Sá Barreto et al. As ações de cuidado de profissionais de saúde implicados no Programa de Humanização do Parto. 2012.	E abordado a situação da assistência pública de saúde no Brasil, sobre uma perspectiva da precarização das relações de trabalho na área de saúde. Sendo caracterizada pela falta de recursos materiais, má condições de trabalho e profissionais que atuam de maneira "descumprida". Essa situação resulta em serviços de baixa qualidade, onde direitos humanos, respeito e dignidade são frequentemente negligenciados. Ademais, o conceito de humanização é trazido como a recuperação de valores humanos esquecidos, especialmente em um contexto de revisão de valores e atitudes na sociedade "pós-moderna". Sendo uma compreensão ética que envolve aspectos emocionais e psicológicos nas práticas de saúde. Também, é mencionado que muitas vezes o cuidado prestado às mulheres em trabalho de parto é guiado por poderes institucionais e rotinas que limitam a participação ativa das parturientes no processo. Dessa forma, o processo de humanização do parto enfatiza o resgate da autonomia das mulheres e requer uma nova postura dos profissionais de saúde.
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Mato Grosso Gerais,	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: UMA REVISÃO DA LITERATURA	FREIRE, Lincoln Lobo Gomes. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: uma revisão da literatura. 2011.	A pesquisa destaca que investir em atenção humanizada desde o pré-natal até o puerpério resultou em melhorias nos indicadores de saúde materna e neonatal. Enfocando assim, a humanização como conceito central, considerando a individualidade das gestantes e puérperas, proporcionando assistência respeitosa e adequada em todas as dimensões do ser humano:piritual, psicológica e biológica. Também é retratada a evolução das ações ao longo dos anos, trazendo suas mudanças nos anos de 1996, 1998 e 2000, quando a PHPN foi implementada.
Artigo	O PANORAMA DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO BRASIL E O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO	SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giacomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. <i>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</i> , v. 4, p. 269-279, 2004.	O artigo ressalta a expropriação da autonomia feminina durante a assistência pré-natal e parto, além da presença de práticas baseadas em um modelo tecnicista, onde a mulher é vista como objeto e ações são determinadas pelos profissionais. Isso resulta na falta de vínculo e no desrespeito às escolhas das gestantes. Além disso, como a humanização do parto e da assistência pré-natal busca reconhecer a autonomia da mulher, enfatizando práticas baseadas em evidências que aumentem a segurança e bem-estar da mãe e do recém-nascido, respeitando suas escolhas. De modo que, o contraponto ao modelo tecnicista é a valorização da mulher como um ser único, complexo, dotado de autonomia. O que levou à necessidade de uma estratégia que melhorasse a assistência obstétrica no país, culminando no lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
Artigo	A Cor da Dor: Iniquidades Raciais na Atenção parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Pré-natal e ao Parto no Brasil	LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto	O estudo analisou as disparidades raciais na atenção à gestação e ao parto. Os resultados revelaram iniquidades significativas entre mulheres de diferentes raça/cor. Puérperas pretas apresentaram maior risco de pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade e peregrinação para o parto. Apesar de menor chance de cesariana, receberam menos anestesia local durante a episiotomia. Puérperas pardas também enfrentaram desafios, como maior risco de pré-natal inadequado. Mulheres pretas e pardas, comparadas às brancas, mostraram piores indicadores de atenção pré-natal e ao parto, mesmo após controle de variáveis. O estudo destaca a necessidade de eliminar iniquidades raciais para melhorar a qualidade da atenção à saúde, sugerindo a inclusão da equidade racial como indicador de qualidade e enfatizando a importância da conscientização e educação dos profissionais de saúde.

