



UNIVERSITY OF SOUTHAMPTON
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ

Direito à saúde da mulher e da criança nos primeiros 1000 dias

BRASIL – 2020



©2020 EUQUERO 1000 DIAS

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. O conteúdo desta obra pode ser acessado na página: <http://euquero.org.br>

Tiragem: 1ª edição – 2020

Elaboração, distribuição e informações:

EUQUERO 1000 DIAS

Tel.: (00) 0000-0000

CEP: 00000-000 – Brasil

Site: www.euquero.org.br

E-mail: contato@euquero.org.br

University of Southampton

Coordenação-Geral / Reino Unido:

Andrew Amos Channon

Pesquisadora:

Pia Riggirozzi

Universidade Federal do Maranhão

Coordenação / Brasil e Maranhão:

Rosângela Fernandes Lucena Batista

Pesquisadoras:

Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Zeni Carvalho Lamy

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Laura Lamas Martins Gonçalves

Ruth Helena de Souza Britto F. de Carvalho

Mestranda em Saúde Coletiva:

Stephanie Matos Silva

Doutorandas em Saúde Coletiva:

Isabelle Aguiar Prado

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

Raíssa Rabelo Marques Rebouças

Ilustração e Diagramação:

Alexsandra Costa Serra

Arthur Costa Serra

Universidade Federal de Goiás -

Universidade Federal de Jataí

Coordenação / Goiás:

Aridiane Alves Ribeiro

Pesquisadores:

Ana Amélia Freitas Vilela

Diego Augusto Diehl

Helga Maria Martins de Paula

Verônica Clemente Ferreira

Marta Roverly de Souza (Conselho Executivo)

Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Assistente de Pesquisa:

Nina Franco Luz

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Euquero mill dias

Direito à saúde da mulher e da criança nos primeiros 1000 dias. – Brasil : Euquero, 2020.

ISBN

Sumário

APRESENTAÇÃO	2
INTRODUÇÃO	3
1 CONHECENDO OS DIREITOS DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO/NASCIMENTO E PUERPÉRIO E DA CRIANÇA NOS PRIMEIROS 1000 DIAS	8
PARTE 1: DIREITOS À SAÚDE	12
Direitos transversais a todas as fases	12
Direito de ser atendida por profissionais devidamente identificados	12
Direito de ser tratada pelo nome	12
FASE 1: PRÉ-NATAL	13
Direito a consultas pré-natais	14
Direito a exames laboratoriais pré-natais	15
Direito ao acompanhamento na Caderneta da Gestante (ou Cartão da Gestante)	16
Direito a acompanhante de livre escolha em todo o pré-natal	16
Direito ao encaminhamento (referenciamento) para serviços especializados	17
Direito a orientações, desde o pré-natal, sobre boas práticas no parto	17
Direito a ser informada, desde o pré-natal, sobre os benefícios e riscos das diversas vias do parto	17
Direito de ser informada, desde o pré-natal, sobre os sinais de início do trabalho de parto	18
Direito de ser informada, desde o pré-natal, sobre os sinais de risco de complicações para a mulher e o bebê	19
Direito ao acompanhamento no pré-natal de alto risco	19
Direito a saber o local onde ocorrerá o parto	20
Direito ao Plano de Parto	20
Direito a orientações, desde o pré-natal, sobre o aleitamento	20
Direito ao pré-natal odontológico	21
Direito a orientações sobre boas práticas alimentares e suplementação	21
Direito à vacinação	21
FASE 2: PARTO E NASCIMENTO	23
Direito ao Acolhimento com Classificação de Risco	24
Direito a um acompanhante de livre escolha em tempo integral durante toda a internação	24
Direito a um profissional responsável pelo atendimento ao parto	25
Direito a ter acesso a diferentes formas de alívio da dor	25
Direito a receber cuidado baseado em boas práticas no parto e nascimento	25

Direito à atenção humanizada em situação de abortamento	26
Direito ao contato pele a pele e ao aleitamento materno na primeira hora de vida	27
Direito de ter o cordão umbilical cortado em tempo oportuno	27
Direito ao alojamento conjunto com sua mãe	27
Direito a ser internado no componente da Unidade Neonatal de acordo com sua necessidade	28
Direito ao livre acesso e permanência dos pais na Unidade Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários	28

FASE 3: PUERPÉRIO

PUERPÉRIO IMEDIATO	31
Direitos das mulheres portadoras de HIV/HTLV	32
Direito à informação e acesso a métodos contraceptivos (planejamento familiar) no pós-parto e em situação de abortamento	32
Direito à alta qualificada e responsável	33
Direito à Visita Domiciliar	33
Direito a amamentar seu filho ou sua filha	34
PUERPÉRIO TARDIO E REMOTO	
Direito ao pronto atendimento na maternidade com garantia da presença do seu bebê e do acompanhante	35
Direito de atenção especializada em situação de depressão pós-parto	35
Direito a entregar o(s) filho(s) para adoção	36
Direito ao Planejamento Familiar	36

FASE 4: CRIANÇA ATÉ 2 ANOS

FASE 4: CRIANÇA ATÉ 2 ANOS	37
Direito ao Registro Civil gratuito	38
Direito a Triagens Neonatais em tempo oportuno	38
Direito à Caderneta da Criança	39
Direito às vacinas indicadas no Calendário Básico	39
Direito a receber visita domiciliar da equipe da Atenção Primária	39
Direito ao aleitamento materno	40
Direito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	40
Direito a cuidados especiais, quando necessário	42
Direito à assistência à saúde especializada, quando necessário	42
Direito a Tratamento Fora do Domicílio e transporte seguro	42
Direito à alimentação	43
Direito a ser protegida pela família e sociedade	43
Direito a creches	44
Direito a brincar	44
Direito a receber proteção e socorro em primeiro lugar, em situações de emergência	45
Direito à proteção contra atos de discriminação	45

PARTE 2: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A CRIANÇA	46
PARTE 3: DIREITOS SOCIAIS E TRABALHISTAS	48
2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL DAS MULHERES NA SAÚDE MATERNA E INFANTIL	50
A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO DE GRUPOS DE MULHERES	54
METODOLOGIA EUQUERO PARA FORMAÇÃO DE GRUPOS COM MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	54
Construindo um diagnóstico participativo da saúde materna e infantil na comunidade	54
Considerações sobre o contexto de vida das mulheres para organização dos encontro	56
Técnicas para desenvolvimento de encontros com grupos de mulheres	57
Alguns passos na formação de grupos de orientação coletiva	57
Algumas etapas para desenvolvimento do encontro em grupo	58
<i>Pré-encontro: organização do espaço e dos materiais necessário</i>	58
<i>No encontro: acolhimento, vivência-aprendizado e encaminhamento</i>	59
<i>Pós-encontro: manutenção e fortalecimento do vínculo entre e com o grupo</i>	59
3 CAMINHOS PARA FAZER VALER OS DIREITOS	62
Diálogo com a equipe de saúde da UBS	65
Diálogo com os gestores de saúde	65
Participação no controle social do SUS	66
A ouvidoria do SUS	67
Outros caminhos instucionais para a garantia de direito	68
O Poder Judiciário e a garantia de direitos	70
Poder Legislativo e imprensa como ferramentas para a defesa do direito à saúde	71
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: NOSSA CONVERSA NÃO TERMINA AQUI	73
A importância do diálogo e do respeito à autonomia das mulheres	77
REFERÊNCIAS	78

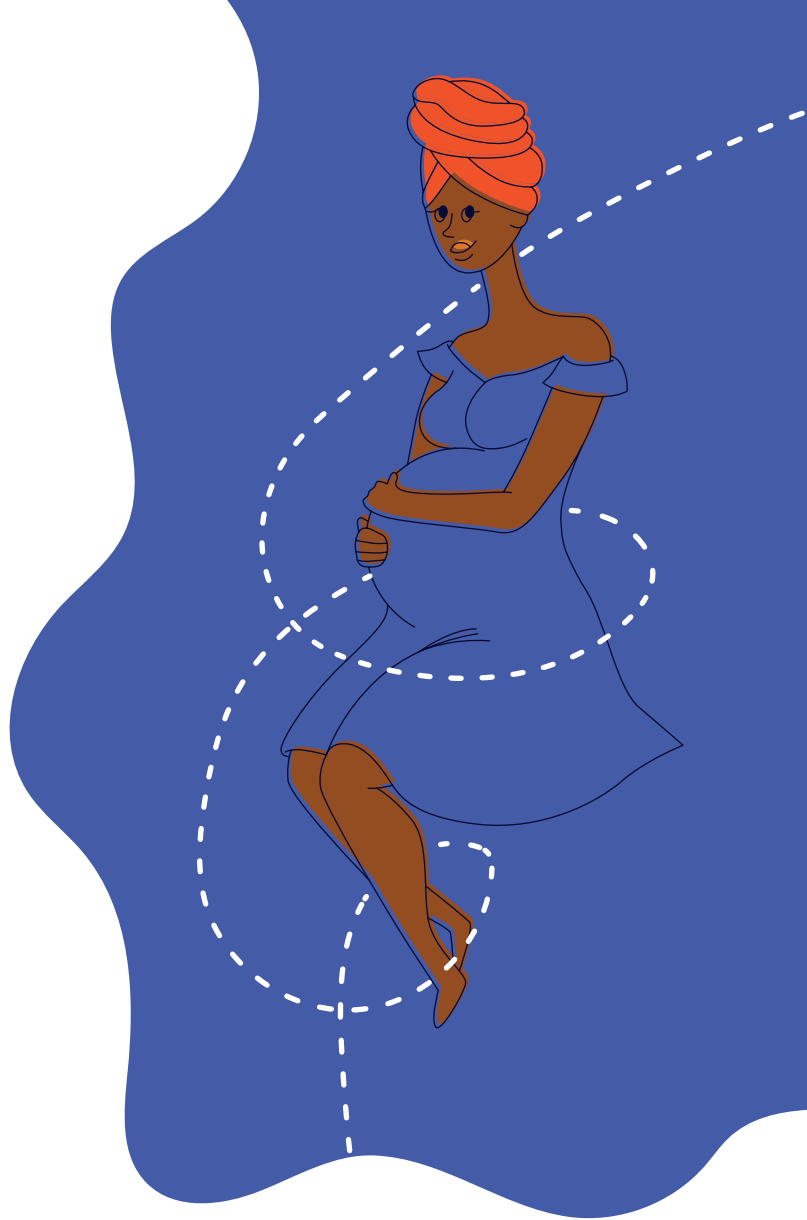
Apresentação

Esta Cartilha faz parte do Projeto “Envolvendo Usuários para Melhoria da Qualidade dos Serviços e Garantia de Direitos (EU QUERO)”, produto de uma parceria entre universidades nacionais e internacionais (Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Universidade Federal de Goiás - UFG e University of Southampton).

Este Projeto pretende contribuir para a implementação de melhorias na qualidade dos serviços ofertados e na ampliação do acesso de mulheres aos serviços de saúde materna e infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) nos primeiros 1000 dias (do primeiro dia de gravidez aos 24 meses de vida).

O Projeto EU QUERO propõe intervenções a partir da perspectiva tanto de usuárias quanto dos profissionais de saúde. É resultado de uma construção coletiva feita em vários momentos e por muitas mãos, a partir de discussões sobre direitos de mulheres e de crianças com gestores da área de saúde (de âmbito federal, estadual e municipal), representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs), pesquisadores e alunos das universidades, usuárias e profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde.

Este projeto encontra-se também alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) enunciados pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, especialmente os Objetivos 3 (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades) e 5 (Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas). Esses ODS propõem a redução da mortalidade materna e de mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, além de assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação.



A Cartilha é composta por três capítulos. O capítulo 1 aborda os direitos das mulheres e das crianças nos primeiros 1000 dias de vida, divididos em quatro fases: pré-natal, parto/nascimento, puerpério e acompanhamento aos menores de 2 anos. Nesse primeiro capítulo, discutimos ainda questões de violência contra a mulher e a criança. O capítulo 2 aborda estratégias para formação de grupos de mulheres, na perspectiva da educação popular. O capítulo 3 apresenta caminhos para auxiliar na garantia dos direitos. Por fim, as considerações finais fazem o convite ao leitor para o contínuo diálogo sobre autonomia da mulher. Informações adicionais, como item “Saiba Mais”, estão disponíveis no site do Projeto EU QUERO (<http://www.euquero.ufma.br>).



Introdução

No Brasil, acontecem cerca de três milhões de nascimentos por ano, com muitas mortes maternas e infantis (BRASIL, 2019). A mortalidade materna é maior entre mulheres pobres, de cor preta e que vivem em áreas rurais. As adolescentes são as que têm maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez.

Você sabia?

Morte materna corresponde ao falecimento de uma mulher durante a gestação ou em um período de 42 dias após o término da gestação.

Muitas dessas mortes são evitáveis. Sabe-se que a qualidade dos cuidados antes, durante e após o parto pode salvar a vida de mulheres e recém-nascidos. Ter acesso a esses cuidados qualificados em saúde é um direito da mulher e da criança.

Mas será que esse direito está realmente sendo garantido? Esforços vêm sendo feitos para produzir uma mudança nos modos de cuidar da saúde das mulheres e das crianças. Para isso, ainda são necessárias transformações nas relações entre trabalhadores da saúde e usuárias e uma revisão dos valores que orientam as práticas profissionais.

Nesse sentido, foi lançada pelo Ministério da Saúde, em 2011, a Rede Cegonha (RC), que

consiste em uma rede de cuidados que visa a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Você sabia que o período desde a gestação até o segundo ano de vida é muito importante para o desenvolvimento da criança? Esse período é chamado de 1000 dias.

Os primeiros 1000 dias da criança compreendem o período entre a concepção e os dois anos de idade (24 meses), totalizando 270 dias da gestação, somados aos 365 dias do primeiro ano de vida e 365 dias do segundo ano. Esse conceito passou a ser utilizado a partir de 2008, pois muitas pesquisas vêm demonstrando a importância desse período e seus reflexos no desenvolvimento dos indivíduos em curto, médio e longo prazo. Por isso, a garantia dos direitos das mulheres e das crianças é tão importante.

Será que a equipe de saúde, especialmente o agente comunitário de saúde, pode contribuir para a garantia desses direitos?

Você sabia?

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008. São compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Essa atuação integrada permite a realização de discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares, e a construção conjunta de projetos terapêuticos. Qualquer município pode implantar equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de saúde de caráter territorial, abertos e comunitários, substitutivos do modelo asilar. São constituídos por equipes multiprofissionais que atuam de modo interdisciplinar. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Centro de Referência da Assistência Social (CRAS):

O CRAS é uma unidade de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social, que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A proteção básica destina-se à população que está em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, entre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social, discriminações de gênero, étnicas, por idade, por deficiências.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS):

Os Centros de Referência Especializados de Assistência Social fazem parte do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A partir do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), oferecem ações de orientação, proteção e acompanhamento às famílias com um ou mais membros em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados.

Para refletir

Em sua área de atuação, você dialoga frequentemente com os outros profissionais de sua equipe? E de outras equipes de atenção da rede de saúde ou ainda de outros setores? Que estratégias você e seus colegas utilizam (ou poderiam utilizar) para melhorar a aproximação com os outros profissionais?

A garantia dos direitos das mulheres e das crianças envolve: acolhimento, atendimento qualificado, informação, orientação, notificação de casos suspeitos ou confirmados de doença e a continuidade do cuidado, tanto nos serviços de saúde quanto nos serviços da rede de educação, da assistência social, conselho tutelar, segurança pública, entre outros dispositivos e/ou equipamentos públicos e privados.

Envolver a comunidade local, trabalhadores da saúde e autoridades (gestores) cria a possibilidade de participações inclusivas, que aumentam a capacidade de resposta e melhoram a qualidade dos serviços de saúde. Para isso, é muito importante o trabalho em conjunto entre os agentes comunitários de saúde e os demais

profissionais da equipe da Atenção Primária em Saúde, inclusive aqueles do NASF, CAPS e CREAS. E, ainda, o trabalho conjunto com equipes de saúde de outros pontos da Rede de Atenção (como equipes da assistência especializada ou mesmo hospitalar).

Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham o papel de agentes de mudanças da comunidade, pois são o elo da relação entre a comunidade e as instituições de saúde. Podem ajudar no desenvolvimento de ações preventivas e, acima de tudo, podem ajudar as pessoas, famílias e comunidades a assumirem o protagonismo no cuidado de sua própria saúde e na luta pelos seus direitos.

Apoiar as mulheres e informá-las sobre os seus direitos é uma forma efetiva de promover o cumprimento desses direitos, inclusive o direito ao próprio corpo e à autonomia.

Você é importante para a promoção dos direitos das mulheres e das crianças!

Por que é importante conhecer as direitas?

- 1.** Porque são a base da nossa vida em sociedade.
- 2.** Para exigir seu cumprimento perante as autoridades, exigir penalidades para aqueles que violarem nossos direitos e, até mesmo, demandar uma reparação de danos.
- 3.** Para desenvolver estratégias e ferramentas para combater as causas fundamentais das desigualdades na saúde devido à pobreza, discriminação e falta de acesso à educação formal.
- 4.** Para desenvolver estratégias e ferramentas para combater outros fatores estruturais que dificultam o acesso aos direitos e a garantia de dignidade de mulheres e crianças.



Mas quais são os direitos da mulher e da criança ao longo dos 1000 dias? Qual será o seu papel para garantia desses direitos? Convidamos você a ler esta Cartilha! Convidamos você a refletir sobre essas questões, sobre o seu trabalho e sobre a assistência à saúde da mulher e da criança no seu território.

O objetivo desta cartilha é orientar o trabalho de profissionais de saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde, para que possam informar usuários e a comunidade em geral acerca dos direitos das mulheres e das crianças, possibilitando a criação de estratégias de suporte para a garantia desses direitos.

Para alcançar esse objetivo, acompanhamos a história de Joana, moradora de Juçara, município localizado no extremo norte de um estado brasileiro. Por meio de suas vivências desde a sua primeira gestação, esperamos que você reflita sobre a atuação do agente comunitário de saúde com a equipe da Estratégia Saúde da Família para a garantia dos direitos da mulher e da criança nos primeiros 1000 dias.

Antes de falar sobre Joana, vamos conhecer as características da sua cidade?

O município de Juçara é conhecido por sua diversidade cultural. Tem uma população de 18 mil habitantes. A maior parte dos habitantes de Juçara reside na zona rural, vivendo da agricultura, pesca e artesanato, tradicionalmente produzido por rendeiras da região.

Porém nem só de coisas boas vive a cidade de Juçara. Ainda falta muito para que seu povo possa viver mais feliz! O saneamento básico ainda é precário e o abastecimento de água ocorre principalmente por meio de poços artesianos. As pessoas enfrentam muitas dificuldades de transporte, saúde e educação.

Características demográficas e socioeconômicas do município de Juçara:

- População: 18 mil habitantes
- Densidade demográfica: 21 hab/km²
- PIB per capita: 6.576,34 reais

- % da população em extrema pobreza: 35,65
- Esgotamento sanitário: 15,1%

O município de Juçara apresenta cobertura de 70% na Atenção Básica. Sua rede assistencial é composta por quatro Unidades Básicas de Saúde, todas com modelo da Estratégia Saúde da Família e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF I). A cidade possui ainda um CAPS I, uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de um hospital municipal com 33 leitos.

Rede assistencial do município de Juçara:

- 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 4 eSF, 1 ESB e 42 ACS
- 01 CAPS I
- 01 Hospital Municipal com 33 leitos, sendo 5 obstétricos

Ao longo deste material, falaremos especialmente da UBS Coqueiro, onde trabalha a agente comunitária de saúde Ana. Conheceremos o seu trabalho e o da equipe da Estratégia Saúde da Família a partir das vivências de Joana.

A UBS Coqueiro fica localizada na zona rural do município, existe há 15 anos no povoado de mesmo nome e, desde então, é responsável pelo cuidado das pessoas de toda a região no entorno. Lá, trabalham a médica Camila, a enfermeira Raquel, o técnico de enfermagem Márcio e nove agentes comunitários de saúde, que se dividem nas microáreas de abrangência, compondo a equipe da Estratégia Saúde da Família.

A agente comunitária de saúde Ana

Vamos acompanhar o trabalho de Ana, uma dessas agentes comunitárias. Ana tem 42 anos, vive nas redondezas da UBS Coqueiro desde que nasceu e conhece a região como a palma de sua mão! A microárea coberta por ela é a mais distante da UBS e é também a mais desafiadora para a equipe. É sempre difícil acompanhar os moradores da localidade devido à distância (cerca de 3km) e ao acesso, que é bastante complicado, sobretudo em tempos

chuvosos. Ana é casada, tem dois filhos. Ela é bastante participativa nas atividades da sua comunidade, o que facilita o acompanhamento das famílias.

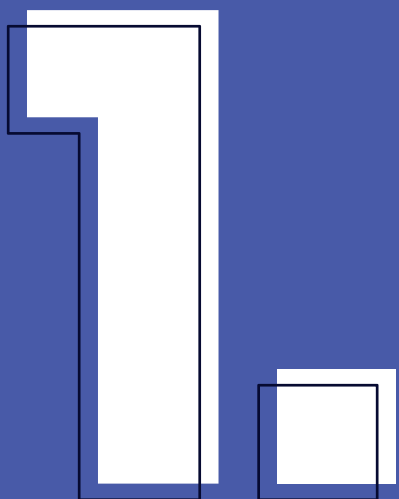
Às vezes, Ana se sente insegura porque não conhece muito bem os direitos das mulheres e crianças e não sabe muito bem como orientá-las. Mesmo com as dificuldades cotidianas do trabalho, Ana faz o que pode. Busca se informar e tirar suas dúvidas nas reuniões da equipe, mas acredita que ainda pode melhorar!

A usuária Joana

Joana é uma mulher parda, 20 anos de idade, moradora da zona rural do município de Juçara, no povoado de Coqueiro. Reside em uma casa de taipa (paredes de barro), sem acesso a saneamento básico. É a primeira filha do casamento de dona Josefa e do senhor Raimundo, agricultores familiares. Possui cinco irmãos, que têm 7, 8, 9, 15 e 19 anos. Como irmã mais velha, ajuda seus pais com os serviços domésticos enquanto eles trabalham na lavoura. Teve sua primeira gestação aos 18 anos, fruto de um namoro com um rapaz que conheceu em sua escola, o Mauro, de 17 anos. Joana não concluiu o ensino médio, pois, com a gravidez e as atividades domésticas, não conseguiu conciliar as atividades da escola. Na época, o namorado também resolveu parar os estudos e começou a fazer trabalhos temporários de pedreiro para ajudar no sustento da criança que ia nascer. O tempo foi passando e a relação de Joana e Mauro não ia bem, muitas brigas e desentendimentos acabaram levando ao término da relação. Pouco antes de Joana dar à luz, recebeu a notícia que Mauro tinha ido para a capital morar com parentes para estudar. Desde então não teve mais notícias do ex-namorado, que não presta assistência ao filho até hoje

Você nos acompanhará nessa história e refletirá conosco acerca dos direitos da mulher e da criança ao longo dos primeiros 1000 dias de vida. Vamos lá?





**Conhecendo os
direitos da mulher
no pré-natal,
parto/nascimento
e puerpério e da
criança nos
primeiros 1000 dias**





Sabemos que a maternidade é um período bastante peculiar na vida das mulheres e que cada uma pode viver esse momento de maneiras diferentes. Mas o que não pode ser diferente é o fato de que todas as mulheres e seus filhos, não importa em que lugar do Brasil estiverem, têm direito à saúde de qualidade, com respeito e dignidade.

São objetivos do capítulo 1:

- Ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, sobre os direitos em saúde de mulheres, durante a gravidez, parto e puerpério, e de crianças do nascimento até os dois anos de idade;
- Informar os profissionais de saúde sobre os direitos sociais e trabalhistas de mulheres e crianças nos primeiros 1000 dias;
- Discutir o papel de profissionais de saúde em casos de violência contra a mulher e a criança;
- Ampliar a capacidade dos Agentes Comunitários de Saúde para o reconhecimento dos direitos negligenciados;
- Instrumentalizar os Agentes Comunitários de Saúde para empoderar as usuárias sobre os seus direitos e de seus filhos nos primeiros 1000 dias.

Você se lembra de Joana, moradora do município de Juçara? Vamos conhecer um pouco mais essa mulher?

