

# A EXPERIÊNCIA PRÉ-NATAL SOCIAL: UM OLHAR INTEGRAL SOBRE A GESTAÇÃO

*THE SOCIAL PRENATAL EXPERIENCE: AN INTEGRAL LOOK AT PREGNANCY*

*EXPERIENCIA PRENATAL SOCIAL: UNA MIRADA INTEGRAL SOBRE LA GESTACIÓN*

Luana Rodrigues Fernandes<sup>1</sup>

## Resumo

Durante a nossa vivência como residente em Serviço Social no município de Icapuí - Ceará, no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, e dadas as demandas de gestantes em situação de risco e vulnerabilidade atendidas nessa Atenção Primária à Saúde, fizeram-se necessárias ações que pudessem melhor identificar os riscos aos que elas estão expostas, bem como ofertar respostas concretas para reduzi-los e/ou minimizá-los. Os riscos mais frequentes ocorrem em mulheres com menos de 18 anos de idade; sem companheiro; usuárias de álcool, tabaco e/ou outras drogas; com 3 filhos ou mais e/ou vivendo em situação de vulnerabilidade por questões de baixa renda, violência doméstica, entre outros. Este estudo tem como objetivo discutir os aspectos sociais e legais da atenção à saúde de mulheres durante o pré-natal, compreender os limites e possibilidades dessa atenção e fomentar o debate de práticas integrais durante o pré-natal. Utiliza em sua metodologia uma abordagem qualitativa e observação de campo a partir da ótica marxista. Os resultados do trabalho foram melhor adesão das gestantes ao pré-natal; fortalecimento dos vínculos entre gestantes e equipes de saúde e entre gestantes e bebês; diminuição dos impactos dos riscos e vulnerabilidades sociais vivenciados pelas gestantes.

**Palavras-chave:** Gravidez. Pré-natal. Social.

## Abstract

During our experience as a resident in Social Work in the city of Icapuí, in the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care, and given the demands of pregnant women at risk and vulnerability attended in this Primary Health Care, it became necessary actions that could better identify the risks to which they are exposed, as well as offer concrete responses to reduce and/or minimize them. The most frequent risks occur in women under 18 years of age; without a partner; users of alcohol, tobacco and/or other drugs; with 3 or more children and/or living in a vulnerable situation due to low income, domestic violence, among others. This study aims to discuss the social and legal aspects of women's health care during prenatal care, understand the limits and possibilities of this care, and encourage the debate on comprehensive practices during prenatal care. In its methodology, it uses a qualitative approach and field observation from a Marxist perspective. The work results were better adherence of pregnant women to prenatal care; strengthening the bonds between pregnant women and health teams and between pregnant women and babies; reduction of the impacts of risks and social vulnerabilities experienced by pregnant women.

**Keywords:** Pregnancy. Prenatal. Social.

## Resumen

En el curso de nuestra experiencia como pasante en Trabajo Social en el municipio de Icapuí – Ceará, en el Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Básica, y dados los casos de gestantes en situación de riesgo y vulnerabilidad atendidos en esa unidad de Atención Primaria de Salud, se hicieron necesarias acciones que pudieran identificar mejor los riesgos a los que ellas están expuestas, así como ofrecer respuestas concretas para reducirlos o minimizarlos. Los riesgos más frecuentes los enfrentan mujeres con menos de 18 años; sin pareja; que consumen alcohol, tabaco y/o otras drogas; con 3 hijos o más y/o viviendo en situación de vulnerabilidad por baja renta, violencia doméstica, entre otros. Este estudio tiene el objetivo de discutir los aspectos sociales y legales de la atención a la salud de mujeres durante el prenatal, comprender los límites y posibilidades de esa atención y promover el debate sobre prácticas integrales durante el prenatal. La metodología de trabajo es cualitativa y observación de campo, desde la óptica marxista. Los resultados fueron mejor adhesión de las gestantes al prenatal;

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Pública. E-mail: luh-fernandes@hotmail.com.

fortalecimiento de los vínculos entre gestantes y grupos de salud y entre gestantes y bebés; disminución de los impactos de los riesgos y vulnerabilidades sociales vividos por las gestantes.