APÊNDICE C: Instrumental da Revisão Documental

Type de documento	Título	Referência	Principais resultados
Pauta de Obstetrícia do Recife (documento da prefeitura do Recife)	Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravidíco puerperal	Recife. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. Comitê Municipal de Estudos sobre Mortalidade Materna do Recife. Atenção humanizada à mulher no ciclo gravidíco puerperal: pauta de obstetrícia / Secretaria de Saúde. – Recife, 2008.	É abordado uma série de temas relevantes relacionados à obstetrícia e à saúde da mulher. Destacando o parto humanizado como uma relação de todos os profissionais envolvidos, focada em apoiar, tratar com carinho, respeito e liberdade a mulher que está prestes a dar à luz, assim como o bebê, familiares e amigos. O texto se desdobra em diferentes pontos cruciais, começando pelo diagnóstico do trabalho de parto, normas gerais no momento do internamento e a classificação dos períodos do trabalho de parto, abrangendo desde a dilatação até o puerpério imediato. Cada fase recebe a devida atenção e destaque para garantir uma assistência adequada em todos os estágios. Ademais, o abortamento legal é mencionado, enfatizando que a equipe de saúde deve orientar a mulher sem influenciar suas decisões, respeitando seu direito à escolha informada e voluntária. Destarte, o texto oferece uma abordagem abrangente e informativa sobre a atenção humanizada à mulher no ciclo gravidíco puerperal, abordando desde o parto humanizado até questões cruciais relacionadas ao abortamento, legiulação e direitos reprodutivos no contexto brasileiro.
Cadernos HumanizaSUS - volume 4	Humanização do parto e do nascimento	Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)	Os principais resultados do texto estão ligados às práticas obstétricas, destacando os persistentes desafios enfrentados, como a tendência crescente da medicalização abusiva no processo de parto e nascimento, revelando um modelo tecnicista e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal. Se discute a reifada do protagonismo da mulher durante o parto, resultando como isso é uma vulnerabilidade e submissão, associando o momento do nascimento a medo e ameaça. O contraste entre o modelo tecnicista, caracterizado por uma abordagem mecanicista do corpo e ênfase em intervenções médicas, e o modelo humanista, que destaca a conexão corpo-mente, é discutido. Ademais, a abordagem da violência e seus aspectos que se manifestam através das desigualdades sociais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.
O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde	Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento	Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento, 2002.	Destaca-se os esforços do programa na redução das elevadas taxas de morbimortalidade materna, pré e neonatal registradas no país. Além disso, propõe a adoção de medidas que garantam avanços significativos no acesso aos serviços, na cobertura assistencial e na qualidade dos cuidados prestados durante o pré-natal, parto, puerpério e neonatal. Para atingir tais metas, o PPNH amplia ações já implementadas pelo Ministério da Saúde, incluindo investimentos em redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, aumento do custo de procedimentos específicos, programas como o Maternidade Segura e o Projeto de Capacitação de Parto Tradicional. Ademais, toda gestante tem direito a um atendimento digno e de qualidade ao longo da gestação, parto e puerpério. É garantido à gestante o conhecimento e acesso à maternidade onde será atendida durante o parto. A assistência ao parto e ao puerpério deve ser realizada de maneira humanizada e segura, conforme princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica. Do mesmo modo, é estipulado que todo recém-nascido tem direito a uma assistência neonatal que seja humanizada e segura.
PNH	Política Nacional de Humanização PNH	Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH, 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília – DF, 2013.	A PNH busca humanizar os serviços de saúde ao incluir a diversidade de perspectivas e experiências nas práticas de gestão e cuidado, promovendo a construção coletiva de novas formas de cuidar e organizar o trabalho. Ademais, abordou os princípios de Transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Destarte, orienta suas ações com base em princípios clínicos, éticos e políticos, traduzidos em determinados arranjos de trabalho. Algumas dessas diretrizes incluem o acolhimento, a gestão participativa e a coesão, a ambência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. Essas diretrizes orientam a implementação da PNH em diferentes contextos de saúde. Destarte, a PNH busca transformar a cultura e as práticas nos serviços de saúde, promovendo uma abordagem mais humanizada, participativa e inclusiva no cuidado com a saúde das pessoas.

			Os principais resultados fornecidos, no que se refere à Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, foram retirados do Capítulo I - Do Direito à Vida e à Saúde. Foi abordado a partir da lei relacionadas à Direito à Saúde da Mulher e Planejamento Reprodutivo, Atendimento Pré-natal, Alta Hospitalar e Atenção Pós-Parto, Assistência Psicofísica, Acompanhante durante o Parto, Orientação sobre Aleitamento Materno e Desenvolvimento Infantil, Parto Natural, Busca Ativa de Gestantes e Puérperas, mães em situação de privação de liberdade, Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, Informação sobre Teste do Pezinho, Encaminhamento de Miles que Desejam Entregar seus Filhos para Adoção.