Na primeira gravidez, Joana não fez nenhuma consulta de pré-natal. A Unidade Básica de Saúde mais próxima é a de Coqueiro e fica a cerca de 50 minutos a pé. O caminho até lá é bastante difícil, especialmente nos dias chuvosos, ainda mais para uma mulher gestante! Ouvia de sua mãe, dona Josefa, que, na época dela, todo mundo paria em casa e não tinha essa história de ir se consultar. Dona Josefa teve seis filhos, todos em partos domiciliares e sempre deu tudo certo, por que não seria assim com Joana?

A jovem seguiu a sua primeira gestação fazendo o que sempre fazia: cuidando das tarefas domésticas e de seus irmãos enquanto seus pais buscavam o sustento da família. Com 39

semanas de gestação, começou a sentir contrações e entrou em trabalho de parto. Fez o parto domiciliar com a mãe e dona Maria, a parteira da região. Joana sempre diz que o parto foi muito demorado e que sentiu muita dor, mas que foi importante ter contado com a presença de dona Maria!

Assim que nasceu Francisco, seu primeiro filho, começou a se preocupar com a situação financeira da família. O dinheiro estava pouco, mas não poderia trabalhar fora de casa, já que ela era responsável por ajudar nos afazeres domésticos. Soube por uma vizinha que poderia receber o Bolsa Família, mas que, para garantir o recebimento, precisaria sempre comparecer à UBS para que seu bebê recebesse os cuidados e acompanhamento da equipe de Saúde da Família. Assim, pediu informações sobre o benefício para a agente comunitária de saúde Ana e começou a marcar sempre as consultas e vacinas de seu filho.

Há cerca de 8 meses, conheceu Anderson, rapaz bastante trabalhador, vendedor de legumes e hortaliças na feira da cidade, além de conhecido da família de Joana. Com dois meses de namoro, resolveram morar juntos na casa de Joana.

A partir da narrativa de Joana, vemos que muitos fatores estão envolvidos para a efetivação de direitos. Você consegue identificar quais barreiras Joana encontrou para ter seus direitos garantidos no período dos 1000 dias? A dificuldade de acesso para chegar até a Unidade Básica de Saúde, a organização familiar de Joana e questões econômicas são aspectos a serem considerados quando analisamos possíveis barreiras para a efetivação de direitos. No seu território, você já deve ter visto muitas histórias como a de Joana. Você conhece quais são os direitos que Joana teria nessa fase?

Vamos conversar agora sobre esses direitos. Para tanto, esse capítulo está dividido em três partes: I. Direitos à saúde; II. Violência; e III. Direitos sociais e trabalhistas.

An illustration on the left side of the page shows a pregnant woman with dark skin and curly hair, wearing an orange top. She is holding a young child with dark skin and curly hair, who is wearing a blue shirt. Above them is a simple illustration of an orange lampshade hanging from a cord. The background is a solid blue color.

Parte 1

Direito à saúde

Direitos transversais a todas as fases

Alguns direitos são transversais a todas as fases dos 1000 dias e serão abordados aqui. Os demais serão discutidos nas seções específicas: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e criança até os dois anos de idade.

Você conhece a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS? Ela é bem importante e traz alguns dos direitos aos quais faremos referência aqui!

Direito de ser atendida por profissionais devidamente identificados

Os profissionais devem estar identificados com nome e função por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil visualização. Além disso, os profissionais também devem sempre se apresentar às parturientes ao abordá-las, informando seus nomes e funções.

Direito de ser tratada pelo nome

A identificação das usuárias deve ser feita pelo nome e sobrenome, devendo existir, em todo documento de identificação, um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamada, independentemente do registro civil, não podendo ser tratada por número, nome de doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

A mulher deve ser tratada pelo nome em todas as circunstâncias. Entretanto é no ambiente hospitalar, durante a internação para o parto e nascimento, que esse direito costuma ser mais negligenciado.

Agora vamos abordar os direitos relativos a cada uma das fases dos 1000 dias:

Fase 01

Pré-natal



Joana está grávida novamente, agora com 5 meses de gestação, e seu primeiro filho, o Francisco, é um belo menino de um ano e dois meses. Há 3 meses, Joana sentiu alguns desconfortos e começou a desconfiar que pudesse estar grávida. Logo, a barriga começou a crescer e todos tiveram a certeza que ela estava gestante novamente. Joana ouviu de outras mulheres que fazer o pré-natal é importante para a saúde dela e de seu bebê e para continuar recebendo o Bolsa Família.

Em uma das visitas domiciliares, Ana, a agente comunitária de saúde responsável pela micro-área onde Joana reside, percebeu que Joana estava grávida e informou sobre a importância de iniciar o pré-natal. A profissional, então, tratou logo de fazer o agendamento da consulta, pois Joana já estaria com aproximadamente 16 semanas. Mesmo sabendo a importância das consultas, ela tem muitas dificuldades para deslocar-se até a UBS Coqueiro devido à distância.

Em seu contexto de trabalho, é possível que o acompanhamento pré-natal seja visto como uma atividade rotineira da equipe. Mas você já parou para pensar que o acompanhamento pré-natal é fundamental para a garantia de diversos direitos à saúde da mulher e da criança nos 1000 dias?

O acompanhamento no pré-natal inclui escuta qualificada da mulher, orientações, anamnese (roteiro de perguntas sobre a vida da gestante), exame físico e exames laboratoriais. Além disso, é uma excelente oportunidade para o estabelecimento ou fortalecimento de vínculos com as mulheres para a produção de saúde e garantia de direitos. Vamos conhecer mais dos direitos relacionados ao pré-natal?

Direito a consultas pré-natais

A mulher tem direito a iniciar as consultas de pré-natal o mais brevemente possível, ainda no primeiro trimestre (antes de 13 semanas), incluindo, no mínimo, seis consultas. Devem ser realizadas, pelo menos, três consultas médicas (com médico(a) de família e comunidade ou generalista), três consultas de enfermagem e uma

consulta odontológica. Devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais até a 36ª e semanais até o parto. Isso é muito importante para o bom curso da gravidez, preparando a mulher para um bom parto e puerpério.

Cada trimestre compreende quantas semanas?

- **1º trimestre** (os três primeiros meses): de 0 a 13 semanas
- **2º trimestre** (do 4º ao 6º mês): de 14 a 26 semanas
- **3º trimestre** (do 7º ao 9º mês): de 27 a 40/41 semanas

Vimos que Joana iniciará o pré-natal tardiamente, com 16 semanas de gestação. Nesse caso, a atuação da agente Ana foi muito importante para que Joana realizasse o acompanhamento pré-natal em sua segunda gestação. Você percebe o papel de Ana para a efetivação do direito ao acompanhamento pré-natal? O Agente Comunitário de Saúde é o elo com a comunidade e a busca ativa no território é uma estratégia fundamental para que o maior número de mulheres tenha acesso a esse direito.

Toda consulta é uma oportunidade de escuta, de criação de vínculo e de esclarecimento de dúvidas e orientação sobre saúde sexual, saúde reprodutiva, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica etc. É também uma oportunidade de prevenção e promoção de saúde da mulher.

Você sabia?

A sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, principalmente a feminina. Segundo a OMS, saúde sexual é o bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, livre de coerção, discriminação e violência. A saúde reprodutiva, por sua vez, implica que a pessoa pode ter uma vida sexual segura e satisfatória, com autonomia para decidir quando e quantos filhos quer ter. As equipes de Atenção Primária têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e reprodutiva.

A Unidade Básica de Saúde, por sua localização no território, coloca-se como um serviço estratégico para garantir amparo e acolhimento, inclusive nas situações de gestação não desejada. Nesses casos, é direito da mulher o acompanhamento profissional, sem preconceitos, com uma escuta acolhedora, singular e integral. O acompanhamento psicológico no período pré e pós-natal também é um direito da mulher, incluídas as gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção. Nesse caso, elas devem também ser encaminhadas à Vara da Infância e da Juventude.

Ana informou que a consulta de Joana estava marcada para a semana seguinte. Joana, que não costumava ir ao médico, passou a semana pensando como seria a consulta. O seu maior medo era não saber falar com os “doutores”, dizer alguma bobagem diante daquela gente “tão entendida”.

É importante que todas as gestantes sejam acolhidas na unidade de saúde, tendo seus sentimentos e particularidades respeitadas, com garantia de sigilo e privacidade no atendimento. Mulheres com necessidades especiais, em situação de rua, presidiárias ou com outras necessidades também têm os mesmos direitos. Em todas essas situações, é muito importante combater preconceitos e reconhecer e valorizar as potencialidades de cada uma.

Mulheres com depressão durante a gestação exigem cuidados especiais. Essa situação pode ser identificada com a ajuda dos familiares e dos profissionais de saúde e tratada com apoio psicológico e outras ofertas articuladas pelo serviço de saúde. Mulheres que receberam diagnóstico de alguma doença durante a gravidez e/ou que recebem o diagnóstico que seu filho pode ter ou tem algum problema de saúde são ainda mais propensas a desenvolver sintomas de depressão.

As manifestações podem ser: sintomas físicos sem causa orgânica (tremores, dores no corpo, dores de cabeça, sensação de cansaço, perda de apetite), dificuldade de concentração, choro fácil, tristeza, preocupações excessivas, ansiedade, medo, sentimento de culpa excessiva,

pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimentos de inadequação e rejeição ao bebê.

As mulheres com esses sintomas precisam ser encaminhadas para atendimento especializado em saúde mental caso:

- Durem mais de duas semanas;
- Piores;
- Tornem difícil o autocuidado;
- Dificultem a realização das tarefas diárias;
- Incluam pensamentos de autoagressão ou de agressão contra seu bebê

Direito a exames laboratoriais pré-natais

Em algumas situações, há dificuldades na garantia do direito aos exames laboratoriais. Alguns desses exames já devem ser solicitados desde a primeira consulta. Você sabe quais são eles? Veja alguns abaixo.

Exames laboratoriais que devem ser realizados na 1ª consulta do pré-natal de baixo risco:*

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);
- Glicemia de jejum;
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- Exame de urina e urocultura;
- Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional;
- Citopatológico de colo de útero (se necessário);
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);
- Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

Você sabia?

Em Goiás, há o “Teste da Mamãe” na primeira consulta e com 28 semanas, para detectar: doença de chagas, citomegalovírus, rubéola, hepatites B e C, toxoplasmose, HTLV, HIV, Sífilis.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*, 2012

Direito ao acompanhamento na Caderneta da Gestante (ou Cartão da Gestante)

Joana foi recebida pela enfermeira Raquel, que a orientou sobre o acompanhamento pré-natal e lhe entregou a Caderneta da Gestante, na qual todas as informações das consultas seriam inseridas até o momento do parto.

Você já utilizou a Caderneta da Gestante para conversar com as mulheres sobre os direitos neste período?

Na primeira consulta pré-natal, a gestante já tem o direito de receber a Caderneta da Gestante, que a acompanhará até o momento do parto. Nela, há informações para a gestante, parceiro(a) e família sobre o processo da descoberta da gravidez, da formação do feto, sobre o que é rotineiro ocorrer na gestação e sinais e sintomas que precisam ser acompanhados atentamente. Também aborda a saúde da mulher durante o pré-natal, o que esperar do parto e cuidados do puerpério. A Caderneta pode funcionar como uma ferramenta para que as mulheres se sintam fortalecidas nestes momentos tão singulares como gestar, parir e cuidar. A propósito, o primeiro item da Caderneta aborda os direitos da mulher.

Na Caderneta, são registradas informações sobre a saúde da gestante, o desenvolvimento da gestação, exames realizados, vacinas e outros temas importantes para o acompanhamento pré-natal. Ela deve ser preenchida em cada consulta do pré-natal e a mulher deverá ser orientada a levá-la no momento do parto. O preenchimento da Caderneta será finalizado no hospital, quando a gestante ganha o bebê, sendo registradas as informações sobre o parto

e o recém-nascido (RN).

Na sua Unidade de Saúde, tem Caderneta para todas as gestantes? Na ausência da Caderneta, o que é utilizado para o registro dessas informações? O que a equipe de saúde e a gestante podem fazer para reivindicar esse direito?

Direito a acompanhante de livre escolha em todo o pré-natal

Na primeira consulta, Joana pensou em levar Anderson, seu companheiro, mas algumas pessoas haviam dito que “consulta de grávida é coisa só de mulher, homem tem que ficar trabalhando para sustentar o lar” e o marido também dizia que “não tinha muito jeito com essas coisas”. Sendo assim, resolveu ir sozinha mesmo.

No seu cotidiano, você deve ter visto situações como a de Joana, não é mesmo? Frequentemente, os parceiros não se envolvem no acompanhamento pré-natal e, por vezes, são resistentes a participar mesmo quando convidados. Por isso, é importante que, durante as visitas domiciliares ou consultas, os parceiros sejam encorajados a se tornarem efetivamente participativos.

A participação da família é muito importante neste período da vida. É direito da mulher ter um acompanhante de livre escolha durante as consultas do pré-natal. O pré-natal com a participação do acompanhante tem sido uma estratégia para fortalecer o vínculo familiar. Essa é uma forma de envolver o pai no compartilhamento das responsabilidades e cuidados com a criança desde a gestação, bem como dar suporte à companheira. Sabemos que, muitas vezes, costuma-se pensar que apenas as mulheres são responsáveis pelos cuidados com a criança, mas isso está mudando e, cada vez mais, os pais têm assumido um papel ativo nos cuidados e na criação dos filhos. Esse envolvimento é muito importante para a criação do vínculo e desenvolvimento das relações afetivas familiares.

No caso de adolescentes, saber com quais pessoas essas gestantes podem contar (o pai do

bebê, sua mãe, outros familiares ou amigos) e envolvê-las no acompanhamento da gravidez fortalece o suporte social e auxilia na construção de uma rede de apoio.

Direito ao encaminhamento (referenciamento) para serviços especializados

Durante o acompanhamento pré-natal, devidamente registrado na Caderneta da Gestante, os profissionais realizam a avaliação periódica da saúde gestacional, sendo direito da mulher o referenciamento para serviços especializados, caso necessário. Mesmo nesses casos, a equipe de saúde segue responsável pela gestante, mantendo o acompanhamento na Atenção Primária por meio de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, visita domiciliar, busca ativa, ações educativas e outras, de forma individualizada, de acordo com o risco e as necessidades de cada mulher.

Direito a orientações, desde o pré-natal, sobre boas práticas no parto

O pré-natal é também um momento de preparo para o parto. É um direito da mulher receber informações sobre o momento do parto e nascimento do bebê e ter uma atenção humanizada, ou seja, baseada nos direitos humanos e respaldada por evidências científicas.

Na sua Unidade de Saúde, a equipe costuma orientar as gestantes sobre as boas práticas no momento do parto e nascimento? Veja alguns exemplos no quadro abaixo.

Você sabia?

São exemplos de boas práticas no momento do parto e nascimento: possibilidade de caminhar e de se alimentar durante o trabalho de parto; escolha consciente da posição de parto; presença de acompanhante de livre escolha da mulher; contato pele a pele imediato com o recém-nascido; amamentação na 1ª hora de nascimento.

A prática obstétrica tem sofrido mudanças sig-

nificativas nos últimos 20-30 anos e as características naturais e fisiológicas do parto e nascimento têm sido resgatadas. Esse movimento é resultado do surgimento de novas pesquisas científicas e de pressões de movimentos de mulheres e de trabalhadores da saúde para que essas evidências sejam incorporadas.

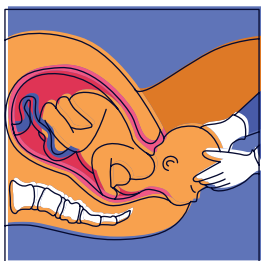
Adiante, nesta Cartilha, há mais informações sobre o direito às Boas Práticas no parto e de nascimento. Você pode dar uma olhada na próxima parte deste capítulo que trata dos direitos nessa fase. Ou ainda, para saber mais, consulte o documento na página eletrônica.

Direito a ser informada, desde o pré-natal, sobre os benefícios e riscos das diversas vias do parto

Joana sempre questionou bastante sobre como seria seu parto. Contou para a enfermeira que não queria passar pela dor de novo e que, conforme falaram para ela no povoado, na cesariana era tudo mais tranquilo. Como a equipe de saúde pode orientar Joana e deixá-la mais segura?

A equipe de saúde deve orientar sobre os tipos de parto, sobre o processo de parto e sobre todas as dúvidas que surgirem neste momento.

Em geral, todo parto pode ser por via vaginal. Entretanto, no Brasil, a incidência de cesarianas consideradas desnecessárias é muito alta. Essas cirurgias só devem ser realizadas quando há risco para a mulher ou para o bebê, isto é, situações nas quais salvam-se vidas. Toda mulher tem o direito de escolher a via do seu parto. Portanto, sempre que manifestar desejo de parto normal e não houver contraindicação, deverá ser respeitada. Veja no Quadro 1 os riscos e benefícios do parto normal e da cesariana.

Via de parto	Riscos e Benefícios
 <p>Abdominal (também chamado de parto Cesário) é a utilização de cirurgia para a retirada de um ou mais bebês</p>	<p>RISCOS</p> <p>Para a mulher: Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia; Hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos; Complicações na próxima gravidez.</p> <p>Para o bebê: Nascer prematuro; Ser afastado da mãe; Desenvolver problemas respiratórios; Atraso no início da amamentação</p> <p>BENEFÍCIOS Salva a vida de ambos quando adequadamente indicada</p>
 <p>Vaginal (também chamado de parto Normal) é a saída do bebê através do canal vaginal</p>	<p>BENEFÍCIOS</p> <p>Para a mulher: Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto; Menor risco de complicações; Favorece o contato pele a pele imediato e o aleitamento materno; Processo fisiológico, natural;</p> <p>Para o bebê: Favorece o contato pele a pele imediato e o aleitamento materno; O trabalho de parto prepara o bebê do ponto de vista fisiológico para o nascimento A passagem pela vagina favorece a eliminação do líquido pulmonar e diminui problemas respiratórios.</p>

Direito de ser informada, desde o pré-natal, sobre os sinais de início do trabalho de parto

Existem alguns sinais característicos da proximidade do parto e do início do trabalho de parto que você precisa conhecer e é direito da gestante ser informada sobre esses sinais. A Caderneta da Gestante é uma importante ferramenta que pode ser utilizada na identificação do início do trabalho de parto. Além disso, a mulher deve ser estimulada a conversar com a equipe de saúde para tirar suas dúvidas sobre esse momento. São sinais do início do trabalho de parto:

1. Baixa do Ventre: cerca de 15 dias antes do parto, algumas gestantes observam que a

barriga toma outro formato (fica mais baixa), melhorando a respiração, mas aumentando a frequência das idas ao banheiro para urinar.

- 2. Saída do Tampão:** o tampão é uma espécie de muco, espesso e gelatinoso, que fecha o colo do útero e funciona como uma proteção contra a invasão de bactérias. Quando se inicia a dilatação do colo do útero, o tampão pode sair aos poucos ou inteiro até vários dias antes do início do trabalho de parto. Pode vir com um pouco de sangue.
- 3. Dilatação:** é a abertura gradativa do colo do útero para a passagem do bebê. A mulher está em trabalho de parto quando o colo estiver mais fino e com 3-4 cm de dilatação ou mais.

3. **Contração:** é o endurecimento da barriga que ocorre porque o útero se contrai. Durante a gravidez, é comum ter uma ou duas contrações durante o dia. Já no início de trabalho de parto, elas são mais frequentes e intensas. Ocorrem em intervalos regulares, aumentando progressivamente em frequência e intensidade.
4. **Dor:** normalmente inicia como uma cólica leve que, em geral, acompanha a contração.
5. **Rompimento da Bolsa que envolve o feto:** ocorre a perda de líquido pela vagina, em quantidade variada. É importante observar as características desse líquido. Se o líquido for claro e com cheiro semelhante à água sanitária, está tudo dentro do esperado. Se a cor for esverdeada ou com muito sangue, é importante informar o(a) médico(a) imediatamente.

Esses sinais não ocorrem em uma sequência definida e alguns deles podem nem acontecer com algumas mulheres. O rompimento da bolsa, por exemplo, pode ser um dos primeiros sinais de que a gestante entrou em trabalho de parto ou a bolsa pode romper apenas no momento do parto.

IMPORTANTE:

Ensinar a mulher a observar a dinâmica do trabalho de parto para saber se é o momento de ir para o hospital ou de chamar a parteira. Você deve orientá-la a:

1. Ter por perto um relógio;
2. Colocar a mão na barriga e registrar o número de contrações no período de 10 minutos;
3. Dirigir-se ao hospital quando sentir duas ou mais contrações em 10 minutos, com duração de 20 a 60 segundos cada.

Direito de ser informada, desde o pré-natal, sobre os sinais de risco de complicações para a mulher e o bebê

Durante a visita domiciliar, você pode se deparar com situações nas quais a mulher ou o bebê necessitem de encaminhamento para serviços

especializados. Você sabe identificar situações de risco para a mulher e o bebê durante uma visita domiciliar? Você identifica, com frequência, mulheres em situação de risco?

Situações para orientar a mulher a procurar um serviço de urgência/emergência o mais rápido possível:

- Sangramento vaginal;
- Dor ou ardor ao urinar;
- Dor forte em baixo ventre (“em cima do pente” ou “no pé da barriga”);
- Dor de cabeça forte com vômitos;
- Visão turva (“vista escura” ou “com estrelinhas”);
- Perda de líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com mau cheiro;
- Ausência de movimentos do bebê por mais de 24 horas, mesmo com estímulo.

Direito ao acompanhamento no pré-natal de alto risco

Quando é identificado na Atenção Primária ou Especializada que a mulher tem risco gestacional durante o pré-natal, ela tem o direito de ser referenciada para um ambulatório especializado. Em situações em que ela mora em municípios em que esse recurso não está disponível, ela tem direito a ser cuidada em uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), que é uma residência provisória de cuidado à gestante em situação de risco.

A CGBP não é Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem. Ela tem como objetivo apoiar temporariamente o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco. Tem como objetivo contribuir para um cuidado adequado às gestantes que demandam vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência nos casos em que: 1) não há necessidade de internação hospitalar e 2) quando o recém-nascido estiver internado em unidade neonatal e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe ao hospital. A CGBP situa-se, preferencialmente, nas imediações do estabelecimento hospitalar a que pertence.

Para saber mais:

Quais são as situações de risco? Quais são os critérios para admissão na CGBP? Para saber mais, acesse a Portaria nº 1.020, de maio de 2013* e outros documentos.**

Direito a saber o local onde ocorrerá o parto

As gestantes assistidas pelo SUS têm direito a saber onde vão parir (em qual hospital, maternidade ou Casa de Parto) e conhecer previamente esse local ainda durante a gestação, garantindo o direito de vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto e onde será atendida nos casos de intercorrência pré-natal, evitando a peregrinação em busca de uma maternidade para parir (Lei nº 11.634/2007).

É direito da mulher ser acolhida na primeira maternidade procurada e, se não houver condições de atendimento nesse local (por falta de vaga/leito ou por situações de complicações de saúde da mulher ou do bebê), ser transferida sob a responsabilidade da equipe de saúde, a partir da regulação de leitos e em transporte seguro (ambulância).

Saber desse direito ajuda a mulher a reivindicá-lo para evitar a peregrinação.

Você sabia?

Peregrinação é um termo adotado para descrever a trajetória de gestantes na busca por um hospital no momento da internação para o parto, quando ela não consegue atendimento no primeiro local procurado. A palavra peregrinar remete à ideia de sacrifício, e, no caso das gestantes, o trajeto é dificultado pela dor. É considerada um problema de saúde pública e uma violência no campo obstétrico, podendo aumentar os riscos à saúde da mulher e do bebê.

A peregrinação também não deve acontecer quando a gestante busca atendimento em caso de intercorrências durante o pré-natal.

Mulheres indígenas, quilombolas e/ou que vivem em áreas afastadas, muitas vezes, dão à luz com ajuda de parteiras tradicionais em suas

próprias casas. Quando não há complicações na gestação, o parto em casa pode acontecer sem problemas, desde que a parteira esteja apta a lidar com casos de risco habitual e reconhecer os sinais de perigo durante o parto. Isso é muito importante, pois mulheres precisam ter seus costumes respeitados.

