



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM  
SAÚDE MATERNO, NEONATO E LACTENTE

**AILTON ALBUQUERQUE DOS SANTOS**

**ACESSO À ASSISTÊNCIA DE GESTANTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE ANA  
BRAGA EM MANAUS - AM**

**MANAUS-AM**

**2014**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM  
SAÚDE MATERNO, NEONATO E LACTENTE

**AILTON ALBUQUERQUE DOS SANTOS**

**ACESSO À ASSISTÊNCIA DE GESTANTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE ANA  
BRAGA EM MANAUS - AM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde materna, neonatal e do lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Aralinda Nogueira Pinto de Sá**

**MANAUS-AM**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ACESSO À ASSISTÊNCIA DE GESTANTES E PUÉRPERAS NA MATERNIDADE ANA BRAGA EM MANAUS – AM** de autoria do aluno **AILTON ALBUQUERQUE DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

---

**Profa. Aralinda Nogueira Pinto de Sá**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

MANAUS - AM  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>06</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>06</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>06</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>07</b>
<b>3.1 Políticas públicas de saúde da mulher.....</b>	<b>07</b>
<b>3.2 Pré-Natal.....</b>	<b>09</b>
<b>3.3 Puerpério.....</b>	<b>11</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 Local de Estudo.....</b>	<b>12</b>
<b>4.3 População e Amostra.....</b>	<b>13</b>
<b>4.4 Coleta de Dados.....</b>	<b>13</b>
<b>4.5 Instrumento da Coleta de Dados.....</b>	<b>14</b>
<b>4.6 Análise de Dados.....</b>	<b>14</b>
<b>4.7 Aspectos Éticos.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CRONOGRAMA.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## RESUMO

A vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher, portanto, merece ser tratada de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, e por gestores. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva com o objetivo de avaliar a acessibilidade de gestantes e puérperas à Política Nacional de Humanização ao Pré-natal e Puerpério do Sistema Único de Saúde na Maternidade Ana Braga em Manaus - AM. A população será de mulheres em atendimento pré-natal e puerpério, estas irão responder a uma entrevista semiestruturada aplicada pelo pesquisador. Os dados serão categorizados nas formas de números relativos e absolutos, calculadas as frequências e médias e sua análise será feita a partir de reflexão crítica tendo base nos achados teóricos e científicos a cerca do tema. A temática humanização no cuidado e atendimento em saúde à gestante no pré-natal mostra-se relevante no corpo deste estudo, pois a constituição de um atendimento baseado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, entre outros, demanda a revisão de práticas cotidianas.

## 1 INTRODUÇÃO

Na história da saúde pública brasileira, a atenção à mulher tem sido pautada no cuidado materno-infantil, que não atende integralmente às necessidades da mulher, a vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher, e o nascimento do filho é uma experiência única, portanto, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo governo.

Tentando suprir essa fragilidade, no ano de 1983 a saúde materno-infantil foi reconhecida como prioritária desde a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ampliando assim o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, com destaque à atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (BRASIL, 2006).

Ciente da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência na gestação, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa, partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial. Mesmo reconhecendo as limitações de uma medida vertical, o MS tomou a decisão de lançar uma estratégia onde as questões da humanização e dos direitos aparecessem como princípios estruturadores (BRASIL, 2006).

Na maioria dos municípios, a resolutividade das unidades hospitalares é baixa causando uma distorção entre o nível de complexidade da atenção e a frequência dos atendimentos. Soma-se a isto o fato de que a maior parte dos encaminhamentos oriundos destas unidades dirige-se a unidades de grande porte, com maior complexidade, mas em geral com problemas de superlotação. Os serviços públicos, que em geral só recusam pacientes por absoluta falta de vagas, não conseguem responder à demanda, provocando em vários centros urbanos uma verdadeira peregrinação no momento do parto. Quando a mulher e/ou recém-nascido necessitam de atenção especial (gestação de alto risco, prematuridade), a dificuldade em encontrar vagas é ainda maior, somando riscos. A demora no atendimento obstétrico tem consequências maternas e

neonatais relevantes, além de aumento desnecessário de custos para tratamento das complicações (BRASIL, 2001).