**Palabras-clave:** Embarazo. Prenatal. Social.

## 1 Introdução

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo nº 196 afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado; esta lei se articula com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e a lei nº 8.142/90 que trata da participação da comunidade. Este conjunto de leis são os maiores marcos do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, apesar de também existirem as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde com objetivo de implantar um SUS de qualidade. Esses dispositivos foram criados a partir da luta dos profissionais de saúde, representantes do pensamento crítico e população com a tentativa de assegurar direitos que ainda não haviam sido reconhecidos como fundamentais (SANT'HELENA *et al.*, 2013).

O conceito de saúde adotado aqui foi o de um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1978, p. 1).

Anterior à criação do SUS, tínhamos no Brasil uma assistência médica que poderia ser dividida em dois perfis: 1) atrelada à contribuição, contratual e privada no caso dos assalariados; 2) filantrópica e religiosa, dependente principalmente das Santas Casas de Misericórdia, para os excluídos dos trabalhos formais (COHN *et al.*, 1999).

A lei nº 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde vem com objetivo de assegurar o atendimento universal, a integralidade e a equidade da assistência em saúde no Brasil. Anteriormente, vigorava no país um modelo de saúde que tinha a medicina como categoria hegemônica, uma assistência médica curativista e que tratava os usuários de maneira individual (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Vemos grandes mudanças nas políticas de saúde pública nos anos 90, iniciando com o PACS e o PSF. Este programa foi inspirado em uma proposta que tentava responder a grandes questões sociais e foi denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS desenvolvido a partir de uma experiência no Nordeste, mais precisamente no Ceará, onde lideranças comunitárias promoviam saúde. Tinha como intenção focar a comunicação com áreas carentes para a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna (FORMENTON, 2013).

Em 1994, cria-se o Programa Saúde da Família (PSF), focado a princípio em áreas carentes, com intenção de minimizar as desigualdades sociais; a proposta inicial não trazia

como objetivo se tornar um programa para todos ou que desse conta de suprir todas as necessidades de saúde da população. Se instala em uma época de alto nível de mortalidade infantil e de internação hospitalar por doenças crônicas. Assim, em 1996, o material do Ministério da Saúde apresenta como propósito do programa estabelecer vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, ou seja, o programa é marcado pela parceria entre equipe de saúde e comunidade (FORMENTON, 2013).

Em 1998, o PSF se expande e ganha a definição de estratégia, por reorientar o modelo de saúde assistencialista que vinha sendo proposto; trabalha a saúde com práticas mais integrativas e passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família - ESF (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

A ESF é composta por equipe multidisciplinar que deve territorializar<sup>2</sup> a área geográfica em que a UBS se encontra, com intuito de ofertar soluções para os problemas enfrentados por aqueles usuários especificamente (GODINHO; LABATE, 2005). A estratégia tem como compromisso trabalhar com o princípio da vigilância em saúde<sup>3</sup> e perceber suas principais demandas, bem como o compromisso com a responsabilidade integral<sup>4</sup> sobre a população que reside na área de abrangência da equipe de saúde da família (FORMENTON, 2013).

Entre os anos 2007 e 2016, a temática das pesquisas no âmbito nacional e internacional é a violência obstétrica; com o reconhecimento da falta de boas práticas obstétricas no país, o Ministério da Saúde institui a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016). Essa diretriz cita logo em seu início que, apesar da redução das taxas de morbidade e mortalidade materna ao longo dos anos, as mulheres e seus recém-nascidos vêm sendo expostos a intervenções desnecessárias, que deixam marcas em seus corpos e mentes (BRASIL, 2016).

Após essa breve retrospectiva histórica, gostaria de aqui registrar o que impulsionou este relato de experiência que, inicialmente, tem como objetivo geral discutir os aspectos sociais e legais da atenção à saúde das mulheres durante o pré-natal, apreendendo seus limites e possibilidades de atendimento e fomentar o debate de práticas integrais durante o pré-natal.