ATENÇÃO!

Se em sua área adscrita existem parteiras, procure saber se elas fizeram algum curso ou treinamento para atenção à mulher e à criança.

Direito ao Plano de Parto

O Plano de Parto é uma carta de intenções, na qual a mulher registra seus desejos e expectativas para o momento do parto. É uma declaração do que ela espera para si e para o seu bebê, durante o processo de trabalho de parto, parto e nascimento, incluindo como quer ser tratada e quais são os procedimentos médicos e intervenções aos quais aceita se submeter.

Sempre que forem necessárias intervenções diferentes daquelas que ela havia sinalizado no plano, essas alterações precisam ser feitas com a ciência e o consentimento dela.

A equipe de Atenção Primária e/ou da Maternidade pode ajudar a mulher na elaboração de seu Plano de Parto, que deve ser respeitado. Veja um exemplo de Plano de Parto no final desta Cartilha, na sessão “Saiba Mais”, que estará disponível no site do Projeto EU QUERO (www.euquero.ufma.br).

Direito a orientações, desde o pré-natal, sobre o aleitamento

O aleitamento materno deve ser incentivado durante o pré-natal. É importante dialogar com as mulheres, investigando experiências anteriores, fantasias, mitos, crenças, preocupações e medos relacionados ao aleitamento materno e também o desejo da mulher de amamentar, informando-a sobre os benefícios da amamentação para a sua saúde e para a saúde da criança.

Informações sobre os benefícios e outros as-

pectos do aleitamento materno estão mais detalhadas nas últimas partes deste capítulo, referentes à fase do puerpério e fase da saúde da criança.

Direito ao pré-natal odontológico

Existem alguns mitos que cercam a gestação com relação à saúde bucal, como: 1) a naturalização da perda de dentes; 2) a impossibilidade de realização de tratamentos odontológicos; 3) a impossibilidade de uso de anestesia; e 4) o tratamento odontológico leva ao parto prematuro. Mas não passam de mitos! Aliás, a falta de cuidados com os dentes é que pode acarretar parto prematuro, quadros de pré-eclâmpsia (pressão alta) e até prejuízos ao bebê.

Por isso, a gestante tem direito ao acompanhamento odontológico durante o pré-natal, incluindo orientações, esclarecimento de dúvidas e o tratamento, quando necessário. Além disso, deve ser orientada sobre como proceder com os cuidados para a saúde bucal do bebê após o nascimento. Lembre-se: a saúde bucal é parte importante da saúde geral, principalmente na gestação!

É possível que ocorram algumas alterações na boca durante a gravidez devido às mudanças hormonais, alimentares e à maior frequência de vômitos nesse período. Por isso, a cárie e a gengivite (sangramento da gengiva) podem ocorrer mais facilmente durante a gestação. Oriente sobre a importância de utilizar fio dental diariamente e uma escova de dente macia com creme dental. É importante também reforçar os cuidados com a saúde bucal da gestante e do bebê.

Direito a orientações sobre boas práticas alimentares e suplementação

Uma boa alimentação é importante para o desenvolvimento do bebê e para a saúde da mulher durante a gestação. Por essa razão, a mulher deve ser orientada sobre boas práticas alimentares, enfatizando-se a importância de uma alimentação adequada para garantir um

bom suprimento de vitaminas e minerais.

No fim da Cartilha, você pode consultar listas contendo os dez passos para alimentação saudável de gestantes e de crianças menores de dois anos. Elas poderão ajudar no momento da orientação.

Você sabia?

A gestante que não tiver condições de ter uma boa alimentação ou precisar de apoio social deve ser orientada a procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do seu município.

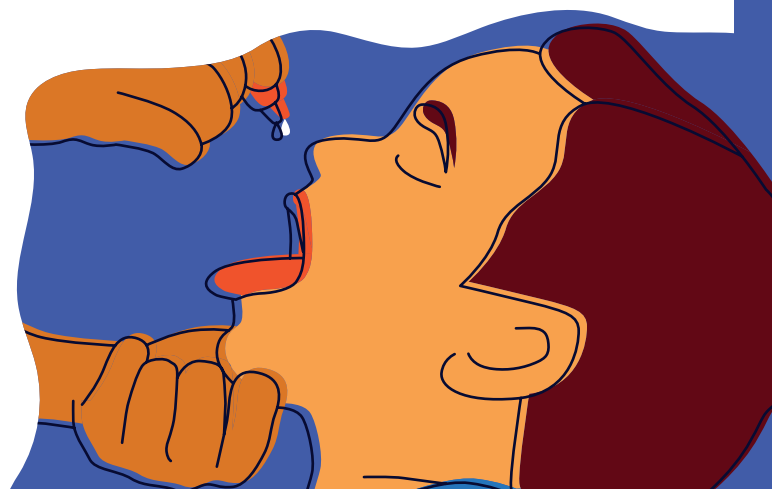
Além dos cuidados com a alimentação, é recomendável que a gestante utilize ácido fólico durante toda a gravidez e sulfato ferroso até o 3º mês pós-parto. Tanto o ácido fólico quanto o sulfato ferroso deverão ser distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde.

Direito à vacinação

As gestantes também devem estar atentas às vacinas a serem tomadas durante o pré-natal a partir da avaliação do estado vacinal, ou seja, da imunização prévia. Veja no Quadro 2 como deverá ocorrer o esquema de vacinação na gestação, de acordo com a Sociedade Brasileira de Imunização (2018).

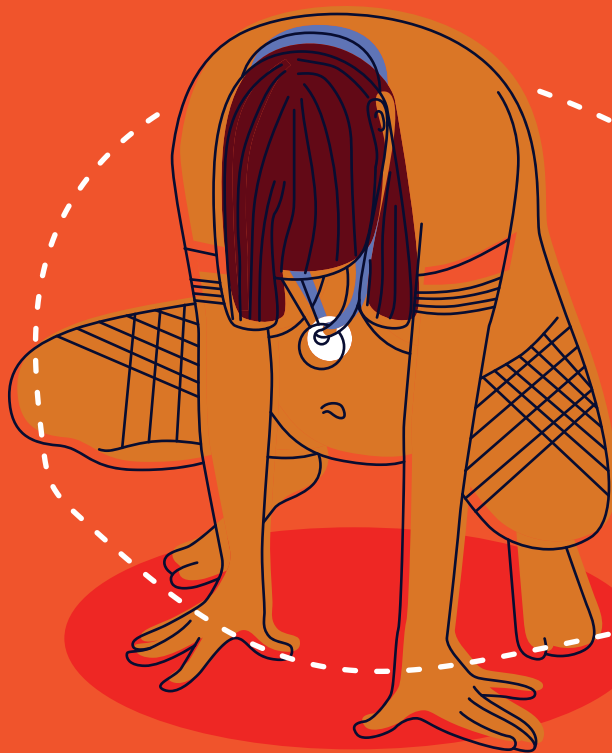
Para refletir e praticar com a comunidade:

Você já discutiu esses direitos com a sua equipe? As mulheres da sua microárea conhecem esses direitos? Você acha que esses direitos são respeitados? O que você pode fazer para ajudar a sua comunidade a ter esses direitos garantidos?



Vacinas	Esquemas e recomendações	
	Histórico vacinal	Conduta na gestação
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (Difteria, Tétano e Coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (Difteria e Tétano) – dT adulto	<p>Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.</p>
	<p>Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.</p>
	<p>Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 2ªª semana de gestação, o mais precoce possível.</p>
	<p>Em gestantes não vacinadas e/ou com histórico vacinal desconhecido.</p>	<p>Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.</p>
Hepatite B	Três doses, no esquema 0 – 1 – 6 meses	
Influenza (gripe)	Dose única anual	

Fase 02 **Parto e nascimento**



Joana entrou em trabalho de parto com 39 semanas de gestação. Na ocasião, pediu para que chamassem Anderson, que estava trabalhando, para que ele pudesse acompanhá-la na maternidade. Joana não conhecia o hospital municipal e não sabia quais eram os procedimentos que deveriam ou não ocorrer no parto hospitalar, visto que a sua primeira experiência era de um parto domiciliar, com parteira. Por isso, Joana estava bastante insegura.

Este é um momento importante e delicado para as mulheres e, muitas vezes, gera insegurança, sobretudo, devido à desinformação. Desde o pré-natal, como já foi dito, devem ser garantidas informações claras sobre o que é esperado acontecer durante o parto e nascimento.

Direito ao Acolhimento com Classificação de Risco

É direito da gestante ser atendida em tempo oportuno. Para tanto, a mulher precisa ser avaliada, por médico, enfermeiro ou obstetrix, quanto ao risco à saúde quando chega ao hospital/maternidade. O tempo médio de espera entre chegar ao hospital e ter sua classificação de risco feita deverá ser menor que 10 minutos (BRASIL, 2017g).

Essa classificação abandona a lógica do atendimento por ordem de chegada, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica e que receba orientação de forma clara quanto à sua situação e ao tempo de espera do atendimento.

Ao chegar à maternidade, Joana foi informada pela enfermeira que Anderson não poderia entrar para acompanhá-la, pois não era permitida a entrada de acompanhantes homens. Joana disse que havia sido orientada durante o pré-natal que o pai poderia participar desse momento. Porém a enfermeira prontamente respondeu em tom incisivo: “São as regras do hospital. É assim que funciona por aqui!”. A conduta da enfermeira na maternidade fere o direito de Joana. O que você sabe sobre o direito a acompanhante na maternidade?

Direito a um acompanhante de livre escolha em tempo integral durante toda a internação

Durante muito tempo, a mulher internada para parir era separada do companheiro, da família e dos amigos, assim como aconteceu com Joana. Hoje, sabe-se que essas separações são comprovadamente prejudiciais e a manutenção dessa prática é inaceitável.

Ter como acompanhante alguém que a mulher escolheu é uma das práticas mais efetivas para melhorar a qualidade da assistência e, por isso, virou lei desde 2005 (Lei nº 11.108/2005).

É muito importante reconhecer e promover o direito das usuárias a um acompanhante de sua escolha no momento do parto e nascimento. Esse acompanhante pode, ou não, ser o pai (pode ser o(a) companheiro(a), uma amiga, a sua mãe, seu pai etc.). É ela quem sabe com quem se sentirá mais segura! Além disso, a mulher tem direito à alternância de acompanhantes durante a internação.

A presença do acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto e parto não invalida o apoio dado por outras pessoas, como uma doula. Algumas instituições contam com doulas voluntárias, que dão apoio físico e emocional às mulheres e ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Você sabia?

Doula é uma assistente de parto, sem ter necessariamente formação médica ou de outra profissão da saúde, que acompanha a mulher durante o período da gestação até os primeiros meses após o parto, com foco no bem-estar da mulher.

Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.

No caso de Joana, entrar na sala de parto sem acompanhante só aumentou a angústia que ela sentia. Por isso é muito importante que, durante as visitas e as consultas, esse direito seja re-

forçado para as gestantes, seus companheiros e familiares.

Direito a um profissional responsável pelo atendimento ao parto

A mulher tem direito de ser acompanhada por um profissional capacitado, com formação de nível superior, inscrito no respectivo Conselho de Classe. Esses profissionais são médicos, enfermeiros e obstetizes.

A inclusão de enfermeiros e obstetizes tem auxiliado na redução de intervenções desnecessárias e no aumento da satisfação das mulheres. A atuação desses atores tem sido incentivada por sua importância no processo assistencial.

Entretanto é importante reconhecer e respeitar outros formatos de organização do cuidado à mulher. Mulheres indígenas, quilombolas e/ou que vivem em áreas afastadas, muitas vezes, dão à luz com ajuda de parteiras tradicionais, que têm sido reconhecidas e valorizadas pelo Ministério da Saúde. Cabe aqui falarmos dessa figura tão importante no contexto de municípios do interior do país, especialmente no Norte e Nordeste.

As parteiras tradicionais são mulheres com saber adquirido pela experiência e tradição, capazes de perceber o caráter familiar e íntimo do nascimento. Possuem, muitas vezes, habilidades afetivas fundamentais para um cuidado baseado no respeito e no empoderamento da mulher para vivenciar o seu parto. Essa sabedoria confere a elas habilidades que auxiliam na realização de partos. Ainda assim, é importante destacar que o respeito ao conhecimento tradicional não exclui a importância de um acompanhamento concomitante da equipe médica da região e arredores, em especial, em caso de gravidez com risco à gestante e ao feto.

Direito a ter acesso a diferentes formas de alívio da dor

Alguns meses depois, as dores de Joana estavam mais fortes. Joana se sentia só e um profis-

sional de saúde que a acompanhava perguntou se Joana não era “mulher de verdade”. Repetidamente dizia frases como: “Com uma dorzinha dessas você já fica assim? Se prepara para o que ainda virá!”

O que a mulher diz precisa ser acolhido, valorizado e levado em consideração, porque são informações que podem ajudar nas tomadas de decisão e condutas a serem feitas ou interrompidas. A solicitação materna por analgesia de parto deve ser atendida, observada a fase do parto e/ou grau de dilatação.

Existem muitas formas de alívio da dor, farmacológicas ou não. As não farmacológicas possibilitam a participação ativa da mulher durante o parto e nascimento e têm poucos efeitos colaterais e contraindicações. É direito da mulher receber informações adequadas sobre essa boa prática, assim como ser atendida em suas reivindicações para alívio da dor.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes dos farmacológicos.

Alívio farmacológico

(uso de medicamentos)

- Anestesia peridural;
- Uso de medicamentos opioides;
- Uso de óxido nitroso.

Alívio não-farmacológico

(técnicas sem uso de medicamento)

- Banheira;
- Chuveiro;
- Massagens;
- Relaxamento;
- Audioanalgesia (utilização de músicas);
- Aromaterapia (utilização de óleos essenciais e outro tipo de fragrâncias com o intuito de melhorar o bem-estar físico e psicológico);
- Movimentos com a bola suíça (bola de Bo-bath).

Direito a receber cuidado baseado em boas práticas no parto e nascimento

As recomendações da Rede Cegonha e o Caderno HumanizaSUS* orientam que a mulher precisa saber que tem o direito de decidir de forma compartilhada sobre todos os procedimentos a serem realizados com ela. As usuárias têm direito a participar das decisões a respeito de seus corpos. Mesmo nos momentos de tamanha intensidade, como o parto, a mulher precisa ser consultada! Nesse sentido, ela tem direito a aceitar ou não as boas práticas ofertadas na maternidade e/ou pelos profissionais. O Plano de Parto – já referido na página 23 – é um instrumento interessante para garantir esse direito.

Nada justifica que procedimentos dolorosos e potencialmente arriscados sigam sendo usados durante os partos sem uma indicação baseada em evidências científicas. Essas situações são, cada vez mais, entendidas como violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

Direito a uma estrutura adequada e ambiente limpo para o parto e nascimento

O bem-estar da mulher no momento do parto depende de vários fatores, incluindo o ambiente. Não são necessárias instalações sofisticadas, mas é imprescindível que o ambiente seja limpo (incluindo os lençóis) e confortável, com condições de privacidade à parturiente. A estrutura da maternidade deve permitir que a mulher fique confortável para o parto, podendo fazê-lo sentada ou agachada, se assim desejar. Também deve ter acesso a banheiro anexo, que possa ser usado no pré-parto, durante o parto e na primeira hora do pós-parto.

Em situações de especificidades étnicas e culturais ou de necessidades especiais, a estrutura precisa ser adaptada. É importante que os gestores e profissionais envolvidos recebam capacitação específica para oferecer assistência a essas populações. É preciso sempre respeitar as crenças, costumes e tradições nas suas mais diversas expressões. Muitas vezes, isso implica mudanças estruturais na maternidade.

Direito à atenção humanizada em situação de abortamento

A mulher em situação de abortamento tem o direito de ser atendida imediatamente e de maneira respeitosa, sem recriminações ou críticas. Deve ter garantido o acesso:

- à informação e orientação humana e solidária;
- ao abortamento previsto por lei (com direito à anestesia);
- à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos;
- a medicamentos para alívio da dor;
- ao planejamento reprodutivo pós-aborto.

Durante o atendimento, a mulher deve ser esclarecida sobre todos os tratamentos propostos e ser informada sobre onde buscar ajuda nos casos de complicações pós-aborto.

Você sabia?

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), metade das gestações é indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las.

A legislação brasileira (Lei 12.845/2013) permite a interrupção da gravidez quando ela oferece risco à vida da mulher ou resulta de estupro e em casos de feto sem cérebro. Nesses casos, a interrupção da gravidez é realizada por um profissional autorizado, em condições de higiene e com procedimentos adequados, não apresentando consequências de mortalidade ou morbidade às mulheres. É o chamado aborto legal.

Depois de algumas horas de trabalho de parto, o bebê de Joana veio ao mundo. Pedro, um menino lindo e saudável, nasceu com 3450 gramas e 50 cm. O nascimento é a chegada de um novo cidadão brasileiro. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente asseguram a vida e a saúde como direitos fundamentais das crianças. Promover o nascimento seguro é parte importante da garantia dos direitos da criança. Assim, é fundamental que as gestantes da sua comunidade recebam informações sobre os direitos do bebê logo após o nascimento.

Ao nascer, Pedro foi levado imediatamente para realizar os exames de rotina do hospital, enquanto Joana aguardava na enfermaria. A

enfermeira retornou com o bebê vinte minutos após o parto e a orientou quanto à amamentação.

Você já deve ter ouvido muitos relatos como esse na sua comunidade. Você sabe quais são os direitos da criança após o nascimento?

O bebê tem direito a ser cuidado por profissional habilitado no momento do nascimento

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetriz ou neonatal). O atendimento pode ocorrer, quando existir, no quarto PPP (quarto individual onde a mulher fica durante toda a internação, desde o pré-parto, parto e pós-parto) ou no local de nascimento até que o recém-nascido seja encaminhado, com sua mãe, ao Alojamento Conjunto ou à Unidade Neonatal, em caso de necessidade de internação.

Direito ao contato pele a pele e ao aleitamento materno na primeira hora de vida

Devem ser assegurados o contato pele a pele do bebê com sua mãe e o aleitamento materno na primeira hora de vida, mesmo nas situações de nascimento por operação cesariana. Essas práticas podem contribuir para a redução da mortalidade no primeiro ano de vida do bebê.

Alguns dos benefícios imediatos do contato pele a pele são: facilitar a descida do leite; promover o vínculo mãe-bebê; reduzir o risco de hipotermia; estabilizar o aparelho cardiorrespiratório do recém-nascido; entre outros.

Você sabia?

O contato pele a pele consiste em colocar o recém-nascido, sem nenhuma roupa ou pano, em contato direto com a pele do peito da sua mãe, imediatamente após o parto, por, no mínimo, uma hora. Trata-se de uma prática essencial para a promoção e incentivo ao aleitamento materno. Estudos científicos indicam a realiza-

ção de contato pele a pele de rotina para recém-nascidos, incluindo aqueles que nasceram de cesárea e bebês prematuros nascidos com 35 semanas ou mais.

Direito de ter o cordão umbilical cortado em tempo oportuno

Estudos sinalizam que aguardar alguns minutos até que o sangue do cordão pare de pulsar, antes de realizar o corte do cordão umbilical, colabora para a saúde do bebê no futuro. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde preconizam cortar o cordão umbilical dos recém-nascidos, independentemente de sua idade gestacional, somente após a parada total da pulsação (aproximadamente 3 minutos depois do nascimento), exceto em casos específicos.

Direito ao alojamento conjunto com sua mãe

Todos devem conhecer e apoiar o cumprimento da legislação vigente (Portaria nº 2.068/2016) quanto ao direito da mãe e recém-nascido de não serem separados no pós-parto e durante a internação neonatal, ainda que em UTI.

A mulher tem o direito a não ser separada de seu bebê, a não ser por indicação clínica. No passado, existiam os berçários onde os recém-nascidos ficavam separados da mãe logo após o parto. Essa prática tem sido fortemente contraindicada. Na maioria das maternidades, as mães e seus bebês ficam em um Alojamento Conjunto.

O Alojamento Conjunto é o local em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. A manutenção da mulher e do recém-nascido em Alojamento Conjunto apresenta inúmeras vantagens, entre elas: possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido, por parte do serviço de saúde; favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo; propicia a interação de outros membros da família com o recém-nascido; favorece o es-

tabelecimento do vínculo afetivo; propicia a interação de outros membros da família com o recém-nascido; favorece o estabelecimento do aleitamento materno; propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade; fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido; diminui o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde e propicia o contato dos pais e familiares com a equipe multiprofissional.

Direito a ser internado no componente da Unidade Neonatal de acordo com sua necessidade

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, de acordo com a Portaria nº 930/2010.

As unidades são divididas de acordo com a necessidade do cuidado.

Tipo de Unidade Neonatal	Cuidado Ofertado
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte.
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) - Também conhecidas como Unidades Semi-Intensivas subdividido em:	UCINCo: Serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.
<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) • Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) 	UCINCa: Serviços em unidades hospitalares cuja infra-estrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.

Quando não há UTIN no local de nascimento, os recém-nascidos que necessitam de cuidados específicos devem ser transferidos para uma Unidade Neonatal, o que deverá ser feito após estabilização do recém-nascido e com transporte adequado, realizado por profissional habilitado.

Direito ao livre acesso e permanência dos pais na Unidade Neonatal e na Unidade de Cuidados Intermediários

A Política de Atenção Humanizada ao recém-nascido – Método Canguru – recomenda em suas diretrizes que o acesso e a permanência

dos pais nas unidades neonatais sejam livres e sem restrições de horários. Portanto, os pais não são visitas. Eles podem entrar em qualquer horário do dia e as unidades neonatais e suas equipes devem se preparar para atender a esse direito.

Esse direito está garantido pela Portaria GM nº 930 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde, que estabelece que todos os recém-nascidos **têm direito a um acompanhante 24h por dia durante todo o período de internação**, especialmente seu pai ou sua mãe, inclusive na UTI Neonatal.

Os recém-nascidos que estão na Unidade de

Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa) também têm o direito de ficar com a mãe 24h por dia. As UCINCas devem acolher mãe e recém-nascido para prática do Método Canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente, até a alta hospitalar.

Para refletir e praticar com a comunidade:

As gestantes da sua comunidade estão recebendo essas informações? As gestantes, em geral, sabem o local em que irão parir (elas são vinculadas a uma maternidade)? Quanto às gestantes de risco, você se mantém informado sobre as condições do parto, compartilhando o cuidado com a equipe? As gestantes do seu território elaboram um Plano de Parto com a equipe de saúde? Você participa dessa elaboração? Essas questões são discutidas nas reuniões da equipe?

Práticas de cuidado no trabalho de parto, por categorias, segundo a OMS:

Práticas com evidências de sua utilidade e que devem ser estimuladas:

- Plano de Parto;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica em local viável e seguro, próximo à mulher e onde ela se sinta segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Cuidado respeitoso pela equipe durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento à mulher de todas as informações e explicações que desejar;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do par-

tograma da OMS (uma representação visual/gráfica de valores ou eventos relacionados ao trabalho de parto);

- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;
- Oferta de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas (deitada de barriga para cima) durante o trabalho de parto. A mulher pode escolher a posição que lhe seja mais confortável: cócoras, quatro apoios, de lado, em pé, ajoelhada, entre outros;
- Contato direto pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Exames vaginais (conhecidos como “toque”) repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um profissional de saúde;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início da 2ª FASE* do trabalho de parto;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada da 2ª FASE do trabalho de parto, por exemplo, uma hora, se as condições da mulher e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório, ou seja, cirurgia cesariana;
- Uso rotineiro de episiotomia (corte efetuado na região do períneo – região entre o ânus e a vagina – para ampliar o canal de parto);
- Exploração manual do útero após o parto.

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- Uso rotineiro de enema (introdução de água no ânus para lavagem intestinal);
- Uso rotineiro de tricotomia (raspagem dos pelos pubianos);
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Uso rotineiro de posição da mulher deitada de barriga para cima, com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas em pernas acolchoadas) durante o trabalho de parto e parto.

Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão:

- Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante a 3ª FASE do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical.

Fase 03

Puerpério



É o período após o parto, também chamado de resguardo ou quarentena, e dura em torno de 6 semanas. Nesse período, as mulheres são chamadas de puérperas pela equipe de saúde e passam por intensas transformações físicas e psicológicas.