A temática humanização no cuidado e atendimento em saúde à gestante no pré-natal mostra-se relevante no corpo deste estudo, pois a constituição de um atendimento baseado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, entre outros, demanda a revisão de práticas cotidianas, devido às altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

Diante desse contexto e procurando entender se a assistência oferecida à mulher no pré-natal e puerpério atende às recomendações do Ministério da Saúde, formularam-se as seguintes situações problema: de que modo as gestantes e puérperas usuárias de um serviço público de saúde da Maternidade Estadual de Referência, Ana Braga – AM, recebem a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal, parto e puerpério? Existe acessibilidade ao serviço? Esse acesso segue os princípios do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a acessibilidade de gestantes e puérperas à Política Nacional de Humanização ao Pré-natal e Puerpério do Sistema Único de Saúde na Maternidade Ana Braga em Manaus - AM.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o acesso das gestantes e puérperas aos exames de rotina preconizados pela Política Nacional de Humanização ao Pré-natal e Puerpério do Sistema Único de Saúde na Maternidade Ana Braga em Manaus - AM.

- Identificar o acesso das mulheres a consultas no período gravídico e no puerpério imediato em uma Maternidade do Estado do Amazonas.

- Identificar o acesso das gestantes e puérperas quanto ao cuidado integral na Maternidade Ana Braga em Manaus – AM.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil centrava-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas e tinha como propósito intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (OSIS, 1998).

Durante a década de 1970, existia a carência de uma política pública voltada à assistência da mulher e da criança. A partir desta problemática, o governo brasileiro por meio do “grupo materno-infantil”, veio a intervir utilizando-se de muitos programas como resposta do governo aos problemas sanitários reconhecidos como prioridades da época, assumindo, portanto, uma posição explícita direcionada à saúde da mulher (OSIS, 1998).

Na tentativa de corrigir as desigualdades sociais daquele período, surgiu no Brasil o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II-PND). Este plano traçou metas para melhorar as condições de educação, moradia, saúde e redistribuição de renda da população brasileira. A crise que ora se mostrava no setor saúde, em decorrência das elevadas taxas de morbidade e mortalidade e do alto custo assistencial, conduziu o Governo ao lançamento do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PSMI), sendo este grupo também priorizado na V Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1975 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

O PSMI surgiu durante o regime militar com a finalidade de prestar assistência à gestante e à criança no primeiro ano de vida, na tentativa de promover a ampliação da cobertura e elevação do nível de saúde desse grupo. Também objetivava a melhoria dos padrões de produtividade das unidades de saúde, o desenvolvimento de ações no sentido de capacitar recursos humanos, bem como, iniciar um processo de planejamento, controle e avaliação articulado entre os níveis federal, estadual e municipal (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

A política governamental preconizada pelo PSMI era restrita ao ciclo gravídico puerperal e sua principal característica era a verticalidade, havendo uma desarticulação entre suas propostas, ações e estratégias. Essa fragmentação refletia a inexistência de integração das ações de saúde, reforçando as especializações da medicina. Nesse contexto, a mulher ficava exposta a

dificuldade de acesso ao atendimento, afastando-a do projeto da assistência integral, comprometendo os resultados do impacto sobre sua saúde (OSIS, 1998).

Neste caminho, em 1978, aconteceu a Conferência Mundial de Alma Ata e a IV Conferência Nacional de Saúde, que mantiveram as prioridades dos programas de extensão de cobertura; de tecnologias simplificadas e de capacitação de recursos humanos. Incluía também documentos técnicos do planejamento familiar (OLINDA, 2007).

Outras iniciativas foram desenvolvidas pelos órgãos governamentais como em 1984, o Ministério da Saúde preocupado com os índices de mortalidade materna e neonatal, lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sob forte influência do movimento sanitário da época e formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de descentralização, hierarquização, regionalização e equidade da atenção à saúde da mulher (OSIS, 1998).

Dessa forma, o programa visava implantar ações de saúde que reduzissem a morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especificamente por causas preveníveis e evitáveis; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS e promover a melhoria das condições de vida desse contingente da população, mediante a garantia dos direitos humanos (OSIS, 1998).