A afinidade com a temática veio surgindo compassadamente, ainda durante o bacharelado em Serviço Social, quando convidada para participar voluntariamente do projeto de extensão intitulado de “Gravidez Saudável”. Ao longo desse projeto, no município de Mossoró/RN, explanávamos, ainda como estudantes, sobre temáticas para uma gestação mais saudável, participávamos dos cursos de nutrição, fisioterapia, enfermagem e serviço social da

---

<sup>2</sup> Conhecer a área em relação a seu espaço geográfico e em relação a dificuldades vivenciadas e potencialidades.

<sup>3</sup> Observação dos determinantes em saúde, riscos e danos aos que a população se encontra exposta.

<sup>4</sup> Acompanhamento longitudinal dos indivíduos.

Universidade Potiguar – Campus Mossoró. Quando adentrei na residência, fui inserida no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-Ab) e assim fui sendo solicitada pelas estratégias que acompanhava, principalmente na temática de direitos da gestante e na condução de grupos de gestantes, juntamente com as enfermeiras.

O município de Icapuí está localizado no estado do Ceará, a 221 km da capital, Fortaleza. É um município litorâneo, com uma população estimada de 19.804 habitantes (IBGE, 2020), que vivem basicamente da pesca e da agricultura. O município conta com o serviço de oito Unidades Básicas de Saúde - UBS, todas com equipes de saúde da família e apoiadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, responsável pela implementação da experiência do pré-natal social, que realiza um atendimento diferenciado com gestantes em situação de risco e vulnerabilidade social.

Este relato de experiência dará maior ênfase às duas UBS em que a residente ficou lotada de 2018 a 2020, por ter mais propriedade para falar de sua realidade específica. A assistente social ficou responsável pela UBS Maria Antonieta Brasil - CNES 2372010, que fica localizada na comunidade de Peixe Gordo, zona rural, a 14 km da sede municipal (CNES, 2020a). A outra UBS foi a Monsenhor Diomedes de Carvalho - CNES 2371987, na comunidade de Morro Pintado, zona rural - 7 km da sede (CNES, 2020b).

Os autores pesquisados, como Wu (2015) e Passos (2006), se referem à dificuldade de encontrar relatos históricos da criação da assistência pré-natal. Assim, Passos (2006) inicia citando o atraso em relação à saúde da mulher como principal impulsionador do conhecimento popular e das parteiras que, apesar de pouco conhecimento científico, contam com experiência e força de vontade para assistir umas às outras dentro das comunidades.

No ano de 1983, o Ministério da Saúde cria o PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que ampliava a assistência à mulher para além de sua função reprodutora; trazia novidades para o cuidado em todo o seu ciclo vital. Propunha também a assistência materna com intenção de reduzir a mortalidade materna por causas evitáveis (PASSOS, 2006).

Levando em consideração o cenário global que pedia por mudanças na assistência ao pré-natal e ao parto, junto com as reivindicações de mulheres pedindo por um parto mais humanizado e que levasse suas particularidades em consideração, cria-se o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da portaria nº 569/2000 (BRASIL, 2000a; WU, 2015). Assim, para Passos (2006), o PHPN vem para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e como garantia de um acesso digno e humanizado, com o mínimo de intervenções possíveis. Trata a gestante como um sujeito de direitos, que merece ter suas escolhas respeitadas. Apesar da criação de alguns manuais, ainda se observa um abismo

entre o que está previsto nestes manuais e as ações concretas de cuidados integrais.

Entendendo a importância de o cuidado com o bebê iniciar-se a partir do momento que a gravidez é confirmada, é instituída na atenção primária a assistência pré-natal ofertada pelo Sistema Único de Saúde. A assistência pré-natal se norteia nos dispositivos legais que regem o SUS, como a Lei Orgânica da Saúde e a portaria nº 1.459/2011. A Rede Cegonha, instituída com a portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde, traz como objetivo principal viabilizar a atenção materno-infantil, e se organiza em quatro componentes que são: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria nº 1.459/2011, o componente pré-natal engloba nove medidas de atenção à saúde, das quais destacamos como principais: realização do pré-natal na UBS (Unidade Básica de Saúde) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação de risco e vulnerabilidade e a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011).