O puerpério pode ser dividido em três fases:

- Imediato (do 1º ao 10º dia após o parto);
- Tardio (do 11º ao 45º dia); e
- Remoto (após o 45º dia, com término imprevisto).

PUERPÉRIO IMEDIATO

Direitos das mulheres portadoras de HIV/HTLV

Durante a gravidez, a mulher realiza os testes para triagem do HIV/HTLV. Dessa forma, no seu território, as mulheres portadoras de HIV/HTLV devem ser orientadas para NÃO amamentarem os seus bebês devido aos riscos de transmissão vertical do vírus. Por esse motivo, elas dispõem do direito de receber, de forma gratuita, fórmula para alimentação do bebê até completar seis meses ou mais, pelo SUS.

Você sabia?

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da Aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças.

HTLV é um retrovírus da mesma família do HIV.

HIV/HTLV são transmitidos por relações sexuais desprotegidas, nas transfusões de sangue, pelo uso compartilhado de seringas e agulhas e da mãe para o filho durante a gestação, o aleitamento e no momento do parto.

*Transmissão vertical: é quando o vírus passa da mãe para o bebê. Essa transmissão pode acontecer durante a gestação, no momento do parto ou através da amamentação.

Direito à informação e acesso a métodos contraceptivos (pla-

nejamento familiar) no pós-parto e em situação de abortoamento

O planejamento reprodutivo, também chamado de planejamento familiar, é um direito de todo cidadão, definido na Lei nº 9.263/1996. Estabelece um conjunto de ações que podem auxiliar as pessoas na definição do número de filhos que pretendem ter. É um tema importante, pois muitas mulheres engravidam sem planejar.

Ainda no hospital/maternidade ou Centro de Parto, a mulher precisa ser informada sobre os diferentes métodos contraceptivos que podem ser usados no pós-parto e deve ter acesso a eles. De preferência, a mulher deve receber o contraceptivo no próprio hospital/maternidade.

A mulher deverá ser informada sobre os métodos que não interferem na amamentação, como o preservativo (feminino e masculino), DIU e algumas pílulas anticoncepcionais.

O uso do preservativo deve ser sempre incentivado, pois, além da gravidez, também confere proteção contra as doenças de transmissão sexual. O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de 6 a 8 semanas pós-parto. As maternidades e Centros de Parto sempre devem ofertar o DIU de Cobre no Pós-Parto e Pós-Abortamento.

São outros métodos contraceptivos disponíveis no SUS: pílula (a mais conhecida e mais usada), anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte) e anticoncepcional injetável mensal e trimestral. Alguns desses anticoncepcionais hormonais podem ser utilizados pela mulher durante o período da amamentação e outros não, por isso, a equipe de saúde deverá ser consultada.

Há, ainda, os métodos comportamentais (tabelinha, coito interrompido), que só deverão ser usados após a regularização do ciclo menstrual, porém, ainda assim, podem não ser eficientes, pois muitas mulheres têm ciclos irregulares. Por

isso, tem sido cada vez menos recomendados. Existem também os métodos cirúrgicos como a laqueadura tubária (na mulher) e vasectomia (no homem).

Toda mulher que ingressa no hospital em aborto também tem direito a ser acolhida e a receber orientação anticoncepcional. Apesar da orientação e oferta de métodos contraceptivos, as mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não os métodos acima citados.

Métodos contraceptivos devem estar disponíveis também na Unidade Básica de Saúde, para que o acesso ao planejamento familiar seja garantido mesmo após a alta hospitalar. Portanto, trataremos novamente desse tema na página 43.

Direito à alta qualificada e responsável

Para o recebimento da alta da maternidade, é preciso garantir a vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Primária em Saúde (APS) para continuidade do cuidado. Essa vinculação deve ser feita pela maternidade, com o agendamento de consulta na APS.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de 2013, orienta que a alta hospitalar responsável (transferência do cuidado) deve ser realizada por meio de: a) orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento; b) articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS; e c) implantação de mecanismos de desospitalização.

Joana retornou para casa no segundo dia pós-parto e recebeu visita de Ana no décimo dia. Ana explicou que ficou impossibilitada de visitá-la nos últimos dias, pois as estradas estavam alagadas com a chuva. Além disso, o único carro da unidade estava sem gasolina e, nessa época de chuva, não era seguro andar pelas estradas nem mesmo a pé.

Ana encontrou dificuldades para chegar até a casa de Joana, porém esse não foi o único mo-

tivo da não realização da visita domiciliar neste período. Por vezes, Ana nota que quando as usuárias ganham seus bebês, a equipe sente como se uma etapa de cuidado se encerrasse no acompanhamento dessa mulher e que o nascimento do bebê produz um distanciamento da equipe da APS com a usuária, sendo necessária a realização de articulações para a continuidade do cuidado no período pós-parto.

No seu território, as visitas domiciliares na primeira semana após o parto são realizadas rotineiramente? Você encontra dificuldades para realizá-las? Que estratégias você utiliza para superá-las?

Direito à Visita Domiciliar

A mulher tem direito a uma visita domiciliar na primeira semana após o parto. Nos casos em que o bebê for considerado de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta hospitalar.

Durante a visita, pergunte à mulher como foi a experiência do parto. Veja no quadro abaixo algumas sugestões de temas interessantes de serem abordados nesta conversa.

Onde aconteceu o parto e se ela se sentiu acolhida;
Qual foi a via do parto e a experiência com o parto normal ou cesariana;
Se teve acompanhante (se esse direito foi respeitado, quem foi o acompanhante e como foi estar ou não acompanhada);
Se sofreu alguma violência ou se foi desrespeitada em algum momento;
Que orientações recebeu na maternidade (aproveite para reforçá-las ou dar novas orientações).

É importante também que, nesta visita, sejam observadas questões que ajudem a avaliar a saúde da mulher e do bebê.

VOCÊ AINDA PODE PERGUNTAR...

- Se ela teve febre, dor, vômito, sangramento exagerado ou com cheiro diferente ou

algum outro mal-estar;

- Como está a cicatriz cirúrgica, no caso de cesárea;
- Como está sendo a amamentação, se tem dificuldades e se o bebê tem uma boa “pega”;
- Se o bebê está bem, se está urinando e evacuando, se teve vômito ou algum outro problema;
- Se o bebê recebeu as vacinas e fez os testes de triagem;
- Se a mulher recebeu a vacina contra a rubéola.

VOCÊ PODE ORIENTÁ-LA SOBRE:

- A ingestão de líquidos e os cuidados com sua alimentação.
- Os cuidados com a mama.
- Os cuidados com o umbigo do recém-nascido. Lembrar que não é recomendado o uso de faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre ele.
- Os cuidados com a higiene oral do bebê.
- A adequada posição do bebê no berço (de barriga para cima). Não é seguro colocá-lo de barriga para baixo pelo risco de morte súbita.
- A consulta de puerpério na unidade básica de saúde (de 7 a 10 dias após o parto) e a levar o bebê para a 1ª consulta.

Ao realizar a visita, Ana perguntou como Joana estava se sentindo, verificou sua pressão arterial e perguntou sobre o aleitamento materno. Joana relatou que a mama direita estava ferida e que sentia muita dificuldade no momento da amamentação, pois a criança ficava irritada, agitada e chorosa.

Assim, Ana pediu para verificar como Joana estava amamentando e questionou se ela não havia recebido alguma orientação na maternidade sobre o aleitamento materno. Joana respondeu que a enfermeira Raquel do posto havia mostrado para ela como deveria fazer na hora de oferecer a mama, mas com o bebê chorando, o cansaço e a insegurança, tudo ficava mais difícil. Além disso, na maternidade, não houve esse apoio após o nascimento de Pedro.

A visita domiciliar é uma oportunidade para reforçar a importância da amamentação. Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre a mulher e o bebê, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se proteger de infecções, em sua fisiologia, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional e em sua saúde em longo prazo. Também tem implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Durante a visita domiciliar, é muito importante que você a oriente sobre a necessidade de procurar a Unidade de Saúde para a consulta do puerpério, no período de 7 a 10 dias após o parto, e para a consulta do bebê, no primeiro mês de vida.

Direito a amamentar seu filho ou sua filha

As mulheres têm o direito de amamentar seus bebês garantido por lei. É um direito garantido do ponto de vista social e trabalhista. No entanto, é necessário respeitar também o direito que a mulher tem de escolha de amamentar ou não. Não podemos tratar o tema da amamentação como uma obrigação da mulher. É preciso estimular e oferecer apoio e suporte àquelas que não querem ou não podem amamentar.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentação nos primeiros seis meses, muitas crianças ainda recebem água, chá e outros alimentos. Portanto, não são amamentadas exclusivamente. Os profissionais de saúde têm papel fundamental na reversão desse quadro.

O apoio ao aleitamento materno precisa partir de um olhar atento, abrangente, que leve em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio, entre outros. É fundamental uma postura que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças.

São muitos os benefícios reconhecidos da amamentação. Seguem, no quadro abaixo, alguns desses benefícios para a mulher.

Benefícios para a mulher

- Reduz o peso mais rapidamente após o parto.
- Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia após o parto.
- Reduz o risco de diabetes.
- Reduz o risco de câncer de mama, de ovário e de útero.
- Pode ser um método natural para evitar uma nova gravidez nos primeiros seis meses, desde que a mãe esteja amamentando exclusivamente (a criança não recebe ne-

nhum outro alimento), em livre demanda (dia e noite, sempre que o bebê quiser), e ainda não tenha menstruado.

Para Joana, colocar em prática tudo o que foi dito em relação à amamentação durante o pré-natal parece muito difícil. Ela acha que a boca de Pedro é muito pequena e ela não consegue posicionar da mesma forma que foi orientada. Ana, então, sugeriu agendar uma consulta com a enfermeira no posto de saúde para auxiliá-la quanto ao aleitamento materno.

Algumas mães têm dificuldade em amamentar. O quadro abaixo descreve algumas delas e as respectivas orientações.

Principais dificuldades	Orientações
Rachaduras	Melhorar o jeito de o bebê pegar o peito. Oriente a mãe a passar o seu próprio leite na rachadura.
Mamas empedradas	Amamentar com frequência, esvaziando bem ambas as mamas. Caso o bebê esteja com dificuldades para pegar o peito, oriente a mãe a retirar um pouco de leite antes da mamada para amolecer a mama e facilitar a pega. Se houver piora, encaminhe para a UBS.
Pouco leite	A sucção é o maior estímulo à produção de leite. É importante que a mãe amamente com frequência, observe o ganho de peso e se o bebê está urinando com frequência.
Leite fraco	Não existe leite fraco! Todo leite materno é forte e bom! A cor pode variar, sem representar um problema.

PUERPÉRIO TARDIO E REMOTO

Direito ao pronto atendimento na maternidade com garantia da presença do seu bebê e do acompanhante

Nos casos em que houver complicações no pós-parto, a mulher possui o direito ao pronto atendimento na maternidade com garantia da presença do seu bebê e do acompanhante. Nesse período, a mulher tem prioridade na regulação de leito e o direito ao acompanhante de sua escolha em qualquer situação.

Direito de atenção especializada em situação de depressão pós-parto

Alterações psicológicas no período do puerpério são bastante comuns. No entanto, você deve estar atento para os sintomas de depressão pós-parto, que ocorre em cerca de 10 a 15% das puérperas.

Os “sinais de alerta” incluem:

- perturbação do apetite;
- perturbação do sono;
- decréscimo de energia;
- culpa excessiva;
- pensamentos recorrentes de morte e idea-

ção suicida;

- sentimento de inadequação e rejeição ao bebê.

A puérpera com sinais de depressão pós-parto deve contar com a ajuda dos familiares e dos profissionais de saúde. O diagnóstico e a prescrição de medicamentos são de responsabilidade de especialistas. É direito da mulher ser atendida por uma equipe multiprofissional. Você já identificou mulheres com esses sinais de alerta em sua comunidade?

Direito a entregar o(s) filho(s) para adoção

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as mulheres possuem o direito de entregar o(s) filho(s) para adoção. Ao manifestar esse interesse, as mulheres devem ser encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude (Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990).

Durante o processo de adoção, a mulher tem o direito assegurado à sua privacidade e a um atendimento qualificado e multiprofissional, que possa auxiliá-la no processo de decisão da entrega do filho para adoção. Também é assegurado o direito de mudar de ideia no decorrer do processo.

Direito ao Planejamento Familiar

Já abordamos o tema “planejamento familiar” na página 37 (no item Puerpério Imediato). Entretanto voltamos a discuti-lo aqui, dada a importância de o agente comunitário de saúde conversar com a mulher sobre o tema desde a sua primeira visita domiciliar no pós-parto.

Os profissionais da Unidade Básica de Saúde (e não apenas os profissionais do Hospital) devem estar atentos às dúvidas sobre o planejamento familiar, fornecendo informações e garantindo acesso aos métodos anticoncepcionais mais adequados e seguros, que também devem estar disponíveis para entrega.

Na primeira consulta de Pedrinho na UBS, Joana se mostrou preocupada com a possibilidade de ter outro filho, já que agora cuida de duas crianças. Joana diz não tomar pílulas anticoncepcionais por medo de que façam mal ao bebê, pois ainda está amamentando. A enfermeira Raquel a orientou sobre as possibilidades de métodos contraceptivos e convidou Anderson para participar de uma reunião de planejamento familiar para esclarecer as dúvidas do casal.

Muitas mulheres da sua comunidade podem ser resistentes ao uso de contraceptivos. Assim como Ana, você pode reforçar esse direito nos momentos das visitas, tentando identificar as barreiras e motivos dessas mulheres.

Para refletir e praticar com a comunidade:

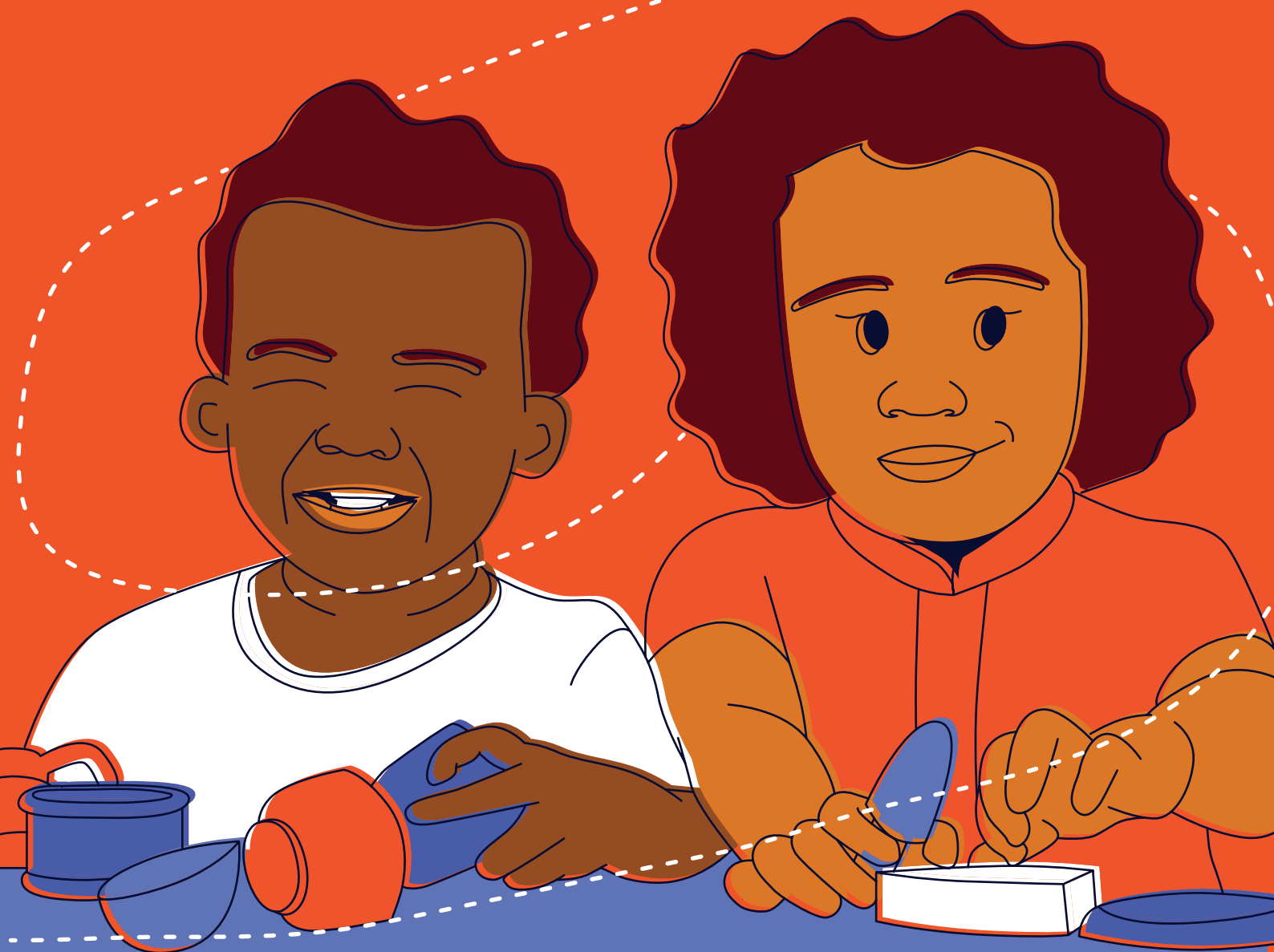
Você sabe o que acontece com as gestantes da sua comunidade quando elas vão para a maternidade? Há algum tipo de comunicação entre a equipe da maternidade com a equipe da UBS? Você é informado quando ela recebe alta hospitalar?

Refleta com sua equipe sobre estratégias para garantir a continuidade do cuidado a essas mulheres, compartilhado entre a atenção básica e hospitalar.

E quanto à visita domiciliar do pós-parto, você observa sinais de alarme/alerta referentes à saúde da mulher e do bebê? Verifica aspectos clínicos e socioeconômicos que indicam vulnerabilidade? Faz o registro na Caderneta da Criança? Verifica se o bebê tomou as vacinas? Se fez os testes de triagem? Você orienta sobre o aleitamento? Sente-se à vontade para abordar o tema com a mulher? Questiona se houve intercorrências? Pergunta e orienta sobre o sono e higiene (inclusive sobre higiene oral do bebê)? Que outras dificuldades podem surgir no atendimento? Como vocês lidam com essas dificuldades?

Fase 04

Criança até 2 anos



Os direitos da criança são resultados de lutas dos movimentos internacionais de direitos humanos. No Brasil, a conquista dos direitos fundamentais da criança foi fruto de muita mobilização e participação social. Esses direitos estão assegurados em vários documentos e políticas e aqui destacamos a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

Assim que Pedro nasceu, a equipe da maternidade informou Joana sobre a necessidade de realizar o registro de nascimento. Joana questionou se poderiam tirar depois que saíssem da maternidade. O médico da equipe ressaltou a importância desse documento e orientou os pais que já fizessem o registro ainda na maternidade, pois era um direito de Pedro e um documento importante para a cidadania. Desse modo, Anderson realizou o registro da criança com o nome escolhido por eles.

Direito ao Registro Civil gratuito

Toda criança tem direito a um nome e a uma nacionalidade. A emissão do Registro Civil de Nascimento é gratuita e deve ser feita no momento da alta hospitalar, na maternidade, por meio de unidade interligada aos cartórios. Quando não há cartório no hospital ou maternidade em que a criança nasceu, é preciso levar a Certidão de Nascimento da criança até o cartório próximo à residência dos pais, preferencialmente em um prazo de 15 dias. As crianças que nascem de parto domiciliar também têm direito à gratuidade e devem ser registradas da mesma forma.

Nas primeiras horas após o nascimento de Pedro, a equipe realizou as triagens neonatais. Joana e Anderson mostraram-se curiosos quanto àqueles procedimentos e logo perguntaram para que serviam as testagens. A enfermeira da equipe informou que era muito importante avaliar a saúde da criança ainda nos primeiros momentos de vida e que algumas condições, se detectadas precocemente, poderiam ser manejadas e tratadas com menores prejuízos para o desenvolvimento das crianças. Complementou dizendo que esses exames são uma conquista importante para a saúde das crianças e colabo-

raram para melhorar a assistência ao nascer.

Joana recorda o momento do nascimento de seu primeiro filho e diz que ele não fez nenhum daqueles testes. Anderson nota que não realizaram a testagem na orelhinha de Pedro e, como sabia que o filho da vizinha havia feito quando nasceu, questiona se não farão em Pedro também. A profissional informou que a maternidade estava sem fonoaudióloga no momento e que os equipamentos para sua realização também não estavam funcionando. Anderson e Joana ficaram desapontados e disseram que reclamariam na direção da maternidade. Queriam que Pedro fizesse todos os testes, assim como outras crianças da comunidade!

Direito a Triagens Neonatais em tempo oportuno

A triagem neonatal é um conjunto de ações preventivas para identificar precocemente doenças a fim de tratá-las em tempo oportuno, evitando sequelas e até mesmo a morte. Todo bebê que nasce no Brasil tem direito a realizar gratuitamente os seguintes exames de triagem: Teste do Pezinho, Teste do Olhinho, Teste da Orelhinha e Teste do Coraçãozinho.

Como tudo correu bem no parto de Joana, no segundo dia, ela e Pedro receberam alta da maternidade. O médico da equipe orientou Joana a continuar realizando seu acompanhamento e de Pedro na Unidade de Saúde da Família e lhe entregou a Caderneta de Saúde de Pedro. Joana questionou para que servia aquele livro e o profissional informou que ali seriam registradas todas as consultas de Pedrinho, incluindo o seu crescimento e desenvolvimento. Disse também que, além de ser um material de acompanhamento de saúde, a Caderneta apresenta muitas informações importantes e que Joana e Anderson poderiam ler sempre que tivessem alguma dúvida.

Joana e Anderson acharam muito bom ter a Caderneta para registrar tudo e poder consultar as orientações de tudo que está elencado ali!

Direito a Caderneta da Criança

A Caderneta é um documento importante para acompanhar a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos de idade. O Ministério da Saúde prevê a disponibilização da Caderneta para todas as crianças nascidas nas maternidades públicas e privadas do país. Ela é muito importante e funciona como uma espécie de fio condutor da atenção integral preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). É importante ter clareza de que nenhum outro instrumento substitui a Caderneta para o registro do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Ela deve ser preenchida no momento do nascimento e em todas as consultas da criança.

Refletindo:

Você costuma verificar a Caderna de Saúde das Crianças no seu território?

O uso da Caderneta de Saúde da Criança é algo fundamental durante as visitas domiciliares, pois lá você encontrará o histórico de saúde da criança e poderá registrar informações importantes para que outros profissionais, ao entrar em contato com a criança, possam também ter acesso. Além disso, ao utilizá-la, valorizará essa ferramenta e ajudará a família a dar a mesma importância para esse documento.

Direito às vacinas indicadas no Calendário Básico

As vacinas são utilizadas para criar imunidade a partir da produção de anticorpos, evitando doenças. Muitas doenças comuns no Brasil e no mundo deixaram de ser um problema de saúde pública por causa da vacinação massiva da população.

O ideal é que toda vacina seja administrada na idade recomendada. Entretanto, se a família perdeu o prazo para alguma dose, é importante que ela volte à unidade de saúde para atualizar as vacinas e o registro na Caderneta. Eventuais reações, como febre e dor local, entre outras,

podem ocorrer após a aplicação de uma vacina, mas os benefícios da imunização são muito maiores do que os riscos dessas reações temporárias.

Direito a receber visita domiciliar da equipe da Atenção Primária

Como dissemos ao tratar do Puerpério Imediato, é preciso destacar a importância da visita domiciliar na primeira semana de vida (ou logo após a alta, no caso de egressos de internação em Unidade Neonatal). O “5º Dia de Saúde Integral”, como tem sido chamado, é um momento estratégico para a detecção de dificuldades e necessidades particulares da mulher e do bebê, de riscos e vulnerabilidades que podem interferir no crescimento e no desenvolvimento da criança. Estimule a presença do pai nessa conversa da primeira visita!

Nessa visita, verifique o peso e o perímetro cefálico da criança, cheque as Cadernetas da Criança e da Gestante, reforce a importância do agendamento da próxima consulta do bebê, verifique se o bebê recebeu vacinas contra a tuberculose e hepatite B e se fez os testes de triagem, oriente sobre os cuidados com o bebê. Faça os registros necessários. Outras informações já foram descritas acima, no item “Direito à Visita Domiciliar” (no Puerpério Imediato).