LEI No 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.	Estatuto da Criança e do Adolescente	Não se aplica	
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.	Não se aplica	Os principais resultados fornecidos, no que se refere à Lei No 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta questões relacionadas ao planejamento familiar no Brasil. Assim, foi destacado a partir da lei diversos aspectos relacionados à Regulamentação do Planejamento Familiar, Obrigações do Sistema Único de Saúde (SUS), Orientação do Planejamento Familiar, Treinamento de Recursos Humanos, Dever do Estado, Responsabilidade das Instituições Públicas e Privadas e a competência para definir as normas gerais de planejamento familiar. Em síntese, estabelece diretrizes e responsabilidades relacionadas ao planejamento familiar no Brasil, com foco na atenção à saúde reprodutiva e no acesso (qualitativo) a informações e serviços relacionados ao planejamento familiar.
PORTARIA No 569, DE 01 DE JUNHO DE 2000	Portaria que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Não se aplica	Os principais resultados fornecidos, no que se refere à Portaria No 569, de 01 de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Assim, foi destacado a partir da lei diversos aspectos relacionados a Objetivo do Programa, Princípios e Diretrizes, Componentes do Programa, Competências/Atribuições, Princípios Gerais e Condutas para o Acompanhamento Pré-natal, Área Física, Materiais e Equipamentos, Avaliação da Assistência Pré-natal, Princípios Gerais e Condutas para a Adequada Assistência ao Parto. Essa portaria foi um passo importante para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, do parto e puérpera, bem como da assistência neonatal no Sistema Único de Saúde Brasil, buscando garantir direitos fundamentais das gestantes e recém-nascidos e promovendo a humanização dos serviços de saúde.
LEI No 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.	Lei da notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados	Não se aplica	No que se refere à LEI No 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003, o artigo 1º estabelece que a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher é obrigatória em todo o território nacional, sempre que houver indícios ou confirmação dessa violência em mulheres atendidas em serviços de saúde públicos e privados. Essa lei considera como violência qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, seja no âmbito público ou privado, inclusive aquela decorrente de discriminação ou desigualdade étnica. Ademais o artigo 4º determina que pessoas físicas e entidades, sejam públicas ou privadas, que estejam sujeitas a essa Lei devem cumprir as obrigações estabelecidas nela.
LEI No 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.	Lei de garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS	Não se aplica	No que se refere à LEI No 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005, assegura o direito das parturientes (mulheres em trabalho de parto) à presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS. Ademais, é acrescido um novo capítulo (Capítulo VII) à Lei, denominado "Do Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato", que estabelece essas diretrizes específicas para o acompanhamento das parturientes.
LEI No 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007.	Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS	Não se aplica	No que se refere à LEI No 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007, é estabelecido o direito ao conhecimento e à vinculação prévia da gestante no Sistema Único de Saúde - SUS. Além de que, a maternidade à qual a gestante será vinculada deve ser comprovadamente apta a fornecer a assistência necessária, de acordo com a situação de risco gestacional, incluindo o período puerperal.
LEI No 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008.	Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	Não se aplica	No que se refere à LEI No 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008, é evidenciado que o Sistema Único de Saúde - SUS deve assegurar o processo de educação em saúde. Onde a assistência integral à saúde da mulher, incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre a prevenção, a detecção, o tratamento e controle, ou seguimento pós-tratamento, das doenças a que se refere o art. 1º desta Lei.
PORTRARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015	Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Não se aplica	No que se refere à PORTRARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015, redefine as diretrizes para a implantação e habilitação de Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu escopo abrange o atendimento especializado à mulher e ao recém-nascido durante o momento do parto e nascimento, alinhando-se com as orientações do Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha. No contexto da Portaria, alguns conceitos fundamentais foram definidos. O "alojamento conjunto" refere-se a uma unidade hospitalar na qual o recém-nascido permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar. A "atenção humanizada ao parto e nascimento" destaca o respeito ao parto como uma experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, com ênfase no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente das decisões relacionadas ao seu parto, em colaboração com a equipe médica. Outros conceitos relevantes incluem a "gestação de baixo risco", caracterizada por uma morbimortalidade materna e perinatal igual ou menor do que a da população em geral, sem a necessidade de alta densidade tecnológica.