No cenário das discussões sobre a atenção à saúde em 1998 surge o Programa de Saúde da Família (PSF) como eixo estruturante de um modelo de atenção e reorganização da prática assistencial, tendo como suporte a dinâmica das necessidades do núcleo familiar, buscando romper com o modelo da época, o qual pautado no assistencialismo, no curativismo, na medicalização e hospitalização (BRASIL, 1998).

Entretanto, com relação à atenção a gestantes e à família, novas necessidades foram identificadas, com vistas a melhorar a assistência pré-natal. Nessa perspectiva, segundo a Portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde (MS), foi instituído no país o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetivava ampliar o acesso ao pré-natal em todos os níveis de assistência, com vistas a promover melhorias na cobertura e na qualidade das consultas. O PHPN representou avanços significativos, por inserir em sua proposta, ações educativas e de acolhimento às grávidas e aos seus parceiros, tanto na gravidez como no parto e pós-parto (BRASIL, 2001).

Assim, assistir com qualidade à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, requer considerar diferentes aspectos, tais como: acessibilidade da gestante à unidade básica de saúde, qualidade da assistência à saúde no que se refere a recursos materiais, capacitação dos profissionais que atuam junto à população feminina, apoio laboratorial e serviços de referência e contrareferência. Além de manter-se em estado de alerta para prevenir patologias próprias da gravidez, diagnosticar e tratar doenças preexistentes e/ou intercorrentes ao estado gestacional, identificar e acompanhar a gravidez de risco, assim como qualificar a assistência ao parto e ao puerpério, como fatores primordiais para redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal. (BRASIL, 2001)

No Brasil, a mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% de 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000 e se manteve estável de 2000 a 2007. No que concerne aos procedimentos preconizados pelo MS para garantir uma atenção humanizada, os dados mostram que 35% das gestantes que realizaram parto normal em sistema privado tiveram a presença do acompanhante no momento do parto enquanto que para a usuária do SUS foi inferior a 10% (BRASIL, 2010).

No tocante às políticas de humanização do parto no Brasil, em abril de 2005, foi sancionada a Lei n. 11.108, que dá as parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, a presença desse acompanhante no centro obstétrico, embora tenha efeitos positivos para as mulheres, provoca reações adversas dos profissionais, pois, enquanto uns os apóiam e são receptivos, para outros essa participação é tida como dispensável (TORNQUIST, 2003).

Em uma visão mais geral, a mulher brasileira vem, nas últimas décadas, avançando nas questões referentes à sua condição e sua cidadania, mas apesar destes avanços que se restringem basicamente à saúde reprodutiva, muito ainda há de se fazer com relação à imposição social diante das responsabilidades da maternidade. Como provedora da vida, ela vivencia a gestação, parturição, puerpério e aleitamento. Essas fases se associam à tripla jornada de trabalho, afazeres domésticos, o que gera sentimentos de ansiedade, insegurança, medo e risco à sua saúde.

### **3.2. Pré-Natal**

O Pré-natal é o acompanhamento da gravidez realizado pelo profissional médico e enfermeiro capacitado. Este acompanhamento inicia no diagnóstico de gravidez, passando por

acompanhamento mensal, preferencialmente iniciado no primeiro trimestre de gestação ou assim que diagnosticada a gravidez.

Para o SUS o acompanhamento do pré-natal só é considerado conclusivo quando a mulher é inscrita no Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal (SISPRENATAL) e realiza os alguns procedimentos que garantam a vigilância da saúde durante todo o período gestacional e pós-parto, como: rotina de exames, acompanhamento domiciliar, orientações sobre a gestação, parto, puerpério e aleitamento materno e acompanhamento puerperal imediato e mediato (BRASIL, 2006).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde estabelece que o número mínimo deverá ser seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre e, a consulta puerperal, até o 42 dia pós-parto (BRASIL, 2006).

Durante a gestação devem ser realizados exames de tipagem sanguínea (ABO-Rh), hemograma, glicemia em jejum, Toxoplasmose, Citomegalovirus, Rubéola, Hepatite B, VDRL. Além disso, deve ser oferecido exame anti-HIV e outros exames que sejam necessários para investigação de riscos ao binômio, mãe e filho, e outros cuidados como aplicação da vacina antitetânica se necessária (BRASIL, 2006).