Logo na primeira semana de vida de Pedro, Ana soube do seu nascimento e foi visitá-lo. Durante a visita, a ACS reforçou a importância do Aleitamento Materno Exclusivo para que Pedrinho cresça de forma saudável. Mas Joana relatou sua dificuldade nesses primeiros dias, pois o bebê chora muito e ela acredita que seja fome. Além disso, Dona Josefa, sua mãe, sempre a orienta a dar um “mingauzinho” por precaução, pois acredita que apenas o leite materno não é suficiente para alimentar o bebê. Ana explicou que apenas o leite materno é suficiente até os seis meses de vida e que outros alimentos só devem ser inseridos na alimentação da criança após seis meses, para complementar o aleitamento.

Na sua comunidade, as práticas alimentares podem ser um desafio também! Você pode encontrar mulheres que ainda não estão confiantes no processo de amamentação. Além disso, amamentar exige dedicação, tempo e muito apoio. Por isso é importante que esta mulher encontre na família e na equipe de saúde o apoio necessário. Dessa forma, podemos envolver, também, o parceiro para que ele se sensibilize e entenda a importância do seu apoio nesse momento.

Direito ao aleitamento materno

O leite materno é um alimento completo. Isso significa que, até os seis meses, o bebê não precisa de nenhum outro alimento (chá, suco, água ou outro leite). É importante que você saiba que a mulher é capaz de alimentar o filho nos primeiros seis meses só com o seu leite! É a partir dos seis meses que a amamentação deve ser complementada com outros alimentos. Mesmo assim, recomenda-se que o bebê continue sendo amamentado até dois anos ou mais.

Toda criança tem direito ao aleitamento materno. Muitos estudos científicos reafirmam a importância e os benefícios do leite de sua própria mãe para o bebê. O quadro abaixo descreve alguns desses benefícios.

Você Sabia?

O leite materno tem inúmeros benefícios para o bebê. Veja alguns exemplos:

- O leite materno tem tudo o que o bebê precisa, inclusive água. É digerido mais facilmente que qualquer outro leite!
- Funciona como uma verdadeira vacina, protegendo a criança de muitas doenças (alergias alimentares, diarreias, infecções, dentre outras).
- Favorece o adequado crescimento e desenvolvimento do bebê.
- É limpo e está sempre pronto e quentinho.
- Favorece um contato mais íntimo entre mãe e bebê.
- O exercício de sugar o peito é excelente para o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração.

ATENÇÃO:

1. O bebê não pode mamar em outra mulher que não seja a sua própria mãe (aleitamento cruzado). O aleitamento cruzado é contraindicado. Você deve sempre orientar a comunidade sobre isso.
2. Crianças que nasceram antes do tempo (pré-termo) devem manter o aleitamento materno exclusivo até atingirem seis meses pela idade gestacional corrigida.

Exemplo: se a criança nasceu com 7 meses (dois meses antes do tempo), ela deverá mamar exclusivamente no seio materno até os 8 meses de idade.

Direito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

Ana observou que apenas Pedro estava indo às consultas médicas e de enfermagem, mas seu irmão, Francisco, não compareceu às duas últimas consultas com a pediatra da UBS. Joana justificou que a criança estava bem e crescendo rápido. Porém, Ana atentou para a necessidade de profissionais adequados acompanharem o crescimento e desenvolvimento do filho, pois eles poderiam deixá-la mais segura sobre criança. Como Francisco é uma criança de 1 ano e 3 meses, Ana destacou a importância dessa fase. Ana explicou que os cuidados dedicados aos seus filhos agora influenciarão todo o crescimento e desenvolvimento que ocorrerá daqui para frente. É muito importante reforçar os cuidados com a criança nessa fase! Para facilitar, Ana agendou a consulta de Pedrinho e Francisco no mesmo dia para o mês seguinte.

Na sua comunidade, as mães entendem o quanto é importante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil? Conseguem aderir ao calendário de acompanhamento do Ministério da Saúde?

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança inicia-se na maternidade e tem sua continuidade na atenção primária à saúde ou na atenção especializada (em casos de necessidade), mediante consultas de rotina, conforme calendário de puericultura previsto

na Caderneta da Criança. O Ministério da Saúde recomenda consultas de acompanhamento da criança na primeira semana e com um, dois, quatro, seis, nove, 12, 18 e 24 meses. As curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde devem ser utilizadas para a avaliação contínua do crescimento e do desenvolvimento da criança.

O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, e a sua evolução expressa as condições de vida no passado e no presente. Por isso, os profissionais de saúde devem verificar seu peso, estatura e perímetro cefálico, como parte de uma avaliação integral. Condições inadequadas de nutrição, ligadas ou não a outras situações de vulnerabilidade (baixa renda, maus-tratos/violência intrafamiliar etc.), exigem acompanhamento especial.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças que nasceram antes do tempo (pré-termo) ou com baixo peso exige um cuidado maior e deve ser priorizado.

Você sabia?

Recém-nascidos que nasceram pré-termo e/ou com baixo peso exigem acompanhamento do crescimento e desenvolvimento a partir da idade gestacional corrigida, porque nasceram antes do tempo. Para calcular a idade gestacional corrigida, usamos o marco de 40 semanas (recém-nascido a termo). Para a correção, identificamos a idade gestacional ao nascer e conta-se quantas semanas faltaram para que ele nascesse com 40 semanas. A diferença encontrada é o tempo que faltou para o bebê ser considerado a termo e deverá ser descontada da idade cronológica nas consultas de seguimento, especialmente nas avaliações de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, até os 2 anos de idade (BRASIL, 2016*).

Os principais aspectos do desenvolvimento de uma criança são o físico, o social, o emocional e o cognitivo - e eles estão estreitamente interligados. Cada criança aprende e se desenvolve no seu tempo e cada uma à sua maneira.

O Marco Legal da Primeira Infância (Lei Fede-

ral nº 13.257/2016) determina, entre outras coisas, que as políticas públicas voltadas aos direitos da criança devem respeitar a individualidade e ritmo de desenvolvimento de cada uma. Devem, ainda, valorizar a diversidade da infância brasileira, em seus contextos sociais e culturais.

É muito importante que você e a equipe de saúde saibam reconhecer as principais condições de risco/vulnerabilidade para um pleno Desenvolvimento na Primeira Infância (até seis anos de idade) (Quadro 05). Famílias com gestantes ou crianças na primeira infância são prioritárias para acompanhamento mais cuidadoso e intensivo por parte dos profissionais da APS.

Condições familiares:

- Extrema pobreza;
- Violência familiar;
- Abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas na família, por parte da mãe, do pai ou outro membro do núcleo familiar.

Condições da mulher:

- Baixa instrução;
- Ser adolescente com filho(s);
- Depressão ou outra doença psiquiátrica;
- Gravidez indesejada e/ou tentativa de aborto;
- História de aborto espontâneo ou morte de um filho menor de 5 anos;
- Gravidez com infecção por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes (STORCH), HIV, vírus Zika ou outros problemas de saúde.

Condições da criança:

- Nascimento pré-termo (com menos de 37 semanas) e/ou baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g). O risco será maior quanto menor for a idade gestacional e o peso ao nascer;
- Perímetro cefálico inferior (microcefalia) ou superior (macrocefalia) ao esperado para a idade e sexo;
- Crianças que foram internadas em unidade

- neonatal (UTIN ou UCIN);
- Criança com malformação ou deficiência congênita ou adquirida após o nascimento;
- Alterações neurológicas, com repercussões no desenvolvimento;
- Crianças com doença crônica, com múltiplas internações;
- Crianças com desnutrição/obesidade.

Você sabia?

A PNAISC destaca que a “primeira gravidez” e/ou “ausência de rede de apoio familiar/social” agravam qualquer dos fatores de risco anteriormente citados, seja para a criança ou para a mulher.

Chegou o dia da consulta de Pedrinho e Francisco! Joana acordou cedo e despertou Anderson, que, neste dia, também se organizou para acompanhá-la à UBS. Aos poucos, Anderson estava percebendo a importância de estar presente, compartilhar os cuidados com as crianças em casa ou na UBS e oferecer mais apoio, pois cuidar de um bebê pequenino estava deixando Joana muito cansada e insegura. Ao chegarem à UBS, Joana e Anderson encontraram Ana, que os acompanhou até a sala da pediatra. Ao avaliar Pedrinho, a pediatra observou que ele ganhou peso adequadamente e reforçou as orientações para manter o aleitamento materno exclusivo até seis meses. Ao avaliar Francisco, observou que a criança apresentava alguns sinais sugestivos de anemia. Joana relatou que notou a criança menos “esperta”, mas pensou que era coisa da idade mesmo. Nesse momento, a médica reforçou a importância de acompanhá-los nas consultas para que sejam avaliados e tratados de forma adequada. Joana ficou nervosa no início, mas a médica a tranquilizou, explicando que, em situações especiais, a criança tem direito a vários cuidados para proteger o seu crescimento e desenvolvimento. Vamos conhecê-los!

Direito a cuidados especiais, quando necessário

As crianças com necessidades especiais (portadoras de síndromes, deficiências etc.) têm direito à educação e a cuidados especiais, re-

cebendo o tratamento adequado às suas necessidades. É importante a identificação dessas crianças no território para que possamos garantir sua adequada inclusão na rede de saúde e nos outros setores (educação e assistência social, por exemplo). As crianças devem ser atendidas na UBS e nos serviços de referência de forma compartilhada.

Direito à assistência à saúde especializada, quando necessário

Toda criança tem direito a receber cuidados especializados adequados às suas necessidades. É muito importante que as equipes da Atenção Primária saibam identificar e encaminhar as crianças para equipes e serviços especializados, sempre que necessário, incluindo as diversas especialidades médicas, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas, entre outros. Devem também ter acesso a medicamentos e fórmulas lácteas, em situações especiais, a exemplo das crianças soropositivas para HIV, das crianças com Síndrome Congênita pelo Zika vírus e das crianças egressas de UTI neonatal.

Direito a Tratamento Fora do Domicílio e transporte seguro

Caso a mãe ou o bebê necessitem de internação, o município, por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), deve assegurar a vaga em hospital ou maternidade no próprio município ou em outra cidade de referência, providenciando, inclusive, o transporte adequado. Nas situações de urgência, o direito ao transporte seguro para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco deve ser garantido por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No caso de bebês e crianças pequenas, devem ser usadas: incubadora de transporte para recém-nascidos, macas com contenção para crianças maiores ou cadeirinhas para transportes ambulatoriais.

Com a suspeita de anemia, a médica da UBS solicitou um hemograma para Francisco, para ter a confirmação do quadro. Joana foi em busca

do local para realização dos exames, o que não foi um caminho fácil, mas, enfim, conseguiu fazê-lo. Com o resultado em mãos, retornou para a consulta.

Na UBS, Joana foi informada que Francisco estava com anemia por deficiência de ferro. Assim, a primeira coisa a intervir era na alimentação da criança. Joana saiu da UBS com a missão de ficar mais atenta aos alimentos ofertados para Francisco e com um suplemento de ferro para reverter o quadro de anemia.

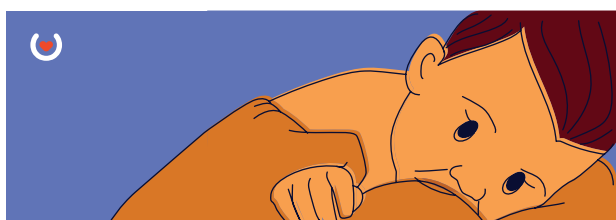
Você sabe a importância de uma alimentação balanceada para o desenvolvimento da criança? Na sua comunidade, você e a equipe orientam as mães e famílias, preparando-os para o momento da introdução alimentar?

Direito à alimentação

Toda criança tem direito a receber uma alimentação saudável e adequada ao seu desenvolvimento, garantido na Convenção dos Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e do Adolescente. É importante que você conheça os dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de dois anos que estão listados na Caderneta da Criança e reproduzidos no fim desta Cartilha.

São muitos os casos em que nos deparamos com crianças e suas famílias vivendo em situação de extrema vulnerabilidade: em precárias condições de moradia e, até, em situação de fome. Existem famílias nessas condições no seu território?

Mesmo que você não possa modificar essas situações, é preciso compreender que elas interferem na saúde dessas pessoas, sendo função da equipe de saúde articular uma rede intersectorial de cuidados. Vale lembrar que podem ser acionados espaços como conselhos de saúde e outros movimentos pela luta dos direitos das pessoas.



Direito a ser protegida pela família e sociedade

É direito da criança ter uma família que cuide dela. A criança tem o direito de ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho. Ela não deve ser objeto de tráfico nem ser utilizada como mão de obra para qualquer tipo de trabalho.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) repudia a violência e afirma que “nenhuma criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1990b, art. 5º). **A criança tem o direito de ser educada e cuidada sem o uso de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante como forma de correção, disciplina ou qualquer outro pretexto.**

A violência apresenta-se em diversas formas, desde negligência, abandono, castigos físicos, assédio, abuso e exploração sexual até trabalho infantil. Em geral, é um tema que fica encoberto sob um manto de silêncio. Os estudos mostram que a exposição da criança a qualquer uma das formas de violência, principalmente na fase inicial da vida, pode comprometer o seu crescimento e o desenvolvimento, gerando problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva.

O documento “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência” apresenta-se como importante material de apoio aos profissionais da saúde (BRASIL, 2010).

Joana passava o dia em casa cuidando dos seus dois filhos, que estavam a cada dia maiores e mais espertos. Logo, logo Francisco faria 2 anos e Pedro já estava mais independente, comendo frutinhas e sopas. Com isso, Joana começou a pensar em procurar um trabalho para complementar a renda da família. Porém era muito difícil deixar as crianças em casa, já que a sua mãe tinha filhos pequenos para cuidar. Joana ficou angustiada pensando que, na sua posição, pouco poderia fazer...

Direito a creches

Segundo a Lei nº 13.306/2016, **é dever do Estado assegurar atendimento em creche e pré-escola para todas as crianças de zero a cinco anos de idade, independentemente de as mães trabalharem fora de casa ou não.**

A existência de uma creche no município de Joana poderia modificar o desfecho da sua história. Assim como Joana, muitas outras mães abrem mão dos seus trabalhos para dedicar-se exclusivamente aos cuidados dos filhos por não terem outra opção.

As crianças do seu município têm acesso a creches? As famílias do seu território reconhecem esse direito?

Uma série de obstáculos impede que todas as crianças estejam nas salas de aula e, uma vez nelas, tenham assegurado seu direito de permanecer estudando e de concluir toda a educação básica na idade certa. As barreiras podem ser socioculturais e econômicas ou podem estar vinculadas à oferta educacional, tendo como pano de fundo questões políticas, financeiras e técnicas.

Pedro já dava os primeiros passos e Francisco já era um belo rapazinho falante e amigável. O que mais gostavam era de explorar tudo ao redor! Joana e Anderson precisavam manter atenção redobrada para que nada acontecesse. Joana ficava muito irritada, queria que fossem mais quietos! Aquele corre-corre a deixava estressada! Um dia, conversou com Ana na visita domiciliar e disse que já não aguentava mais as traquinagens dos garotos, principalmente Francisco, que já subia em móveis, corria, pegava objetos e corria riscos o tempo todo!

Ana acalmou Joana, dizendo que aquilo era normal da fase, era o momento de os meninos conhecerem o mundo e aprenderem sobre muitas coisas. A agente comunitária contou que aprendeu, em um treinamento que teve na USF, que as brincadeiras são muito importantes para o desenvolvimento das crianças e, por isso, são direitos das crianças! Os pais e cuidadores de-

vem monitorar e cuidar para que as crianças possam exercitar a imaginação de maneira saudável sem correr riscos! Ana então sugeriu que Joana usasse o quatinho que estava vazio na casa para ser o Cantinho da Brincadeira, um local livre de perigos para as crianças e onde ela poderia colocar os brinquedos e materiais para que eles pudessem se movimentar sem tantos perigos. Joana gostou da ideia e disse que pediria ajuda para Anderson na organização do ambiente!

Direito a brincar

As crianças brincam e precisam do brincar para o seu desenvolvimento! Elas imitam sons, personagens, choram e riem em suas brincadeiras. É através do brincar que a criança se constitui como um sujeito. O brincar é tão importante que se tornou um direito garantido por lei, preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1959 e pela Constituição brasileira de 1988. A Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959 e fortalecida pela Convenção dos Direitos da Criança de 1989, enfatiza: “Toda criança terá direito a brincar e a divertir-se, cabendo à sociedade e às autoridades públicas garantirem a ela o exercício pleno desse direito”.

As brincadeiras são, também, uma forma de exercício da socialização infantil. Assim, incentivar as crianças a brincar com outras crianças são formas de promover as interações e aprendizagens.

Joana percebeu que Francisco já apresentava interesse por outras crianças e, sempre que encontrava o filho da vizinha, que tem a mesma idade, se divertia muito. Joana e a vizinha aproveitavam esses momentos para botar os papos em dia enquanto monitoravam as brincadeiras! Pedro tentava imitar tudo que via e, às vezes, se irritava por não poder participar e fazer tudo que Francisco e o amigo faziam. Gostava de estar perto do irmão e aprender a brincar em conjunto! Brincar de roda é do que eles mais gostam.

O mapeamento de espaços de brincar que já existam ou que possam ser criados no território (como construção de praças e outros espaços de lazer) é um trabalho que deve ser feito pela equipe de saúde, especialmente pelos agentes comunitários de saúde. A Lei da Primeira Infância, nº 13.257/2016, reitera o brincar e o lazer como parte das ações prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância.

Você sabia?

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem organizar e estimular a criação de espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais públicos e privados onde haja circulação de crianças, bem como a fruição de ambientes livres e seguros em suas comunidades (Art. 17 da Lei da Primeira Infância, nº 13.257/2016).

Brinquedos construídos na própria comunidade, com a participação das crianças, podem estimular mais a sua criatividade e o desenvolvimento do que os brinquedos comprados em lojas.

Direito a receber proteção e socorro em primeiro lugar, em situações de emergência

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante que **a criança tem o direito de ser socorrida em primeiro lugar, em casos de acidentes ou catástrofes, recebendo proteção e auxílio.**

Direito à proteção contra atos de discriminação

Está garantido na Declaração Universal dos Direitos da Criança que **toda criança gozará de proteção contra atos que possam suscitar discriminação por raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição, sua ou de sua família.** A clareza desse direito é muito importante, pois temos o compromisso de não agir de forma preconceituosa e discriminatória.

Para refletir e praticar com a comunidade:

Você e sua equipe conseguem fazer a visita domiciliar às crianças da sua comunidade na primeira semana após o parto? Há dificuldades para a realização dessa visita?

Na sua comunidade, as crianças estão com a vacinação em dia? Sua equipe faz o monitoramento da Caderneta da Criança, registrando vacinas, testes e o crescimento/desenvolvimento da criança?

Como estão as taxas de aleitamento materno nas crianças da sua área? Elas costumam mamar exclusivamente até os seis meses? Há dificuldades para atingir essa meta?

Você acha que o seu território está organizado para atender aos direitos das crianças? Você e sua equipe já fizeram um mapeamento dos espaços de brincar do território? E as creches? Dão conta da demanda das famílias? O que poderia ser melhorado?

E as crianças em situação de vulnerabilidade? Tem sido possível uma articulação com os serviços da política de assistência social do município (CRAS, CREAS)? E com os Conselhos Tutelares e escolas do território, tem sido possível um trabalho em parceria?

Refleta com sua equipe sobre estratégias para melhorar a qualidade do cuidado a essas crianças.

Na primeira parte deste capítulo, acompanhamos a história da Joana e sua família! Vimos que Ana foi uma personagem fundamental para que Joana e sua família se aproximassem mais dos serviços de saúde, o que permitiu fortalecer as relações familiares e a divisão de papéis entre Joana e seu companheiro. Esse contexto deixou Joana mais segura para viver as etapas e experiências relacionadas aos 100 dias de vida.

É sempre importante lembrar que, quando as famílias se sentem apoiadas, controí-se um ambiente oportuno para o crescimento e o desenvolvimento infantil adequados, bem como as relações familiares mais saudáveis, que se refletem em toda comunidade. Contudo sabemos que muitas famílias enfrentam, além dos desafios relatados na história de Joana e sua família, outros mais complexos. A violência contra

mulheres e crianças está muito presente em diversas comunidades e deve ser encarada como um problema pertencente à família, comunidade e serviços de saúde.

Por isso, na segunda parte deste capítulo, falaremos sobre algumas formas de violência que você pode encontrar no seu território e como podemos proceder nesses casos. Vamos conhecer um pouco mais sobre o tema?

Parte 2

Violência contra a mulher e a criança

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) entendem que a violência é um importante problema para a saúde pública. Em 2010, o MS publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001) e definiu um instrumento de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001).

Você sabia?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. O MS e a OMS reconhecem várias formas de violência: física, psicológica, sexual, negligência ou privação de cuidados e abusos econômicos e financeiros.

As principais formas de violência contra mulheres são: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

A violência mais comum contra a mulher, inclu-

sive durante a gestação e puerpério, é aquela praticada no próprio domicílio, pelos companheiros e outros familiares, muitas vezes, de modo severo e repetitivo. É importante saber que qualquer mulher pode ser vítima de violência doméstica.

A violência pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos, como: prejuízos à memória e atenção, irritabilidade aumentada, medo intenso, sentimentos de vergonha, dificuldades escolares e/ou no trabalho, isolamento social, comportamento agressivo, baixa

autoestima, mudanças nos padrões de sono e alimentação, abandono de atividades prazerosas, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, entre outros.

Indícios de violência devem ser identificados e investigados com cuidado e respeito. Quando você identificar um caso de violência, seja à mulher ou à criança, é importante garantir a integralidade do cuidado em todas as suas dimensões (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social). Também é importante não fazer julgamentos. A escuta ativa e solidária é sempre uma grande aliada, inclusive para o estabelecimento de uma relação de confiança mútua. Cada história é única, mesmo que pareça igual a muitas outras que você já ouviu.

Esse atendimento deve ocorrer independentemente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, entre outras peculiaridades. Alguns grupos sociais são mais vulneráveis à ocorrência de violência.

A equipe de saúde deve oferecer orientações e suporte para a vítima. Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (como NASF, CRAS) e outros setores, como segurança e justiça. No caso de violência contra mulher, ela deve ser orientada a procurar os serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência, tais como Delegacia de Atendimento à Mulher e Centro de Referência da Mulher. No caso de violência contra a criança, o Conselho Tutelar deve ser acionado.

Os profissionais de saúde dos serviços públicos e privados devem notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher ou criança. As portarias que tratam da notificação de violência estabelecem que os casos de violência sexual são de notificação imediata (em até 24 horas) e a ficha deve ser preenchida em duas vias. Uma deve ficar no prontuário e a outra deve ser enviada pela direção da unidade para a Secretaria Municipal de Saúde, que, posteriormente, deverá encaminhar para a Secretaria de Estado de Saúde. A notificação não é uma denúncia policial, mas sim um instrumento de garantia de direitos. Serve para caracterizar as situações de violência e estabelecer as medidas prioritárias da saúde e dos demais setores.

Nos casos de violência sexual, a notificação imediata visa a agilizar o atendimento à pessoa que foi vítima e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas para reduzir o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. A pessoa que procura atendimento após as 72h da violência sexual deverá realizar os exames de investigação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV) e atualização do estado vacinal no primeiro atendimento.

As unidades de Atenção Primária devem estar preparadas para oferecer anticoncepção de emergência para todas as mulheres e também para homens trans expostos à gravidez, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. Após esse atendimento, a equipe de saúde precisa dar continuidade ao cuidado.

As vítimas de violência sexual têm direito de interromper a gravidez, conforme o art. 128 do Código Penal. Cabe à equipe de saúde orientá-las sobre a possibilidade do aborto legal, a ser realizado por médico. Caso seja esse o desejo da mulher, a equipe deverá encaminhá-la ao serviço de referência para realização do procedimento. A equipe da Unidade Básica de Saúde deve manter o acompanhamento da usuária após a interrupção da gravidez.