Ao primeiro contato com uma gestante, devemos acolhê-la, ter um olhar atento à sua realidade e às situações que vivencia, para além dos aspectos biológicos. O momento da gravidez é único e carrega com ele alegrias, medos, ansiedades, indagações e sentimentos contrários (BRASIL, 2018). Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 32, a primeira consulta pré-natal deve acontecer até 120 dias da gestação, e o número adequado de consultas seria de no mínimo 6 contatos, apesar de já apresentar divergência com a última proposta da Organização Mundial de Saúde – OMS que estabelece 8 contatos (OPAS, 2016). Dentro da assistência pré-natal, estão previstos ainda os exames para avaliar riscos e doenças preexistentes aos que a gestante está exposta; orientar como o pré-natal deve acontecer e, se considerado de alto risco, minimizar riscos existentes (BRASIL, 2012).

## **2 A experiência pré-natal social**

Devido às crescentes demandas recebidas pelo Serviço Social do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) acerca das situações de risco e vulnerabilidade que afligem as gestantes atendidas pelos médicos e enfermeiros da APS (Atenção Primária a Saúde) no município de Icapuí - Ceará e considerando a gestação como um período que merece maior atenção, seja pelas transformações ocorridas no corpo e mente da mulher, seja pela concepção e crescimento de uma nova vida, fez-se necessária a realização de ações que pudessem melhor

identificar os riscos aos que elas estão expostas, bem como ofertar respostas concretas que pudessem reduzi-los e/ou minimizá-los (BRASIL, 2018). Foi atendida uma média de 3 gestantes por mês durante esses 2 anos de residência.

Os riscos são frequentes em gestantes com menos de 4 anos de estudo formal; com menos de 18 anos de idade; sem companheiro; usuárias de álcool, tabaco e/ou outras drogas; com 3 filhos ou mais e/ou vivendo em situação de vulnerabilidade por questões de baixa renda, violência doméstica etc. Os riscos antes mencionados foram elencados a partir da participação da preceptora de núcleo de Serviço Social (2018-2020) no curso Qualificação em Desenvolvimento Infantil, promovido pelo Governo do Estado do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). A experiência agora intitulada de “pré-natal social” busca contribuir para uma gestação mais tranquila e saudável; busca o estreitamento dos vínculos entre gestantes e equipes de saúde, para garantir adesão às consultas de pré-natal e o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e bebê. Trata-se de ampliar a proteção social de ambos através da articulação da rede intersetorial.

O interesse pelo tema iniciou-se por uma experiência de atendimento compartilhado no pré-natal entre enfermagem e serviço social. Porém, diante da crescente necessidade, estruturou-se um fluxo de atendimento que começava com a identificação, pela enfermagem, dos casos prioritários durante as consultas de pré-natal, o compartilhamento dos casos com o serviço social, que passava a realizar o pré-natal social, concomitantemente com o pré-natal tradicional (já realizado por médicos e enfermeiros). Incluía no mínimo um atendimento individual com o serviço social; um atendimento domiciliar e a participação da gestante em uma atividade coletiva de promoção à saúde, com a temática dos direitos da gestante e do bebê. Esses processos tinham a intenção de facilitar e garantir o acesso da gestante a todos os serviços dos que viesse a necessitar durante o pré-natal.

O atendimento individual era também um momento de acolhimento à gestante, o entendimento do que essa gravidez significava para ela, o conhecimento de sua rotina, quantas semanas de gestação tinha, doenças preexistentes e alguns encaminhamentos de acordo com o necessário: ao nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, que compunham o NASF.

Já o atendimento domiciliar em sua maioria era acompanhado por uma Agente Comunitária de Saúde – ACS; durante esse processo observavam-se as situações de moradia: água encanada e luz elétrica; com quem morava: sozinha, familiares, companheiros; quem compunha sua rede de apoio; situação de renda: desempregada, estudante, se estava inscrita no cadastro único, se possuía benefício de prestação continuada, se trabalha de carteira ou recebia bolsa família; como os familiares enxergavam a gravidez: se o pai participava das consultas de

pré-natal; e avaliava-se a relação da grávida com a comunidade: se esta participava de algum serviço de convivência e como percebia a sua relação com familiares. Ainda durante o atendimento perguntava-se sobre dúvidas em relação a direitos e ali mesmo eram respondidas.