Em se tratando da atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na visita domiciliar, com o objetivo de avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, orientar e apoiar a família para a amamentação, orientar os cuidados básicos com o recém-nascido, avaliar interação da mãe com o recém-nascido, identificar situações de risco ou intercorrências, conduzi-las e orienta-las para o planejamento familiar (BRASI, 2006).

Além disso, a mulher deverá ser acolhida para o parto e, é importante ressaltar ao acompanhamento que poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, vivenciando a ela a experiência do nascimento. O profissional de saúde desempenha um papel relevante como facilitador para o desenvolvimento desta atenção como parte dos serviços de pré-natal. Também participa das

orientações, aconselhamentos específicos e atividades, no preparo da mulher e seu acompanhamento para o parto (BRASIL, 2001).

### **3.3 Puerpério**

A mulher no seu ciclo vital passa por diferentes fases que demarcam momentos distintos de sua vida. Dentre as etapas de significantes transformações em seu organismo, ocorre o ciclo reprodutivo, no qual se ressalta o puerpério como um período de seis semanas, com início após o parto e a expulsão da placenta. É considerada uma fase de risco que requer uma assistência qualificada tendo como base a melhoria das condições de saúde. Além disso, a mulher é passível de complicações as quais, quando não identificadas nem tomadas às devidas providências tendem a resultar em morbidade e mortalidade por causas evitáveis (BRASIL, 2001).

Visto isso, se faz necessário o desenvolvimento de ações assistenciais na perspectiva de a puérpera e familiares terem condições para cuidar dela como também da criança e, conseqüentemente, contribuir para o equilíbrio intra-familiar nessa nova situação. Para tanto, se faz necessário que os profissionais atuantes junto à mulher no contexto da reprodução, adotem atitudes voltadas para a prevenção de agravos, promoção e recuperação de seu estado de saúde.

Destacando o puerpério, os cuidados dispensados à mulher neste período, na grande maioria das vezes, se restringem a sua permanência no ambiente hospitalar e quando retorna ao seu domicílio depara-se com a realidade de uma assistência mínima prestada pela rede pública de saúde, que oferece apenas uma visita domiciliar nos primeiros dias de puerpério. Entretanto, entende-se que a mulher como puérpera, mãe e companheira, vivencia sobreposição de papéis, os quais lhe impõe necessidades inerentes ao seu estado de saúde somadas a situação sócio-econômica a qual está inserida. Esta realidade submete a puérpera a uma assistência que não lhe garante atendimento de suas reais precisões deixando-a assim, vulnerável a risco advindo do estado gravídico puerperal (BRASIL, 2001).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O estudo é produto das atividades práticas reflexivas estimuladas pelo Curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente mediante a identificação de situações problemas no município de Manaus-AM.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva. Segundo Neves (1996) a pesquisa quantitativa define a dimensão da realidade e não generaliza suas informações, seguindo rigorosamente o plano estabelecido através do emprego estatístico para análise de dados.

Segundo Gil (2008) a pesquisa descritiva permite descrever as características de determinada população ou fenômeno, além de estabelecer relações entre variáveis e fatos. Este estudo envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário e observação sistemática de informações de um grupo de pessoas que serão analisados por meio de tabulações e interpretações a cerca do problema estudado.

Já as pesquisas exploratórias proporcionar maior aprofundamento com o problema no intuito de torná-lo explícito ou a construir hipóteses utilizando técnicas de levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a sua compreensão (GIL, 2008).

### **4.2 Local de Estudo**

A pesquisa será desenvolvida na Maternidade do Estado do Amazonas Ana Braga. Localizada na Rua Alameda Cosme Ferreira s/n, São José I, Zona Leste da cidade de Manaus-AM.

Manaus, capital do Amazonas, é uma cidade com aproximadamente 1.800.000 habitantes, localizada na região Leste do Estado, Brasil, com uma quantidade imensa de migrantes e imigrantes diariamente.