O único documento necessário para a interrupção da gravidez decorrente de estupro é o con-

sentimento por escrito da mulher. Os Códigos Penal e Civil brasileiros isentam a mulher da necessidade de apresentar Boletim de Ocorrência (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal (IML). Há que prevalecer a palavra da mulher, mesmo quando não haja provas materiais.

Dois documentos orientam o atendimento dos profissionais de saúde no serviço público: a Norma Técnica sobre “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 2012) e a Norma Técnica de “Atenção Humanizada ao Abortamento” (BRASIL, 2011).

Para encaminhar a usuária ao serviço de referência e garantir o cuidado articulado com outros serviços, a equipe de saúde precisa conhecer a rede intersetorial do município ou região, mantendo a coordenação da atenção.

Você sabia?

A rede de cuidado às pessoas em situação de violência integra serviços da Rede de Saúde e da Rede Intersetorial.

Rede de saúde: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Serviços de Atenção Especializada, Hospitais, Urgência e Emergência, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/HIV/Aids), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPS Infantojuvenil e CAPS Álcool e outras Drogas.

Rede Intersetorial: Conselho Tutelar, Centro de Referências de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Escolas e outras instituições de ensino, Ministério Público, Varas da Infância e da Juventude, Juizados da Violência Doméstica, Delegacias Especializadas, Instituto Médico Legal (IML), Disque 100 - Disque Denúncia Nacional de Violência Sexual, Disque 180 - Disque Denúncia Nacional de Violência Contra Mulheres, Programa de Proteção à Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAM), Organizações Não Governamentais (ONGs) e outros.

Outra violência que precisa ser mencionada é aquela sofrida durante o pré-parto, parto e puerpério imediato, no ambiente hospitalar, chamada “violência obstétrica”. A violência obstétrica consiste em atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, cometidos por profissionais de saúde. São ações que acarretam dor ou dano físico ao corpo da parturiente, sentimentos de vulnerabilidade e insegurança, ou que violam sua intimidade ou pudor, e aquelas que não possuem recomendação baseada em evidências científicas.

Parte 3

Direitos sociais e trabalhistas

Além dos direitos relativos à saúde, a mulher tem direitos sociais e trabalhistas. Durante a gestação, parto e puerpério, esses direitos são:

Direito à moradia, que é um dos direitos humanos fundamentais e está previsto na Constituição Federal brasileira. É dever do Estado proporcionar a todos os cidadãos o acesso a uma moradia adequada, segura e digna, em que seja possível se desenvolver de forma integral da infância à idade adulta. Entretanto, devido às desigualdades sociais e de distribuição de renda existentes no Brasil, muitos brasileiros não têm acesso a uma moradia adequada e, por isso, acabam ocupando áreas insalubres, de risco, sem água encanada, luz elétrica e saneamento básico. O mesmo ocorre com a alimentação e nutrição adequadas que, embora sejam direitos fundamentais e requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, ainda são pouco garantidos em nosso país.

Estabilidade de emprego (não perder o emprego) desde a confirmação da gestação até o 5º mês após o nascimento do bebê.

Dispensa do horário de trabalho para realização de, no mínimo, seis consultas médicas, uma odontológica e demais exames complementares na gravidez.

Licença-maternidade de 120 dias (ou mais, de acordo com legislações específicas) sem prejuízo do emprego e do salário. A gestante deve notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer até 28 dias antes do parto. **A mulher também tem direito à licença-maternidade em caso de natimorto ou de óbito do bebê** (Instrução Normativa nº 20 do INSS, de 11 de julho de 2007). Estudante também tem seus direitos garantidos: a Lei nº 6.202/1975 garante à **estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar**. A partir do oitavo mês de gestação, a estudante gestante poderá cumprir os compromissos escolares em casa (Decreto-Lei nº 1.044/1969). Nos casos de mães adotivas (que vão receber o bebê), elas também **possuem o direito à licença-maternidade**. O período da licença varia de acordo com a idade da criança que foi adotada, nesse caso: i) se a criança tem até 1 ano de idade: o adotante tem direito à licença de 120 dias; ii) se a criança tem entre 1 e 4 anos: o adotante tem direito à licença de 60 dias; iii) se a criança tem entre 4 e 8 anos: o adotante tem direito à licença de 30 dias; e iv) se a criança tem mais de 8 anos: o adotante não possui o direito à licença.

Mulheres que trabalham fora têm direito a amamentar seus filhos, mesmo nas horas em que estão trabalhando. O artigo 396 da Consolidação das Lei de Trabalho (CLT) estabelece que, durante a jornada de trabalho, a empregada mãe tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, para amamentar o próprio filho, até que ele complete seis meses de idade (período que pode ser prorrogado, a critério médico, dependendo das condições de saúde da criança). Os períodos destinados à amamentação devem ser concedidos sem prejuízo do intervalo normal de repouso e alimentação, dentro da jornada, sendo computados como tempo de serviço.

As mulheres que amamentam e re-

cebem o auxílio do bolsa família têm direito ao Benefício Variável Nutriz, aprovado em 2011. É importante informá-las sobre esse direito que tem como objetivo reforçar a alimentação das nutrizas e atender a outras necessidades. A partir do nascimento do bebê, você deve orientar a mulher a procurar o setor responsável pelo programa no município em que reside, com a apresentação da certidão de nascimento.

Salário-maternidade é um direito das seguradas empregadas, empregadas domésticas e trabalhadoras avulsas, independentemente do tempo de contribuição. A contribuinte individual, especial (rural) com contribuição e facultativa tem direito ao salário-maternidade se tiver feito 10 contribuições mensais. O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficará afastada do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes. A mulher também tem direito ao salário-maternidade em caso de natimorto ou de óbito do bebê. Nos casos de aborto espontâneo ou previsto em lei, será pago o salário-maternidade por duas semanas. O salário-maternidade é concedido à segurada que adotar uma criança ou ganhar a guarda judicial para fins de adoção. Se a criança tiver até 1 ano de idade, o salário-maternidade será de 120 dias. Se tiver entre 1 e 4 anos, será de 60 dias. Se tiver de 4 a 8 anos, será de 30 dias (Instrução Normativa nº 20 do INSS, de 11 de julho de 2007).

Adequar a função no trabalho, ou seja, poder mudar de atividade/setor, quando as condições de saúde da mulher e do bebê o exigirem, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à sua saúde ou à do bebê. É assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade.

Você sabia?

- A mulher grávida ou com bebê de colo tem direito à prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas e tem prioridade também para acomodar-se sentada em transportes coletivos.

- No Brasil, o pai também tem direitos, como a licença-paternidade por cinco dias corridos.
- No estado do Maranhão, de acordo com a Lei nº 10.464/2016, caso o pai seja servidor público estadual, essa licença pode se estender para 20 dias por meio do programa “Paternidade Responsável”. Os servidores públicos federais e funcionários de empresas que fazem parte do Programa “Empresa Cidadã” também têm direito ao período da licença ampliado, assim como algumas categorias profissionais. É muito importante que os pais sejam orientados e tenham conhecimento desses direitos para que possam participar dos primeiros dias de vida do seu filho e da sua filha.



2.

Participação de mulheres no controle social do SUS





Nenhum direito jamais foi conquistado sem a participação da sociedade, que se organiza em movimentos sociais, associações, sindicatos e outras formas de mobilização para transformar desejos, interesses e necessidades em reivindicações perante o poder público e a opinião pública. Há muitos séculos é a luta social que conquista os direitos à liberdade, à vida digna e à prestação de serviços que são essenciais à população.

Em relação ao direito à saúde, não foi diferente. Antes da criação do SUS, com a Constituição de 1988, somente trabalhadores com carteira assinada tinham acesso aos serviços de saúde. As demais pessoas ficavam à mercê de uma saúde pública ineficaz e obras de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia.

Nas décadas de 70 e 80, as mobilizações populares, a partir da união da sociedade em grupos para discutir saúde, pressionaram o Estado brasileiro para que garantisse serviços públicos de saúde para toda a população, independentemente da sua condição econômica, garantindo acesso a todos e todas. Foi nesse período que surgiu a tão conhecida afirmação da nossa Constituição:

“Saúde é direito de todos e dever do Estado”

Se a saúde é direito de todos e dever do Estado, por que às vezes não observamos esse direito ser respeitado no nosso dia a dia? E o que é possível fazer para que os direitos à saúde que já vimos nesta cartilha possam finalmente “sair do papel”?

São muitos os motivos que levam a essa situação, de modo que não existem respostas simples à questão. O setor saúde desperta o interesse de muitos, inclusive de empresas que veem no enfraquecimento do SUS a oportunidade de vender seus planos de saúde. Além disso, o SUS pouco efetivo está relacionado com baixo orçamento financeiro, ou seja, quando o Estado não destina parte do que arrecada com impostos para a saúde pública. Problemas em sua gestão e administração também contribuem para uma

baixa resolutividade do Sistema.

Então como podemos colaborar para o SUS funcionar melhor? Se os direitos dependem de pessoas organizadas para a defesa de sua educação, dignidade e saúde, então, é importante que essas pessoas participem diretamente do SUS, fazendo valer o direito de participação social e não deixando a gestão/administração desse espaço apenas para os gestores designados pelo poder público.

O Projeto EU QUERO defende o SUS e acredita que a participação ativa da sociedade no controle social do SUS é um meio de promover a garantia dos direitos à saúde. Também acreditamos na mobilização popular e na formação de mulheres na luta pelos seus direitos como formas de mostrar ao poder público quais são as verdadeiras prioridades da população. Queremos agora apresentar algumas ideias importantes sobre como fazer isso no caso da saúde materna e infantil.

Uma das maneiras mais efetivas de concretizar a participação social no SUS é por meio da formação de grupos. No SUS, é frequente se falar em grupos com usuários para promoção de saúde. O projeto EU QUERO acredita nessa perspectiva e entende que o cuidado coletivo com a formação de grupos precisa ser fortalecido, a fim de ser mais uma forma de viabilizar a garantia de direitos na saúde materna e infantil.

Com isso em mente, este capítulo:

- Apresenta a metodologia EU QUERO para facilitar o fluxo de informações sobre os direitos de saúde materno-infantil.
- Propõe tarefas com a comunidade para identificar necessidades e demandas de saúde materna e infantil por informações sobre os direitos e serviços de mulheres e crianças.
- Apresenta técnicas para o desenvolvimento de reuniões com grupos de mulheres no contexto de trabalho da ACS para fortalecer o exercício dos direitos à saúde durante os 1000 dias.

Convidamos você a refletir sobre a importância

de ser formar grupos com mulheres e como fazê-lo.

A importância da formação de grupos de mulheres

As mulheres são as principais responsáveis por mais de 30 milhões de lares no Brasil. Acumulam diferentes tipos de funções, como trabalho, estudos, tarefas domésticas, como o cuidado das filhas e filhos, manutenção da limpeza e organização da casa. Muitas vezes, não são remuneradas pela realização dessas tarefas e, quando são, recebem bem menos que os homens, exercendo as mesmas funções!

Além disso, muitas mulheres são vítimas de preconceitos, discriminações e violências psicológicas, financeiras e físicas, seja em ambientes familiares ou nos espaços escolares e de trabalho. Essas situações expressam a cultura do machismo e do patriarcado predominante em nossa sociedade.

A cultura do machismo e do patriarcado faz com que a maioria dos homens não se interesse por temas que digam respeito às necessidades e direitos das mulheres, entre eles, a saúde materna e infantil. Por isso, esse acaba sendo um tema quase “exclusivo” das mulheres, quando é preciso afirmar que esse é um problema de todas e todos nós!

Nas últimas décadas, as mulheres têm assumido um protagonismo crescente, tomando a iniciativa e se organizando para lutar por seus direitos e quebrar esse ciclo de opressão. Isso também vale para os seus direitos no âmbito do SUS e da saúde materna e infantil, o que se torna possível quando elas se organizam em grupos e coletivos de mulheres: associações, movimentos sociais, grupos de mães, redes de apoio, entre outros.

Essa tomada de iniciativa significa que, em cada comunidade, é fundamental a formação de grupos de mulheres, com ênfase para gestantes e mães. É importante que sejam grupos permanentes, ou seja, que se reúnam constantemente e que se organizem para se ajudar, trocando

informações, apoio e afeto, e para reivindicar melhorias nos serviços de saúde materna e infantil.

Esses grupos são essenciais para fortalecer o apoio social dessas mulheres e suas famílias. Nesses espaços, elas poderão se sentir amparadas pela equipe da atenção primária, assim como por outras mulheres de sua comunidade.

A formação de grupos permanentes também favorece a criação de vínculo e de amizades, tanto entre as mulheres, quanto entre essas e a equipe de saúde. Pode significar, para as mulheres, espaço de lazer e momentos de descontração fora da rotina tarefaira do lar e/ou do trabalho.

Os espaços de convivência e discussão do grupo têm o potencial de promover o empoderamento das mulheres e trabalhadores da UBS. A partir das relações interpessoais, uma pessoa pode influenciar as atitudes e comportamentos das outras. Isto é, aprendendo e apoiando uns aos outros, juntos, sentimo-nos mais fortes para reivindicar nossos direitos.

A efetivação de um SUS universal e de qualidade para todos depende também da mobilização popular. Para tanto, é primordial nos esforçarmos para fortalecer o protagonismo das mulheres, da equipe de saúde e da comunidade.

Existem vários motivos para trabalharmos com a formação de grupos de mulheres, porém não é fácil. Sabendo disso, apresentamos uma metodologia para formação desses grupos.

Metodologia EUQUERO para formação de grupos com mulheres na Atenção Primária à Saúde

CONSTRUINDO UM DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DA SAÚDE MATERNA E INFANTIL NA COMUNIDADE

Na metodologia EUQUERO, os grupos com mulheres podem ser formados a partir do diagnóstico participativo coletivo da situação da saúde no território (bairro, vila, distrito, comunidade),

desenvolvido pelas equipes de saúde, envolvendo ACS, médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, com a comunidade.

A construção do diagnóstico participativo coletivo de saúde deve considerar informações disponíveis sobre a avaliação dos serviços de saúde; nesse sentido, sugerimos o uso dos cartões de pontuação (scorecards). A produção desses cartões utiliza dados do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), de modo a gerar indicadores de qualidade do cuidado prestado.

Os indicadores presentes nos cartões de pontuação trazem informações, entre outras, sobre o acesso a exames, qualidade das consultas, educação em saúde, visitas domiciliares e orientações sobre planejamento familiar. Esses aspectos, quando não são garantidos, significam a não concretização de direitos à saúde da mulher e da criança.

Os cartões de pontuação possibilitam aos gestores, trabalhadores de saúde, mulheres e demais interessados visualizar, no mapa do município, a qualidade dos serviços de saúde para diferentes âmbitos do cuidado nas quatro fases do período dos 1000 dias: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e saúde da criança até dois anos de vida.

O projeto EUQUERO desenvolveu ferramentas para elaboração dos cartões de pontuação sobre a atenção à saúde no período dos 1000 dias. O gestor, com a equipe da atenção primária, pode criar o cartão de pontuação por meio do passo a passo disponibilizado no site do projeto EUQUERO*.

As unidades de saúde participantes do projeto EUQUERO receberão os cartões de pontuação elaborados pela equipe da pesquisa. Com os cartões de pontuação em mãos, os trabalhadores da atenção primária, especialmente os ACS, podem discutir com as mulheres sobre a qualidade dos serviços aos quais elas têm acesso.

Nos encontros em grupo ou na abordagem individual, é preciso discutir com as mulheres as seguintes informações: quais dados foram ana-

lisados; o que cada indicador significa; quais motivos estão relacionados aos resultados; quais iniciativas poderiam ser tomadas para melhorar os indicadores; quais deles devem ser priorizados.

Os ACS, bem como os demais trabalhadores da atenção primária, poderão utilizar os cartões de pontuação para mapear, junto às mulheres, os direitos não garantidos em sua UBS e território, assim como os aspectos da assistência que precisam ser melhorados. A partir disso, todos os envolvidos poderão elaborar um documento, no qual constem os principais direitos à saúde materna e infantil não garantidos, as barreiras para concretização e as formas para solução do problema.

O resultado desse diagnóstico coletivo ajudará os grupos de gestantes e de mães a ter uma compreensão mais ampla sobre o SUS e sobre a saúde materna e infantil, passando a ter uma postura mais ativa para exercer o protagonismo na participação e no controle social do SUS.

Exercitando com a comunidade:

- Organize uma atividade de apresentação dos cartões de pontuação da sua UBS, lançando perguntas como: quais são os possíveis motivos para os indicadores que foram apresentados? Como eles podem ser melhorados? Qual seria sua ordem de prioridade entre os indicadores de pior avaliação?
- Construa, com cada grupo de gestantes e de mães, cartazes que sintetizem o diagnóstico coletivo sobre a situação do SUS e da saúde materna e infantil da comunidade. Solicite ao gestor da UBS que fixe esses cartazes no mural da UBS, mostrando a toda a equipe de saúde quais são os principais problemas identificados pelas usuárias, qual é a ordem de prioridade entre os principais problemas observados e quais são as possíveis soluções que elas encontraram para cada indicador de mau desempenho.
- Incentive a equipe de saúde a dialogar sobre os diagnósticos coletivos realizados, a analisar as propostas que foram apresentadas e as possibilidades de resposta que podem ser dadas aos principais problemas identificados.

Perguntas para reflexão:

- Qual é o conhecimento que as pessoas da sua comunidade têm sobre o SUS? De que modo elas acessam essas informações? Elas refletem a realidade concreta da sua UBS?
- Como os cartões de pontuação da saúde materna e infantil de cada UBS podem ser utilizados para melhorar os serviços de saúde prestados pelo SUS? De que modo seus resultados podem ser discutidos entre as equipes de saúde e com os usuários do SUS?
- Quais são as principais dificuldades para se construir um diagnóstico coletivo sobre o SUS com a sua comunidade? Por que o interesse no SUS só ocorre nos momentos de “urgência”, mas não aparece no dia a dia das pessoas?

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO DE VIDA DAS MULHERES PARA ORGANIZAÇÃO DOS ENCONTROS

Para formar grupos com mulheres, especialmente na atenção primária, é fundamental considerar e tentar entender o contexto de vida delas, a fim de contornar as possíveis barreiras para realização dos grupos, aspecto que vai além do diagnóstico participativo coletivo. É fundamental entender o modo de vida das mulheres de cada comunidade com que trabalhamos.

Como já foi discutido, muitas mulheres têm dupla jornada de trabalho, isto é, desempenham funções em empregos e dentro de casa todos os dias. As tarefas de cuidado da família, dos filhos e, em muitos casos, do companheiro, esgotam o tempo e as energias de muitas usuárias que poderiam participar desses grupos.

Essa é uma dificuldade concreta e deve ser levada em consideração, pois se trata do dia a dia da grande maioria das mulheres. Mas, para que as mulheres consigam compartilhar essas dificuldades e, juntas, construam instrumentos para superá-las, espaços como os grupos de formação permanente são muito importantes.

Sabemos que quando alguém quer muito algo, ela “dá um jeito” de satisfazer a sua vontade. Por isso, o mais importante, em um primeiro momento, é: despertar a vontade das mulheres da comunidade para participar de grupos de apoio.

Essa vontade pode surgir por muitos motivos: pelos benefícios que o grupo pode trazer a ela própria ou a pessoas próximas, como amigas, familiares e colegas; pela possibilidade de conhecer novas pessoas e novas realidades; pelo sentimento de poder ajudar outras pessoas; pela sensação de contribuir para melhorar a vida da comunidade; pelo acolhimento experimentado.

Muitos outros fatores podem despertar vontade de participar de um grupo de mulheres na comunidade. Por isso, é essencial conhecer o contexto de vida delas, algo que as agentes e os agentes comunitários de saúde têm a seu favor.

Diante disso, podemos afirmar que o mais importante é que elas percebam que vale a pena participar do grupo, que se consolidará na medida em que suas integrantes o vivenciarem. Uma reunião só faz sentido quando é bem organizada e preparada, tem objetivos claros, e esses objetivos são considerados importantes pelas próprias mulheres da comunidade.

Antes de convocar reuniões para tratar de problemas que apenas vocês consideram relevantes, é importante conversar com muitas pessoas, de modo a entender o que é um problema para elas e o que é uma prioridade para a comunidade. Quando as pessoas sentem que foram ouvidas e “levadas a sério”, uma primeira barreira de resistência a participar da reunião já pode ser quebrada.

Há, ainda, outras barreiras que podem afetar todo o trabalho: a descrença na possibilidade de melhorar a situação atual; a vergonha de participar de reuniões coletivas e falar em público; a dificuldade de chegar ao local da reunião e até mesmo a falta de vontade de sair de casa para “gastar tempo e não resolver nada”.

Todas essas questões fazem com que, na maio-

ria das vezes, as primeiras reuniões sejam pequenas, com poucas pessoas, e que algumas delas desanimem e não voltem em reuniões seguintes.

Os trabalhadores envolvidos na organização do grupo não devem se abater com isso. A persistência, diálogo constante, convites a diferentes pessoas e boa organização dos encontros possibilitarão, com o tempo, que as reuniões comecem a ter maior participação e maior interesse das mulheres e de toda a comunidade.

Mesmo diante das possíveis barreiras na formação de grupo com mulheres, vale lembrar e frisar seus benefícios. A literatura e as experiências práticas mostram como a formação de laços coletivos e o sentimento de pertencimento a grupos geram importantes efeitos positivos sobre a mente e o corpo das pessoas.

Outro ponto importante é em relação ao trabalho dos ACS e demais profissionais, que pode se tornar mais produtivo. As orientações individuais podem ser ampliadas e potencializadas na abordagem coletiva, com abertura de espaço para trocas de experiências e solução conjunta de dúvidas.

VANTAGENS DAS ORIENTAÇÕES COLETIVAS:

- No acolhimento: possibilidade de aplicar técnicas de relaxamento e sensibilização, dinâmicas de grupo, formação de laços entre as usuárias.
- Na informação: reduzir o tempo hoje dedicado ao trabalho repetitivo de prestação de informações individuais, solução de dúvidas, debate sobre situações de crise que possam vir a ocorrer, entre outras.
- Na orientação: compartilhamento de boas práticas em saúde, criação de canais de comunicação coletivos, combinação das orientações individuais específicas com aquelas que cabem a todas as gestantes e mães.

PARA REFLETIR:

- O método de trabalho baseado apenas em

visitas domiciliares e atendimentos individuais tem se mostrado suficiente para que as gestantes e mães tenham seu direito à saúde garantido?

- Que tipos de trabalhos repetitivos poderiam ser evitados com as atividades de orientação coletiva?
- Quais são as dificuldades dentro das equipes e junto às gestantes e mães que a realização de atividades de orientação coletiva pode enfrentar?

TÉCNICAS PARA DESENVOLVIMENTO DE ENCONTROS COM GRUPOS DE MULHERES

Comentamos sobre a importância e os desafios de realizar encontros atrativos e significativos com as mulheres, especialmente mães e gestantes, na atenção primária. Há, entretanto, alguns passos que podem ser dados para que esse objetivo se concretize.

É fundamental que não apenas os ACS se comprometam com esse método de trabalho, mas também os demais profissionais de saúde das equipes e os gestores nas Unidades Básicas de Saúde.

Acreditamos que os ACS são também educadores populares, pois educam as gestantes e mães sobre boas práticas de cuidado e sobre os direitos que elas têm e que devem ser garantidos pelo SUS. Dessa forma, os ACS têm grande potencial e atribuição, prevista na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), para desenvolver as atividades coletivas na UBS e no seu território.

Alguns passos na formação de grupos de orientação coletiva:

1. O primeiro passo é organizar o trabalho entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, profissionais do NASF) e os ACS que compõem as equipes de saúde da família. É fundamental que todos se comprometam com a mobilização das mulheres para a participação nos grupos de orientação coletiva, que podem ser indicados por

recomendação clínica, agendados com periodicidade mensal ou quinzenal pelos gestores. Tais particularidades serão definidas de acordo com cada equipe.