A atividade coletiva usava metodologias ativas, como a roda de conversa para valorizar a experiência das gestantes e a troca de saberes; as temáticas abordadas foram construídas a partir da Caderneta da Gestante e contaram com participações de diversos profissionais: psicólogo com a abordagem da sexualidade durante a gravidez; fisioterapeuta e boas práticas posturais; odontologista explicando os procedimentos que podem ser feitos durante o período gestacional; nutricionista ensinando maneiras de se manter saudável e boas receitas; assistente social esclarecendo direitos, entre outros. Além de, claro, a participação indispensável das enfermeiras das duas UBS, que tratavam os mais diversos temas. Iniciava-se com educação em saúde e depois se oferecia espaço para a troca de saberes.

A rede intersetorial municipal (composta pelo Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Conselho Tutelar - CT, NASF, Centro de Assistência Psicossocial – CAPS), costuma se reunir quinzenalmente no CREAS para discussão de casos, momento em que várias questões podem ser pensadas para minimizar os danos; essa estratégia é bastante utilizada durante o pré-natal quando detectada alguma vulnerabilidade.

Com esse trabalho em equipe multiprofissional e em rede intersetorial, foi perceptível a melhoria da adesão das gestantes ao pré-natal; o fortalecimento dos vínculos entre gestantes e equipes de saúde e gestantes e bebês; a diminuição dos impactos dos riscos e vulnerabilidades sociais vivenciados pelas gestantes. Por fim, podemos concluir que é de suma importância a proposta de trazer um novo olhar ao pré-natal tradicional, para que este possa servir de abertura a um cardápio mais ampliado de serviços, e para que seja considerado, para além dos aspectos biológicos da gestação, o atendimento integral da gestante. Esse atendimento parte também da valorização dos seus aspectos sociais e afetivos e do contexto em que a família está inserida. Este último se destacou como maior diferencial desta experiência pois, durante os atendimentos domiciliares, é possível para o assistente social apreender mais sobre a realidade em que a gestante se encontra e visualizar maneiras de articular a rede com vistas à garantia de uma proteção social para ela e que se estenda a toda a família.

Na busca de como estruturar o presente relato me deparei com a experiência de sistematização do conhecimento de Oscar Jara Holliday (2006) e com ele pude compreender que por mais que se tratasse de um relato, não significava descrever a experiência sem uma análise crítica dos acontecimentos.

Ao iniciar, foi feita uma pesquisa bibliográfica na busca de documentos, manuais, cadernos, leis e artigos científicos que abordassem o pré-natal no Brasil.

Para a escrita utilizou-se abordagem qualitativa e observação de campo na ótica marxista, por entender que as questões aqui perpassadas atravessam a lógica capitalista e são expressões da questão social e da luta de classes. Minayo e Minayo (2011 apud MARSIGLIA, 2006, p. 6) “consideram que os estudos na área da saúde devem usar as metodologias qualitativas para captar o “significado e a intencionalidade” inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

Assim a escolha por essa abordagem deu-se por compreender que ela abarca melhor as ciências sociais e a realidade social dos sujeitos, bem como a integralidade das questões aqui levantadas (MINAYO, 2009).

### **3 Considerações finais**

A partir do primeiro contato com a gestante, é necessário entender sua realidade, conflitos, riscos e vulnerabilidades que essa gravidez possa gerar para esta mulher. Ao se observar a realidade imposta em cada cenário particular, se faz necessário ter sensibilidade e olhar crítico para as situações enfrentadas, de maneira que assim possam surgir soluções e propostas para minimizar os riscos e exposições encontradas; por isso a importância de oferecer durante o pré-natal um olhar integral, que não exclua o pré-natal tradicional feito por médicos e enfermeiros, para que juntos possam agregar e garantir direitos à mulher durante todo o processo (pré-natal, parto e puerpério).

Houve ainda uma certa indignação ao perceber que os manuais que norteiam a assistência pré-natal na atenção básica já se encontram defasados por não levarem em consideração a orientação mais recente da OMS (OPAS, 2016), de um mínimo de 8 contatos pré-natais, com a intenção de redução de mortes perinatais. Isso apesar de entender que o fato de estar atualizado não garante adesão dos profissionais.