A Maternidade Ana Braga (MAB), referência da zona Leste da cidade e uma das maiores maternidades da região Norte do Brasil é uma instituição Estadual além de se

caracterizar como um hospital - escola, a qual recebe alunos de graduação e pós-graduação de diversas áreas. Nela se atende também pacientes de todas as regiões da capital, inclusive de outros municípios do interior do Estado, sendo referência para gestantes de alto risco.

Em 2011, a média mensal na Maternidade Ana Braga foi de 750 partos, sendo 481 (64%) partos normais e 269 (36%) partos cesáreos, num total de 8.999 partos no ano. No primeiro trimestre de 2012 a quantidade de partos normais foi de 1.395 (67,8%) e 661 de cesariana (32,15%).

No intuito de reduzir o desmame precoce, incentivando o aleitamento materno, utilizando o método canguru como técnica rotineira, a Maternidade Ana Braga recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde, estando pactuada para a redução da mortalidade materno-infantil.

### **4.3 População e Amostra**

A população será de mulheres de todas as idades, religiões e raças que recebem atendimento de pré-natal e puerpério imediato na Maternidade Estadual de Referência Ana Braga, em Manaus-AM.

### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorrerá em dias consecutivos, através de plantões e turnos alternados. Todas as mulheres submetidas à pesquisa receberão um termo de consentimento, que irão relatar sua concordância com relação à participação da pesquisa, sendo seu nome mantido em sigilo. Se houver concordância na participação, estas irão responder a uma entrevista semiestruturada aplicada pelo pesquisador.

A entrevista com as gestantes será feita após o Acolhimento com Classificação de Risco e avaliação médica ou de enfermagem. Quanto às puérperas de pós-parto imediato, a entrevista será realizada à beira do leito, durante seu período de internação, num prazo de até 48 horas após o parto, nas dependências do alojamento conjunto da Maternidade Ana Braga.

#### **4.5 Instrumento da Coleta de Dados**

Os dados serão coletados a partir de uma entrevista semiestruturada, abordando questões relacionadas ao nível socioeconômico e demográfico (escolaridade, etnia, área de residência, situação conjugal), à assistência e acesso ao pré-natal e ao parto, a satisfação da paciente, a adesão a integralidade das ações de saúde.

#### **4.6 Análise de Dados**

Os dados serão categorizados nas formas de números relativos e absolutos, calculadas as frequências e médias. O banco de dados será catalogados na Microsoft Excel e do Windows 8 e análise dos dados será feita no programa estatístico do Excel.

A apresentação desses resultados será na forma de tabelas e gráficos para melhor visualização dos sistemas. A análise desses dados será feita a partir de reflexão crítica tendo base nos achados teóricos e científicos a cerca do tema.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

A pesquisa será realizada após a Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

As participantes serão convidadas a responder a um instrumento de coleta de dados após serem informadas sobre a finalidade dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será ainda destacado que as informações obtidas são de caráter confidencial, garantindo o sigilo e anonimato da participante, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. Além disso, será esclarecido que as participantes poderão retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de constrangimento ou coerção.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília-DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério. **Atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Ipea. Brasília-DF, 2010.

CUNHA, Sabrina F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luiz – Maranhão. Revista **Cogitare Enfermagem**, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades**. Caderno de pesquisa em administração. São Paulo, v. 1, n.3, 1996.

SILVA, J. C. **Manual Obstétrico: guia prático para enfermagem**. 2.ed.São Paulo: Editora Corpus, 2007.

OLINDA Q.B; SILVA, C. A. B. Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde. **RBPS**. 2007; v.20, n2, p. 65-67.

OLIVEIRA, M. J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. Clímax da crise: transparência da estrutura de poder (1980-1983). In. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO; 1986.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 1998; v.14, n.1, p.25-32.

SANTOS, L. M. et al. **Estudo argumentativo sobre a peregrinação e referência de parturientes para a atenção hospitalar**, 2012. Disponível em [www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2012/.../11-09\\_sesion21\\_4-pt.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2012/.../11-09_sesion21_4-pt.pdf).... Acesso em 15 de fevereiro de 2014.