2. O segundo passo é fazer um mapeamento coletivo pelos ACS e profissionais das equipes, do perfil das gestantes e mães dentro da área de abrangência da UBS, isto é, atualizar o processo de territorialização e cadastro dessas mulheres e crianças. Essa atividade subsidiará a definição dos diferentes tipos de grupos que poderão ser formados na UBS, por exemplo: grupos de gestantes, incluindo a possibilidade de um específico para adolescentes; de mães em vulnerabilidade econômica; de puérperas, entre outros.
3. O terceiro passo é a realização do convite às gestantes e mães para a participação periódica no grupo de orientação coletiva indicado para cada um dos casos individuais. O convite pode ser realizado de diversas maneiras: o ACS pode fazer o convite em suas visitas domiciliares; os profissionais podem reforçar o convite nos atendimentos realizados; o gestor pode afixar cartazes dentro ou fora das UBS e/ou contratar carros de alto-falante. As opções de convite também serão decididas pela equipe. A fim de motivar as mulheres a participar nos grupos, há a possibilidade de ofertar brindes, como kit enxoval, ensaio de fotos, entre outros. Essa pode ser uma estratégia válida, porém vale lembrar que as pessoas frequentam espaços que fazem sentido para elas. Desse modo, a reunião precisa ser bem planejada com formato participativo e com uma mensagem clara.
4. Em muitas comunidades as mulheres também já têm grupos em que se reúnem para outras atividades, como a produção de artesanato, prática de atividades físicas, entre outras. Nesse caso, esses grupos também podem ser contatados para propor discussões sobre a situação dos serviços de saúde materna e infantil na comunidade. O importante é que os grupos se vejam como defensores dos direitos à saúde das mulheres e

das crianças e que discutam cotidianamente a situação dos serviços prestados pelo SUS, identificando problemas, encaminhando propostas e buscando soluções.

5. O quarto passo é a organização da primeira reunião de orientação coletiva de forma a cativar a atenção e despertar o interesse das usuárias em participar das reuniões seguintes e interagir nas atividades propostas. Sugere-se trabalhar o cartão de pontuação da saúde materna e infantil neste encontro. Somente a primeira reunião deve ser planejada exclusivamente pela equipe; as demais devem considerar as experiências e desejos das participantes.
6. O quinto passo é a avaliação interna das equipes, por ACS e profissionais, sobre a execução das orientações coletivas, a participação das gestantes e mães, as ausências observadas e eventuais ajustes nos grupos formados. Esse passo é muito importante. Precisamos avaliar as atividades que desenvolvemos para podermos planejar as seguintes, fazendo as “correções de rumos” necessárias, repensando estratégias a fim de produzirmos a mobilização necessária e fazermos uma discussão efetiva dos direitos das mulheres e das crianças.

Algumas etapas para desenvolvimento do encontro em grupo

O assunto a ser tratado em cada encontro do grupo deve ser compartilhado e previamente acordado com as participantes, por isso é importante o planejamento coletivo de cada reunião, para definição das estratégias implementadas e organização dos recursos a serem utilizados.

Assim, sugerimos, para o planejamento de cada encontro, as seguintes etapas:

- **PRÉ-ENCONTRO: ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO E DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS**

O ambiente deve ser preparado para receber as participantes. É preciso propiciar privacidade, segurança e conforto para todas e todos en-

volvidos. Nesse sentido, recomenda-se evitar realizar o encontro em salas de espera. Utilizar o horário antes das consultas na UBS pode ser uma estratégia para viabilizar a participação de mais mulheres, porém elas devem ser convidadas para espaço privativo e reservado dos demais grupos de usuários e profissionais.

Outros cenários no território da UBS podem ser considerados para realização dos encontros, tais como associação de moradores, igrejas e escolas. Nesses casos, é necessário verificar o espaço previamente, por exemplo, a limpeza, disponibilidade de banheiros e ventilação.

É essencial, entretanto, cuidar para que o grupo de mulheres não seja identificado, na comunidade, como atividade de algum estabelecimento privado (caso o grupo aconteça em algum lugar do território). Afinal, os grupos de mulheres na atenção primária são atividades de cuidado em saúde prestadas pelos trabalhadores e trabalhadoras do SUS para e com a comunidade.

Além dessas questões, é importante que os ACS e os demais profissionais da equipe reúnam, em tempo hábil, todos os materiais necessários para cada encontro. Sugerimos que tais materiais sejam listados em uma folha para facilitar a organização.

É necessário também que se planejem estratégias para acolhimento das crianças (filhos e filhas) das usuárias participantes da reunião. A organização de cirandas e atividades lúdicas, por exemplo, é fundamental para estimular muitas mães a participar dos encontros, além de garantir a atenção e concentração delas nas atividades.

- **NO ENCONTRO: ACOLHIMENTO, VIVÊNCIA-APRENDIZADO E ENCAMINHAMENTOS**

Sugerimos que cada reunião seja organizada nos seguintes momentos:

1º momento: acolhida e sensibilização

Uso de técnicas de relaxamento, como massagens, respiração, meditação; concentração por meio de música; leitura de textos, como

poemas, histórias, casos. Exposição de imagens e vídeos, contação de histórias, entre outros.

2º momento: informações sobre boas práticas em saúde

Exposição de vídeos ou cartazes, leitura de textos, realização de exposição dialogada e outros meios para a prestação de informações consideradas importantes naquela reunião, considerando o perfil do grupo de usuárias formado. A abertura para momentos de diálogo para a solução de dúvidas e compartilhamento de experiências é muito importante.

3º momento: orientações sobre direitos

Tratar de direitos das gestantes, mães e crianças que estão dispostos no Capítulo 1 e sobre formas de efetivação desses direitos a partir das sugestões do Capítulo 3. Abordar em cada reunião um determinado grupo de direitos, considerando o perfil das usuárias que fazem parte do grupo. Essa abordagem pode se dar por meio do Teatro do Oprimido, das metodologias de problematização da educação popular, da discussão coletiva sobre casos concretos.

4º momento: encaminhamentos e próxima reunião

O encerramento da reunião é um momento importante para a continuidade do grupo, por isso é essencial que as participantes façam, de forma livre e espontânea, uma avaliação da reunião, indicando pontos positivos/negativos e fazendo sugestões do que gostariam de experienciar e de saber em reuniões futuras. Também é importante o fortalecimento dos laços de pertencimento, oferecendo lanches (quando possível), fazendo abraços coletivos, compartilhando afetos e sentimentos.

- **PÓS-ENCONTRO: MANUTENÇÃO E FORTALECIMENTO DO VÍNCULO ENTRE E COM O GRUPO**

Hoje os avanços nos meios de comunicação e na tecnologia nos dão novas ferramentas para avançar na comunicação efetiva com diversos grupos. Exemplos disso são as redes sociais: é possível formar grupos de WhatsApp para trocar informações e experiências, criar páginas no Facebook que divulguem as ações do grupo

e interagem com pessoas interessadas nas atividades.

O contato com o grupo, entre as mulheres e profissionais de saúde, especialmente o ACS, pode ser frequentemente renovado através dessas redes sociais. Mas vale lembrar que é muito importante que se construam vínculos no grupo a partir de reuniões/formações presenciais. Essas sempre serão prioridades.

Também o uso das redes sociais pode facilitar a atuação da equipe de saúde na busca pelas faltantes, aspecto relevante para reforçar os sentimentos de valorização e pertencimento das mulheres no grupo.

Exercitando com a comunidade:

- Procure dialogar com as mulheres da comunidade para saber o que elas pensam sobre a situação do SUS na sua cidade. Quem já precisou de um atendimento na saúde materna e infantil? Como foi a experiência? Quais são os principais problemas que elas identificam?
- Identifique entre todas as mulheres com quem foi possível conversar: quem demonstrou maior interesse em participar de um grupo de apoio mútuo entre gestantes e mães? Qual é o perfil de cada uma delas e como organizar grupos a partir desses perfis? Quais são os melhores dias e horários para marcar uma primeira reunião? O que será preciso organizar para essa primeira reunião? Em qual lugar essa reunião deve ocorrer para garantir a participação de mais pessoas?
- Faça uma avaliação da primeira reunião: quem participou e quem esperava-se participar? Como foi a postura das pessoas na reunião? Elas se mostraram interessadas e participativas? Quais são os principais problemas que foram destacados pelo grupo na saúde materna e infantil? Quais foram as decisões tomadas na reunião? Elas são adequadas e suficientes para que haja interesse no grupo de se reunir mais vezes? Quem devemos incentivar a participar das

próximas reuniões?

Perguntas para reflexão:

- Quais são as principais dificuldades que as mulheres encontram hoje para participar dos espaços públicos na sociedade? Como elas podem ser enfrentadas hoje?
- De que tipo de grupo as mulheres da sua comunidade costumam participar mais? O que as motiva a participar desses grupos? Que atividades desses grupos podem ser consideradas um atrativo à participação das pessoas? Essas atividades deveriam acontecer nos nossos grupos de apoio à saúde de mães e crianças?
- Quais são as maiores resistências que as pessoas apresentam hoje a participar de reuniões e de grupos de apoio? Que tipo de impacto a falta de participação gera nas condições de vida na sua comunidade?



3.

**Caminhos
para fazer
valer os
direitos**







A participação popular é um objetivo a ser alcançado no cuidado em saúde no SUS. Com isso em mente, este capítulo:

- Propõe vias de diálogo entre mulheres, trabalhadores e gestores para identificar desafios nos serviços de saúde materna e infantil.
- Apresenta formas de participação social e de concretização do monitoramento dos serviços existentes no cuidado em saúde no período dos 1000 dias de vida.
- Descreve formas de buscar assegurar os direitos à saúde, quando não são respeitados.

O projeto EU QUERO acredita em algumas ideias norteadoras na busca pela garantia dos direitos no período dos 1000 dias. Destacamos as seguintes:

- A participação popular é um objetivo a ser alcançado no cuidado em saúde no SUS;
- Discutir com a população sobre seus direitos é valioso para ela, para o trabalhador e para o SUS;
- Todos devem atuar em prol da qualidade nos serviços do SUS; o gestor é parceiro do trabalhador e ambos são parceiros da comunidade.
- Os próximos itens abordam os caminhos possíveis para garantir os direitos no atendimento prestado pelo SUS, com enfoque na saúde materna e infantil. Isto é, discutimos a seguir quais recursos buscar quando o direito à saúde não é respeitado!

Diálogo com a equipe de saúde da UBS

O respeito à pessoa e seus direitos, inclusive à saúde, ocorre a partir do diálogo e da compreensão mútua e solidária entre todas as partes envolvidas. No caso da saúde materna e infantil, é fundamental valorizar o diálogo e a interação entre: mulheres, profissionais de saúde, gestores e toda a comunidade.

Do mesmo modo que atenção primária é a porta de entrada preferencial para o atendimento no SUS, deve também ser considerada a primei-

ra instância para reivindicar melhoras no serviço e viabilizar a garantia dos direitos. Para isso, é necessário que a equipe esteja disposta ao diálogo e ao acolhimento desse tipo de necessidade da população.

Importante também que os ACS, ao se depararem e/ou escutarem uma situação de desrespeito à saúde, orientem as usuárias e suas famílias sobre a possibilidade de conversar com o profissional responsável pela equipe e com o gestor da UBS.

Além de se preparar para acolher, os trabalhadores da atenção primária necessitam dar seguimento às queixas das mulheres e suas famílias. Sugere-se que a situação de direito não garantido seja discutida em reunião de equipe, com vistas à proposição de encaminhamentos necessários para solução do problema.

É fundamental também manter o diálogo com as usuárias, de modo a fornecer devolutiva sobre os encaminhamentos realizados e garantir que eles sejam monitorados para efetiva resolução do problema.

Diálogo com os gestores de saúde

Outro espaço para o diálogo está nas secretarias de saúde, onde as mulheres e a comunidade em geral podem buscar auxílio para garantia dos seus direitos. Normalmente, nas secretarias municipais e regionais de saúde, membros da equipe gestora recebem a população para escuta de questões que estejam mobilizando as pessoas no território.

Assim, é necessário que a equipe técnica ou um responsável de cada setor esteja disponível para eventuais procuras, com disponibilização de horários para atendimento ao público. Na saúde materna e infantil, as usuárias podem procurar gestores das diversas áreas técnicas: atenção primária, saúde da mulher e saúde da criança.

Em certos casos, as mulheres e suas famílias podem agendar um horário para conversar com

o secretário municipal de saúde, a fim de solicitar esclarecimentos e propostas para resolução do direito à saúde desrespeitado. Por exemplo, o grupo de mulheres pode solicitar ao gestor municipal um planejamento para construção de mais leitos de maternidade, a fim de garantir o direito da mulher ao acompanhante no parto e pós-parto imediato.

O diálogo entre mulheres, equipe de saúde e gestores contribui para a criação de vínculo, pertencimento e respeito entre os atores envolvidos, em conversas em que a mulher se sinta protagonista e escutada. Nesse sentido, vale lembrar que a formação de grupos favorece o desenvolvimento de tais atributos e o empoderamento das usuárias.

Participação no controle social do SUS

A participação social no SUS é um direito previsto na Constituição brasileira de 1988, não apenas no momento das eleições, mas também no planejamento e execução dos serviços públicos. A Lei Federal nº 8080, de 1990, que criou o SUS, prevê a participação da sociedade na construção das diretrizes de atuação dos serviços públicos de saúde. E a Lei Federal nº 8142, de 1990, detalha como essa participação ocorre.

Chamamos esse processo de participação de “controle social”, pois é uma maneira de a sociedade controlar a forma como os serviços públicos de saúde estão sendo prestados. Existem basicamente dois espaços em que isso acontece:

- **Conselhos de saúde:** espaços permanentes, que se reúnem no mínimo uma vez ao mês e debatem todas as ações dos gestores, constroem propostas, aprovam as prestações de contas, recebem denúncias da comunidade, entre outras iniciativas.
- **Conferências de saúde:** são encontros que ocorrem no máximo de 4 em 4 anos, fazendo um balanço da situação de cada uma das áreas do SUS, formulando um programa de atuação para o próximo período.

VOCÊ SABIA?

Todo município deve ter um Conselho Municipal de Saúde ativo, caso contrário poderá ter os repasses suspensos de recursos estaduais e federais na área de saúde. Existem também Conselhos Estaduais de Saúde e um Conselho Nacional de Saúde. Todos eles têm, por lei, a participação de 50% de representantes de usuários do SUS, 25% de trabalhadoras e trabalhadores do SUS e 25% de gestoras e gestores do SUS, bem como prestadores de serviços.

A Lei nº 8142/90 estabelece que as decisões tomadas pelos Conselhos Municipais de Saúde são consideradas obrigatórias. Isso significa que o gestor que descumprir uma decisão tomada nesses espaços poderá até ser julgado por crime de responsabilidade.

Assim, outro caminho para concretizar na prática os direitos à saúde deve ser a participação no controle social do SUS. Participar das conferências apresentando os problemas e propondo mudanças na gestão da saúde materna e infantil pode ser um primeiro passo para ver melhorias que beneficiem a todas e todos em longo prazo.

Participar dos conselhos de saúde também é uma forma de fortalecer a luta por direitos. A participação pode ser concretizada pela atuação como conselheiro de saúde, que é o representante de um grupo popular, como associação de moradores, com direito a votar e decidir. Mesmo não sendo conselheiro, o usuário também tem o direito a apresentar suas demandas nas plenárias das reuniões.

É importante esclarecer as usuárias sobre as datas, locais e horários das reuniões dos conselhos municipais. Geralmente essas informações estão disponíveis na página eletrônica (site) da prefeitura municipal.

Há também a possibilidade de criar **Conselhos Locais de Saúde** e realizar **Conferências Locais de Saúde**, nos bairros e comunidades abrangidos por cada Unidade Básica de Saúde. Infelizmente hoje existem poucos conselhos locais, o que é um sinal de que a participação da socie-

dade no controle da saúde ainda é baixa, e isso, muitas vezes, acaba se refletindo numa piora da qualidade dos serviços de saúde prestados.

Um dos objetivos dos grupos formados com mulheres na sua UBS pode ser promover a participação das integrantes no Conselho Municipal de Saúde. Outro objetivo do grupo pode ser auxiliar na formação dos Conselhos Locais de Saúde em cada unidade.

Os efeitos de uma gestão participativa do SUS poderão ser vistos na melhoria dos indicadores sobre os serviços de saúde prestados, melhora da qualidade dos serviços e garantia de direitos.

Exercitando com a comunidade:

- Proponha aos grupos de gestantes e de mães de sua comunidade realizar uma conferência de saúde no bairro. Pense, com os grupos, nas seguintes questões: quais são os principais problemas de saúde na comunidade? Quem deve ser mobilizado para participar da conferência? Quais entidades e organizações devem ser convidadas para apoiar a iniciativa?
- Incentive os grupos de gestantes e de mães a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Informe sempre quando houver convocação e quais pautas serão discutidas em cada uma das reuniões. Verifique quais representantes dos usuários participam como conselheiros. Convide representantes do Conselho a dialogar com os grupos de mulheres da sua UBS.
- Faça uma pesquisa junto aos grupos de gestantes e de mães sobre as propostas aprovadas nas últimas Conferências Municipais de Saúde. Quais definições sobre saúde materna e infantil foram tomadas? Elas foram implementadas?

Perguntas para reflexão:

- Na sociedade de hoje, quais são as dificuldades que as pessoas enfrentam para participar das conferências e dos conselhos de saúde?
- Qual é a postura que as pessoas da comunidade assumem diante dos problemas enfrentados dentro do SUS?

- Como despertar o interesse da comunidade em participar da fiscalização e do controle social do SUS?

A ouvidoria do SUS

O controle social do SUS não é feito apenas de forma coletiva, por meio das conferências e conselhos de saúde; pode ser feito também por cada pessoa a partir dos canais internos do próprio SUS. A ouvidoria é um exemplo.

Ouvidorias são canais criados para que os usuários de serviços públicos ou de prestação pela iniciativa privada possam fazer denúncias, reclamações, críticas, sugestões e elogios para a melhoria do seu atendimento. No caso do SUS, a ouvidoria também tem um papel importante de garantir o direito à saúde, que está previsto na nossa Constituição.

O principal canal para fazer reclamações, críticas, denúncias e sugestões à ouvidoria do SUS é o Disque Saúde (ligue 136). Também é possível encaminhar reivindicações à ouvidoria pela internet, por carta e em guichê de atendimento presencial.

As informações recebidas pela ouvidoria do SUS são encaminhadas aos gestores do(s) órgão(s) denunciado(s) e há um prazo para que deem as respostas devidas, que serão, então, encaminhadas à pessoa que fez a reclamação.

Mobilizar a ouvidoria do SUS é importante para fortalecer os órgãos de controle interno do próprio Sistema Único de Saúde. Em muitas situações, os problemas enfrentados podem ser resolvidos a partir dessa forma de controle social.

Exercitando com a comunidade:

- Faça um levantamento na comunidade de quantas pessoas já fizeram reclamações na ouvidoria do SUS e qual foi a resposta dada nessas situações.
- Mediante demandas semelhantes, trabalhe com o grupo de pessoas o encaminhamento dessas demandas à ouvidoria do SUS. Monitore com o grupo as respostas dadas.

Perguntas para reflexão:

- As pessoas da comunidade conhecem a ouvidoria do SUS? Ela se mostra efetiva em dar respostas aos problemas das usuárias?
- Que atitude deve ser tomada pelas usuárias quando a ouvidoria não dá respostas ou elas não são consideradas suficientes? É importante ter uma ouvidoria que funcione efetivamente?
- Por que tão poucas pessoas encaminham denúncias à ouvidoria do SUS? O que é possível fazer para reverter essa situação?

Outros caminhos institucionais para a garantia de direitos

Nos caminhos para concretizar os direitos à saúde, devemos priorizar o diálogo com as instâncias do SUS, com trabalhadores e trabalhadoras que entendem da saúde da população.

Agora, quando o diálogo com profissionais de saúde e gestores não resultar na garantia dos direitos ou quando o controle social e a ouvidoria não se posicionarem frente às demandas populares, as mulheres e suas famílias podem procurar ajuda em outros setores da sociedade.

Existem os caminhos jurídicos e institucionais para obter melhorias nos serviços de saúde. Se o direito à saúde, previsto na Constituição brasileira e em diversas leis, não é garantido, abre-se a possibilidade de reivindicá-lo perante o Poder Judiciário.

A Defensoria Pública, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Núcleos de Prática Jurídica e o Ministério Público são opções institucionais para se reivindicar a garantia dos direitos.

A Defensoria Pública do Estado e a Defensoria Pública da União podem ser mobilizadas para encaminhar reivindicações. A defensoria pública é um órgão essencial do Estado voltado ao acesso à justiça e atua na defesa de direitos das pessoas que não têm condições de pagar a um advogado particular.

Como o direito à saúde é dever da União, Estados e Municípios, qualquer um desses pode

ser acionado judicialmente em casos relacionados aos serviços de saúde. Portanto não só as Defensorias Públicas Estaduais, mas também a Defensoria Pública da União podem ser mobilizadas em prol da garantia do direito à saúde.

As Defensorias Públicas têm desenvolvido, nos últimos anos, trabalho especializado na área da saúde. Sua vantagem em relação aos advogados particulares não está apenas na gratuidade do serviço prestado: elas conseguem reunir grandes quantidades de pessoas que encaminham reivindicações semelhantes. Essas ações judiciais coletivas possuem mais força jurídica para prosperar nos tribunais que as ações individuais.

Porém as Defensorias Públicas são ainda organizações muito jovens, pois foram criadas pela Constituição de 1988, mas só nos últimos anos estão sendo implementadas Brasil afora. Por isso, em muitos municípios, a Defensoria Pública ainda não está presente.

Nesses casos, é importante que as demandas relacionadas ao direito à saúde sejam tratadas com a OAB, que representa o conjunto das advogadas e dos advogados. Na OAB, há comissões temáticas que podem receber casos e dar o encaminhamento jurídico, como as comissões de saúde e de direitos humanos, por exemplo.

O direito à saúde também pode ser reivindicado por meio da assistência prestada por Núcleos de Prática Jurídica (NPJ) de universidades públicas e particulares. Os NPJ oferecem serviços de advocacia gratuita à população de baixa renda e são uma alternativa quando a Defensoria Pública ou a OAB não disponibilizam serviços de acesso à justiça. Caso haja algum Curso de Direito na sua cidade, procure se informar sobre a existência do NPJ local.

Outra instituição importante que pode ser mobilizada para a garantia do direito à saúde é o Ministério Público. O artigo 127 da Constituição brasileira dá ao Ministério Público a responsabilidade de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais fundamentais.

Toda política pública federal, estadual ou municipal é passível de ser fiscalizada pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público. No caso do SUS, ainda que os serviços de saúde sejam em geral prestados pelos municípios, a presença de recursos públicos federais permite que toda denúncia relacionada a serviços de saúde seja encaminhada tanto ao Ministério Público Estadual quanto ao Ministério Público Federal.

Além de encaminhar ações judiciais ao Poder Judiciário, o Ministério Público também tem competência para emitir recomendações aos órgãos públicos, celebrar Termos de Ajustamento de Conduta, que são documentos de compromisso assinados pelos gestores em prol de mudanças e melhorias específicas a serem implementadas, entre outros.

A comunidade pode acessar o Ministério Público por meio de denúncias ou representações, que podem ser escritas ou verbais. Nessa última situação, a denunciante deve comparecer à promotoria que fiscaliza o SUS para que seu depoimento seja transformado num documento escrito, que poderá ser mantido em sigilo caso a denunciante assim o queira. Recomenda-se que toda denúncia seja feita contendo provas ou, pelo menos, os meios pelos quais é possível obter provas (que podem ser: testemunhas, documentos, áudios, vídeos, entre outros).

É importante que a comunidade conheça as promotorias e procuradorias que atuam na área do direito à saúde. Por serem autoridades públicas, os membros do Ministério Público têm o dever de ouvir a população, conhecer a situação real dos serviços de saúde, tomar providências para cobrar as autoridades responsáveis pela gestão dos serviços.

Exercitando com a comunidade:

- Identifique se no município existe o órgão da Defensoria Pública (estadual ou da União) e se há um núcleo especializado em direito à saúde e/ou direitos humanos. Convide a equipe de saúde e a comunidade para marcar reuniões com os defensores públicos a fim de tratar das ações da defensoria pública no campo do direito à saúde.