Em 2020, Monteiro *et al.* apresentam um estudo com intenção de investigar as puérperas que durante o pré-natal receberam educação em saúde sobre o parto e boas práticas obstétricas. Discute que houve influência dos fatores socioeconômicos na assistência prestada às mulheres e cita fatores: mulheres menos favorecidas economicamente, mulheres negras, falta de comunicação entre profissionais e gestantes, problemas estruturais de falta de leito (MONTEIRO *et al.*, 2020). As observações contidas no estudo citado vão ao encontro dos riscos citados no tópico “A experiência pré-natal social”, e do entendimento que as expressões



sociais perpassam e se expressam em todos os momentos de nossas vidas, inclusive no momento do parto.

Outro fato que nos chamou a atenção foi o estudo de Silva, Andrade e Bosi (2014), que analisava o acesso e o acolhimento no cuidado pré-natal ao olhar de 13 gestantes. Uma delas cita o fato de o acolhimento ter todo um impacto positivo sobre a consulta, o que corrobora com a ideia do “pré-natal social” para que a gestante possa se sentir acolhida e vinculada à equipe.

A tese de Wu (2015), em sua conclusão, reforça a necessidade de um olhar cada vez mais integralizado, desde o pré-natal, para que durante o parto essas mulheres e seus bebês tenham uma assistência digna; a informação é uma forma poderosa de garantia de direitos.

O pré-natal “tradicional” aqui citado é o já realizado por enfermeiros e médicos nas Unidades Básicas de Saúde e que seguem o que antes foi dito, um mínimo de 6 consultas, solicitação de exames, atualização vacinal, testagem rápida, entre outros procedimentos pertinentes a cada uma dessas profissões.

Apresentou-se como resultado desta pesquisa a melhoria da adesão das gestantes ao pré-natal; fortalecimento dos vínculos entre gestantes e equipes de saúde e entre gestante e bebês. Com a articulação da rede intersetorial houve a diminuição dos riscos e vulnerabilidades sociais vivenciados pelas gestantes, resultados estes que demonstram o trabalho que a equipe multiprofissional vem desenvolvendo com esse público-alvo.

## Referências

BRASIL. **Caderneta da Gestante**. 2018. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>.

Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf). Acesso

em: 21 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 25 ago. 2020.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Conitec, 2016. Disponível em:

[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. 2020a. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2305352372010>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. 2020b. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2305352371987>. Acesso em: 16 jul. 2020.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FROMENTON, Y. F. **Educação permanente em saúde: representações sociais de enfermeiros da saúde da família**. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

GODINHO, R. W. A.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, dez. 2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext). Acesso em: 15 ago. 2020.

HOLLIDAY O. J. **Para sistematizar experiências**. 2. ed. Brasília: Ministério do Meio

Ambiente, 2006. 128 p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sobre o panorama de Icapuí, Brasil, 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/icapui/panorama>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. *In*: MOTA, Ana Elizabete da *et al.* (org). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto3-1.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 109 p.

MONTEIRO, B. R. *et al.* Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n4/pt\\_0034-7167-reben-73-04-e20190222.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n4/pt_0034-7167-reben-73-04-e20190222.pdf). Acesso em: 17 jul. 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra, 1978. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 25 ago. 2020.

OPAS. **Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo**. 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5288:mulheres-gravidas-devem-ter-acesso-aos-cuidados-adequados-no-momento-certo-afirma-oms&Itemid=820). Acesso em: 15 ago. 2020.

PASSOS, A. A. **Assistência pré-natal no Ceará na perspectiva do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. 2006. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

SANT'HELENA, M. M. *et al.* Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira. *In*: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1., 2013, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: CRESS-SC, 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanitária-às-Privatizações-discutindo-a-saúde-pública-brasileira.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, feb. 2005.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, out-dez 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?>

resource\_ssm\_path=/media/assets/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf. Acesso em: 23 ago. 2020.

WU, I. G. C. **O nascimento humanizado**: a assistência pré-natal e ao parto na saúde pública do Município de Manaus. 2015. 112 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.