- Faça contato com a seccional da OAB em seu município e procure dialogar com os membros das comissões voltadas aos temas da saúde e direitos humanos. Procure saber quais iniciativas a OAB tem tomado na fiscalização e controle social do SUS.
- Identifique os cursos de Direito no seu município que tenham Núcleo de Prática Jurídica que atue em causas relacionadas ao direito à saúde. Faça contato com os coordenadores desses cursos e dos NPIs, apresentando o perfil das demandas relacionadas ao direito à saúde na sua comunidade.
- Faça contato com o Ministério Público (estadual e/ou federal) responsável pela fiscalização dos serviços públicos de saúde. Procure marcar reuniões com os promotores e procuradores para saber das ações que o Ministério Público tem tomado no campo do direito à saúde.
- Marque reuniões na comunidade com a presença da defensoria pública, da OAB, dos Núcleos de Prática Jurídica e/ou do Ministério Público. Peça a eles que conheçam a UBS, dialoguem com a comunidade sobre os problemas vivenciados e ofereçam uma visão jurídica sobre possíveis meios de enfrentar essas questões.

Perguntas para reflexão:

- O acesso à justiça no caso do direito à saúde é hoje garantido a toda a sociedade? Quem tem tido acesso a esses espaços hoje?
- A comunidade sabe da existência da Defensoria Pública e da atuação da OAB e dos Núcleos de Prática Jurídica? Como é possível que tenham mais informações sobre essas entidades?
- Como superar a distância que existe entre a linguagem da comunidade e a linguagem dos juristas que defendem seus direitos? Que tipo de problemas essa questão pode gerar?
- Você conhece os posicionamentos dos representantes do Ministério Público em seu município? Eles dialogam com a população? É fácil entrar em contato com eles? Mostram-se receptivos às demandas da comunidade?
- A comunidade sabe das iniciativas do Ministério Público para melhorar os serviços

de saúde? Como é possível que tenham mais informações sobre sua atuação?

O Poder Judiciário e a garantia de direitos

O SUS é gerido por administradores que fazem parte do Poder Executivo: prefeituras, governos estaduais, governo federal. Essa gestão deve se dar nos marcos das leis que definem os direitos das pessoas e os deveres do Estado. Quando essas leis não são cumpridas, cabe ao Poder Judiciário dar decisões que corrijam essas situações, que devem ser acatadas pelos gestores públicos sob pena de cometerem um crime de desobediência judicial.

Por isso, o Judiciário é considerado uma instituição muito poderosa e, por isso mesmo, seu papel é dar decisões responsáveis e que possam ser colocadas em prática pela gestão do SUS. Mas nem sempre isso acontece: para cumprir decisões judiciais pouco realistas (por exemplo, mandar o SUS pagar medicamentos ou tratamentos caros, viagens, entre outros), muitos gestores são levados a tirar recursos de áreas essenciais para atender poucos indivíduos que têm sucesso com suas ações judiciais.

Isso não significa que devamos suportar tal situação. O papel do Poder Judiciário é também de fiscalização: se não é possível hoje ao gestor público atender todas as demandas de saúde, é preciso que ele construa um plano de metas para que, no futuro, todos possam, de fato, ser atendidos. O papel do Judiciário é justamente esse: cobrar que haja planos e que eles sejam cumpridos.

O problema é que nem todas as pessoas conseguem acionar o Poder Judiciário para acessar serviços de saúde do SUS, já que é preciso ter um advogado ou o apoio da Defensoria Pública. Se todas as pessoas passassem a acionar o Judiciário, a quantidade de casos e de decisões judiciais tornaria inviável a gestão do SUS.

É importante que problemas que sejam comuns a toda a comunidade e que exijam a mobilização do Poder Judiciário sejam encaminhados

aos juízes por um grupo de pessoas, justamente para evitar as situações que debatemos anteriormente. O objetivo ao acionar o Judiciário não deve ser obter um benefício apenas para si, mas que seja algo que se reverta a toda a coletividade.

Os caminhos para acessar o Poder Judiciário em busca desses serviços são os seguintes: Defensoria Pública, Núcleos de Prática Jurídica, Ministério Público ou por meio de advogados contratados ou voluntários (os chamados “dativos”). Assim como no caso do Ministério Público, tanto a Justiça estadual como a Justiça federal podem ser acionadas nos casos envolvendo o SUS, visto que nele há tanto recursos municipais e estaduais como recursos federais.

Exercitando com a comunidade:

Faça um levantamento na sua comunidade sobre casos de usuários que já acionaram o Poder Judiciário para reivindicar direitos relacionados à saúde: qual foi a demanda? Por que teve que acionar a Justiça? Teve seus pedidos atendidos? Era defendido por advogado particular?

Identifique qual(is) vara(s) judicial(is) das esferas estadual e federal atua(m) na área do direito à saúde no seu município. Qual tem sido a postura do Judiciário diante das ações judiciais apresentadas sobre o direito à saúde?

Convide os juízes a conhecer a realidade da sua comunidade e os serviços prestados pela UBS, dialogando com usuárias, trabalhadores e gestores do SUS, realizando reuniões, palestras, entre outros.

Perguntas para reflexão:

- Você já teve contato com o Poder Judiciário? Como foi a experiência? Você considera que sua demanda foi atendida?
- É justo que apenas se consiga o acesso a determinados medicamentos, exames e tratamentos por meio de ações judiciais? Quem tem condições de fazer esse tipo de reivindicação do Poder Judiciário hoje?
- Como o Judiciário deveria agir em casos de ações judiciais que reivindicam medicamentos, exames e tratamentos caros, diante de uma realidade carente de recursos públicos para financiar o SUS?

Poder Legislativo e imprensa como ferramentas para a defesa do direito à saúde

Quando pensamos em acionar os diversos órgãos públicos para a efetivação de direitos, raramente apontamos o Poder Legislativo (vereadores, deputados e senadores) como um caminho possível. Isso acontece por diversas razões, porém é preciso questionar esse tipo de postura. Vereadores, deputados e senadores são eleitos pela sociedade (diferentemente do Ministério Público ou do Poder Judiciário) e têm um papel-chave de elaborar leis e definir os orçamentos da União, Estados e Municípios.

O fato de serem representantes da população pode torná-los mais sensíveis às pressões que venhamos a fazer em busca de direitos. Também cabe ao Poder Legislativo o papel de fiscalizar a boa prestação dos serviços públicos, incluídos aqueles relacionados à saúde da população, por meio das suas comissões temáticas, entre as quais está a Comissão de Saúde Pública. E tanto as Câmaras de Vereadores, como as Assembleias Legislativas estaduais e o Congresso Nacional têm poderes de fiscalização sobre a prestação de serviços do SUS.

Apesar disso, nem sempre é fácil dialogar com os parlamentares, e o mundo da política tem gerado desconfiança e falta de credibilidade por parte da população. Porém qual seria a melhor postura diante disso: conformar-se e afastar-se desses espaços importantes de decisão? Ou inserir-se nesses espaços para pressionar políticos e partidos a se posicionarem diante dos problemas concretos?

O discurso de que “todos os políticos são iguais” é falso e gera apatia e passividade das pessoas. Isso diminui a participação da sociedade nos espaços políticos, e não o contrário. É preciso hoje, mais do que nunca, conhecer quem são os legisladores, quais propostas defendem e se há coerência entre discursos e práticas. Só o acompanhamento cotidiano e a participação nos espaços públicos permitem conhecer tais aspectos.

Parlamentares podem contribuir para a melhoria dos serviços de saúde de diversas formas: convocar secretários de saúde e gestores a prestar explicações no parlamento; propor leis que promovam alterações e melhorias nas formas como os serviços de saúde são organizados; propor emendas orçamentárias que aumentem recursos para determinadas áreas consideradas importantes; aprovar notas de repúdio contra problemas enfrentados pela comunidade; mobilizar a imprensa para problemas vividos pela comunidade, entre outros.

É importante que os grupos de gestantes e de mães organizados nas UBS discutam sobre o papel do Poder Legislativo na garantia do direito à saúde. As iniciativas que os grupos de mulheres tomarem junto ao Poder Legislativo, ainda que sem a participação das equipes de saúde ou dos gestores das UBS, devem ser vistas como momentos importantes do exercício da cidadania.

Do mesmo modo que a comunidade procura o Poder Legislativo para garantir direitos, isso também ocorre com os órgãos de imprensa. Tem sido cada vez mais comuns as reportagens sobre os problemas vividos pelo SUS, que são importantes como forma de denúncia de situações de violação do direito à saúde.

Mas há algumas situações que devem ser evitadas nessas reportagens: a exposição irresponsável de profissionais de saúde sem ouvir o outro lado para saber das dificuldades de atuar nesses espaços; a crítica que tem o objetivo de desmerecer a importância do SUS e gerar descrédito na população, para depois anunciar os “benefícios” dos planos de saúde privados; a crítica oportunista de jornalistas e apresentadores que querem tirar proveito da situação para obter audiência ou ganhar força política.

Quem melhor conhece os problemas da saúde na comunidade é a própria comunidade, portanto é ela quem pode pautar temas relevantes para a imprensa apurar e fazer denúncias responsáveis. A exposição pública dessas situações gera comoção na opinião pública e atua como forma de pressão sobre a gestão dos serviços para implementar melhorias.

Por outro lado, os questionamentos ao poder público pela imprensa precisam ser responsáveis. O objetivo não é expor servidores e funcionários, mas mostrar à população que certos serviços não estão sendo prestados corretamente.

É necessário sempre checar as informações antes de encaminhar situações à imprensa. Feita a denúncia, é importante manter contato com o meio de comunicação para dar seguimento ao caso.

Exercitando com a comunidade:

- Incentive os grupos de usuárias a fazer visitas à Câmara Municipal da sua cidade, para que descubram qual comissão trata dos temas relacionados à saúde e solicitem o agendamento de uma audiência para apresentar um diagnóstico sobre a situação do SUS e da saúde materna e infantil na sua comunidade.
- Faça, junto aos grupos de usuárias, um mapeamento dos veículos de imprensa (jornais, rádios, TV, blogs, entre outros) que publiquem reportagens sobre a situação da saúde pública no seu município.
- Estimule a discussão coletiva sobre a abordagem dessas reportagens por esses veículos de imprensa.
- Incentive a catalogação dessas notícias, para que se apure se houve algum tipo de providência tomada em cada uma dessas situações.
- Provoque os grupos de usuárias a criar canais de comunicação próprios que compartilhem notícias (não só negativas, mas também positivas) sobre os serviços de saúde prestados pela UBS. Existem muitas experiências exitosas no SUS e elas merecem ser compartilhadas, para que possam contagiar outras comunidades e equipes de saúde a seguirem lutando pelo direito à saúde de qualidade.

Perguntas para reflexão:

- Quantos parlamentares se elegeram em seu município e em seu estado defendendo o direito à saúde? Qual foi a postura que assumiram quando iniciaram seus mandatos

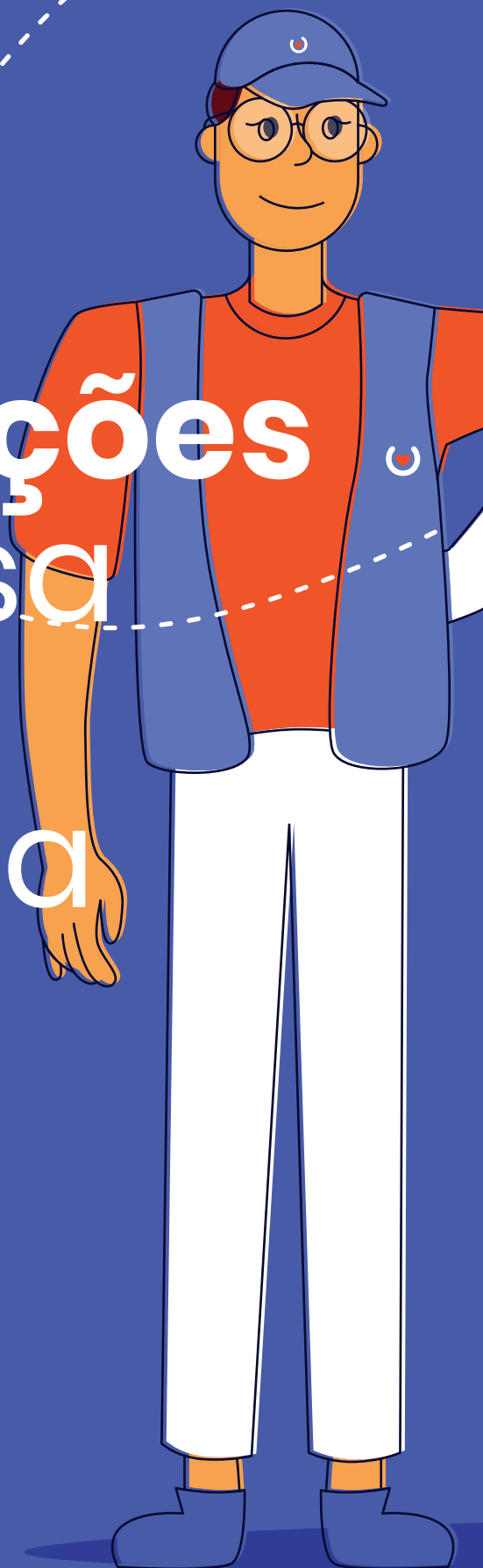
em relação a esse tema?

- A quem interessa a falta de participação política da comunidade? Como é possível reverter esse cenário e promover um interesse maior da população pelas decisões tomadas pelos parlamentares?
- Os principais órgãos de imprensa no Brasil, hoje, têm compromisso verdadeiro com o SUS? Quem são seus principais anunciantes e que tipo de impacto isso pode gerar no tratamento das notícias?
- Antes de encaminhar denúncias à imprensa, é importante que sejam consideradas as seguintes questões sobre os meios de comunicação: sua postura é ética na apuração dos fatos? Costumam dar espaço adequado ao denunciado? Fazem sensacionalismo com a notícia ou fazem algum tipo de proselitismo político (tomar proveito político da situação)? Tem compromissos políticos com o governo ou com empresas que se interessam pelo desmonte do SUS?
- Por que em muitas situações os serviços de saúde só melhoram quando há uma denúncia feita por meio da imprensa? Como evitar que se chegue a essa situação para obter melhorias nos serviços?



4

**Considerações
finais: nossa
conversa
não termina
aqui!**





A importância do diálogo e do respeito à autonomia das mulheres

A formação de grupos de gestantes e de mães ou mesmo de mulheres interessadas em sua saúde tem diversas finalidades: reduzir o trabalho repetitivo que, hoje, as orientações individuais representam; criar o sentimento de pertencimento e fortalecer o acolhimento das usuárias e entre elas, a partir do compartilhamento de experiências no campo da saúde em geral e de cada uma em especial; trocar informações e orientar sobre boas práticas em saúde; possibilitar experiências de apoio mútuo e de solidariedade com mulheres que passam por situações de violência, opressão e negação de direitos; dialogar sobre os direitos que as mulheres e crianças têm e os caminhos para a sua efetivação.

Informar as mulheres sobre seus direitos e os meios que podem ser adotados para que sejam concretizados não significa incentivá-las a escolher um ou outro caminho, pois essa é uma decisão das próprias mulheres, que devem ser respeitadas em sua autonomia para decidir. O mais importante é que se crie um espaço de diálogo entre usuárias, trabalhadores do SUS e gestores, para que os problemas identificados sejam enfrentados de forma coletiva, construindo soluções práticas e eficientes.

A participação social na construção do SUS envolve todos os caminhos que apontamos nesta cartilha. Não existe apenas um mecanismo ou ainda um meio “melhor” que outro para enfrentar as situações complexas da saúde pública brasileira. Portanto, o papel das equipes de saúde não é o de decidir pelas mulheres, mas de fornecer instrumentos para efetivação dos seus direitos, dialogando sobre os caminhos possíveis com profundo respeito pela autonomia de decisão que essas mulheres têm sobre os modos de participação na construção do SUS.

Autonomia e empoderamento de mulheres como Joana, agora com 21 anos e dois filhos, são o resultado da sua participação no grupo de mães e gestantes na sua UBS aprendeu sobre

direitos à saúde com outras mulheres e com a equipe de saúde.

Hoje, Joana e outras mulheres de sua comunidade sabem, por exemplo, que têm direito à creche e, juntas, conquistaram vagas para seus filhos nas creches do município. Com os filhos na creche, Joana retomou os estudos no EJA – Educação de Jovens e Adultos.

A partir das discussões promovidas pelos ACS, essas mulheres se aproximaram do Conselho Municipal de Saúde e elegeram uma representante de sua comunidade. Com isso, elas têm conseguido que as demandas dos moradores do povoado de Coqueiro sejam debatidas nas reuniões do Conselho.

Nos processos de participação social e cuidado coletivo no SUS, ocorrem vários encontros, partilha de vivências, dores, solidariedade e desejos. A partir desses processos, Joana, as mulheres de sua comunidade e a equipe de saúde, especialmente a ACS Ana, por terem passado pela experiência do grupo, se sentem mais fortalecidas e confiantes para enfrentar os problemas referentes ao período dos 1000 dias e outras tantas situações da vida individual, em família e em comunidade.

“Envolver as usuárias” na melhoria da saúde materna e infantil significa mais que apenas informá-las. Trata-se de abrir espaços para a construção coletiva, o diálogo crítico e autocrítico voltado à solução dos problemas identificados, sempre de forma realista diante dos limites impostos pela falta de recursos e outros problemas que afetam a saúde pública no Brasil.

Esperamos que esta cartilha contribua, a partir de novas práticas das equipes de saúde, para a construção de uma postura mais participativa por parte da comunidade e de uma administração mais dialógica por parte dos gestores.

Enfim, as Referências

1. BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **Lancet (London, England)**, v. 371, n. 9610, p. 417-40, 2 fev. 2008. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(07\)61693-6/abstract](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(07)61693-6/abstract). Acesso em: 06 jul. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
3. BRASIL. **Decreto-Lei nº 1.044 de 21 de outubro de 1969**. A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del1044.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
4. BRASIL. **Lei nº 6.202 de 17 de abril de 1975**. Garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6202.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
5. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207p. (Série legislação; n. 83). Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
6. BRASIL. **Resolução Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) nº 14, de 11 de novembro de 1994**. Regras Mínimas para o tratamento do preso no Brasil. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf>. Acesso em: 22 abr. de 2019.
7. BRASIL. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
8. BRASIL. **Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001**. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 22 jul. 2019.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
10. BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 21 JUN. 2019.
11. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a Mulher** – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p. Disponível

em <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contr-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>. Acesso em: 21 jun. 2019.

12. BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
13. BRASIL. **Instrução Normativa nº 20 do INSS**, de 11 de julho de 2007. Estabelece critérios a serem adotados pela área de Benefícios. Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/ininss2_2007.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
14. BRASIL. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva. Série A - Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica**, n. 26, Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://189.28.128.00/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
19. BRASIL. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. CALIFE, K; LAGO, T; LAVRAS, C. (Org). SP: SES/SP, 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 22 mai. 2019.
21. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao aborto: norma técnica**. 2. ed. Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os pro-**

fissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

23. BRASIL. **Lei nº 12. 403**, de 4 de maio de 2011. Altera dispositivos do decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, relativos à prisão processual, fiança, liberdade provisória, demais medidas cautelares, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12403.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
24. BRASIL. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
25. BRASIL. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Livro da parteira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parteira_tradicional.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
29. 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. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
30. BRASIL. **Portaria nº 930**, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
31. BRASIL. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
32. BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011

2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.

33. BRASIL. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**. Portal do Supremo Tribunal Federal. 2013. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADP-F&s1=54&processo=54>. Acesso em: 22 abr. 2019.
34. BRASIL. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
35. BRASIL. **Portaria nº 1.020**, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
36. BRASIL. **Resolução - RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
38. BRASIL. **Portaria Interministerial 210**, de 16 de janeiro de 2014 do Ministério de Justiça e da Secretaria de Política para as Mulheres. Estabelece a Política Nacional de Atenção Integral  s Mulheres em Situação de Privação de Liberdade. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_DE_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx. Acesso em: 22 abr. 2019.
39. BRASIL. **Portaria nº 1.153**, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e   saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
40. BRASIL. **Lei nº 13.010**, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13010.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
41. BRASIL. **Portaria 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  nico de Saúde (SUS), para o atendimento   mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 22 abr. 2019.

42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em 22 abr. 2019.
43. BRASIL. **Lei nº 13.257**, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 10 de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação**. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
46. BRASIL. **Decreto 8.716**, de 20 de abril de 2016. Institui o programa de prevenção e proteção individual de gestantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica contra o Aedes aegypti. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8716.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
47. BRASIL. **Lei nº 13.306**, de 4 de julho de 2016. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, a fim de fixar em cinco anos a idade máxima para o atendimento na educação infantil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13306.htm. Acesso em: 22 abr. 2019.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068**, de 21 de outubro de 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em: 22 abr. 2019.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual Técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
51. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Apoio psicossocial a mulheres gestantes, famílias e cuidadores de crianças com síndrome congênita por vírus Zika e outras deficiências: guia de práticas para profissionais e equipes de saúde [recurso eletrônico]**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/apoio_psicossocial_zika_deficiencias_guia.pdf. Acesso em: 22 jul. 2019.

53. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 jul. 2019.

54. BRASIL. **Portaria nº 3.265**, de 1º de dezembro de 2017. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2019.

55. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017g. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.

56. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

57. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança - menina**. 12. ed. Brasília: MS, 2018. Disponível em: [\[de.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_12ed.pdf\]\(http://de.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_12ed.pdf\). Acesso em: 22 abr. 2019.](http://bvsms.sau-</p></div><div data-bbox=)

58. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_de_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 22 jul. 2019.

59. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança**. Brasília: MS, 2019.

60. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>. Acesso em: 18 jun. 2019.

61. CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. **Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2015, vol. 91, n. 6, suppl. 1, pp. S44-S51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6s1/0021-7557-jped-91-06-s1-0s44.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019

62. CIELLO, C. CARVALHO, C. KONDO, C. DELAGE, D. NIY, D. WERNER, SANTOS, S. Parto do princípio. **Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"**. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.

63. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê [ilustrações de Ziraldo]**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/guia-dos-direitos-da-gestante-e-do-bebe>.

Acesso em: 22 abr. 2019.

64. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Cenário da exclusão escolar no Brasil**. 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/481/file/Cen%C3%A1rio%20da%20exclus%C3%A3o%20escolar%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
65. GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLIN, A. C.; FERREIRA, C. H. J.; DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistência**. FEMINA, jan. 2011, v. 39 (1): 1-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
66. HABIGZANG, L. F. (Coordenação). **Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: PUCRS, 2018. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTUyODg%2C>. Acesso em: 15 jul. 2019.
67. MARANHÃO. (Governo do Estado). Lei nº 10.464, de 7 de junho de 2016. **Dispõe sobre a licença-maternidade e a licença-paternidade dos servidores públicos estaduais, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.stc.ma.gov.br/legisla_documento/?id=4274. Acesso em: 15 jul. 2019.
68. MINAYO, M. C. S. **Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema**. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. p. 1011-1036.
69. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Curso de Agentes Comunitarios de Salud: Manual**. Washington, D. C, 2010. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49086>. Acesso em: 30 mai. 2019.
70. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.
71. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Aborto Incompleto: Manual para professores de Enfermagem Obstétrica**, Genebra: WHO, 2005. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44145/9248546668_6_por.pdf;jsessionid=52B335ADA3D238BA3E-18CED3E6991ADE?sequence=87. Acesso em: 22 abr. 2019.
72. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003**. Genebra. 6th ed., 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43798/9789241596121_eng.pdf;jsessionid=3DEDF7AF15601E93E6E-1592E1072CB62?sequence=1. Acesso em: 22 abr. 2019.
73. PRIETSCH, SOM et al. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000004>. Acesso em: 22 abr. 2019.
74. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em saúde. **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual. Organização Grupo de Trabalho de Atenção às Pessoas em Situação de Violências**. Porto Alegre: SES, 2019. 20p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/27140603-guia-2019-ses-rs.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2019.
75. SECURA, G. M., ALLSWORTH, J. E., MADDEN, T., MULLERSMAN, J. L., PEIPERT, J. F. **The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception**. American journal of obstetrics

and gynecology. 2010; 203(2):115.e1-115.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910826/>. Acesso em: 06 jul. 2019.

76. VICTORA, C. **Evidências científicas sobre a importância da primeira infância: a estratégia dos 1000 dias**. In: BRASIL. Primeira Infância: avanços do marco legal da primeira infância. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 06 jul. 2019.